

Intervenția timpurie în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia

O analiză a situației bazată
pe Modelul abordării
sistemice asupra dezvoltării



RAPORT DE SINTEZĂ
DECEMBRIE 2019

www.agora-eci.eu

Titlu:

Intervenția timpurie în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia:
O analiză a situației bazată pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării

Editori Eurlayid: Natasha Dobrova-Krol, Ana Serrano, Noor van Loen, Marilyn Espe-Sherwindt, Carolyn Blackburn

Autori:

Autor Eurlayid: Natasha Dobrova-Krol

Autori bulgari, din partea partenerului de proiect NASO: Svetla Grigorova, Ekaterina Kostova, Nedka Vasileva-Petrova

Autori maghiari, din partea partenerului de proiect Gézengúz: Judit Schultheisz, Bernadett Kereskényi, Judit Szalai

Autori polonezi, din partea partenerului de proiect Ezra: Małgorzata Dońska-Olszko, Elżbieta Sobolewska

Autori români, din partea partenerului de proiect Dizabnet: Andreia Moraru, Szász Tünde - Csilla, Júlia Gál

Autori slovaci, din partea partenerului de proiect NASSP-ECI: Vladislav Matej, Erika Tichá, Monika Fričová

© 2019, Eurlayid — Asociația Europeană pentru Intervenție Timpurie (EAECI)

Proiect de editare grafică: BIDL Unipessoal, Lda (BID-lab)

Design copertă: BID-lab

Tel.: +351 963 010 262 | Site web: www.bid-lab.com | E-mail: geral@bid-lab.com

© al proiectului de editare grafică BID-lab

ISBN: 978-2-9199584-9-8

EURLYAID — E.A.E.C.I.

22, Boulevard Joseph II 1840 Luxembourg (LU)

Website: www.eurlayid.eu | E-mail: guidebook@eurlayid.eu

Notă:

Orice formă de reproducere, distribuție, comunicare publică sau transformare a acestei lucrări sau a unei părți a acesteia poate fi făcută numai cu autorizarea expresă a editorului, cu excepția cazului în care se prevede altfel.

Nu suntem responsabili pentru hyperlinkurile învechite din această lucrare, care au fost verificate la momentul publicării sale.

Acest raport de sinteză a fost scris după ce partenerii proiectului și-au finalizat rapoartele de țară.

Citare sugerată:

Dobrova-Krol, N., Serrano, A.M., Van Loen, N., Espe-Sherwindt, M., Blackburn, C., Grigorova S., Kostova, E., Vasileva-Petrova, N., Schultheisz, J., Kereskényi, B., Szalai, J., Dońska-Olszko, M., Sobolewska, E., Moraru, A., Tünde - Csilla, S., Gál, G., Matej, V., Tichá, E., Fričová, M. (2019). Intervenția timpurie în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia: O analiză a situației bazată pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării. Luxemburg: Eurlayid.

Cuprins

Sinopsis.....	5
Introducere.....	5
Prezentarea generală a sistemului de intervenție timpurie în țările țintă: Dezvoltarea și implementarea serviciilor de intervenție timpurie	6
Scurta descriere a Modelului abordării sistemice asupra dezvoltării.....	7
Metode.....	11
Procedură	11
Participanți	12
Analiza componentelor DSM-ECI în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia: principalele constatări	14
Screening și trimitere	16
Monitorizare.....	20
Punctele de acces	22
Evaluarea Interdisciplinară Comprehensivă	26
Eligibilitate în sistemul de intervenție timpurie.....	28
Evaluarea potențialilor factori de stres pentru familii.....	32
Dezvoltarea și implementarea unui Plan individualizat de servicii pentru familie (IFSP)...	35
Monitorizarea și evaluarea rezultatelor.....	39
Planificarea tranziției	42
Politici publice și legislație	45
Finanțare și resurse financiare	47
Pregătirea personalului.....	51
Concluzii.....	53

Limitări	55
Recomandări	56
Bibliografie	59
Anexe.....	60
Anexa 1	60
Anexa 2	64
Anexa 3	68
Anexa 4	72

Lista de abrevieri

DSM	Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării
DSM-ECI	Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării în intervenția timpurie
EASPD	Asociația europeană a furnizorilor de servicii pentru persoane cu dizabilități
ECI	Intervenția timpurie
Ed.	Educație
UE	Uniunea Europeană
Eurlyaid	Asociația europeană pentru intervenția timpurie
S.	Sănătate
IFSP	Planul individualizat de servicii pentru familie
ONG	Organizație non-guvernamentală
P. S.	Politici sociale

Sinopsis

Introducere

Acest raport a fost elaborat în cadrul proiectului „Agora” privind intervenția timpurie și dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie prin participare și cooperare, finanțat de către Fundațiile Velux. Partenerii proiectului provin din următoarele țări: Polonia, Ungaria, Slovacia, România și Bulgaria. În plus, au fost implicate și două ONG-uri europene:

Bulgaria: Alianța Națională pentru Responsabilitate Socială (NASO)

Ungaria: Fundația Gézengúz

Polonia: EZRA din cadrul Universității Cardinal Stefan Wyszyński din Varșovia (UKSW)

România: Federația Dizabnet – Rețeaua furnizorilor de servicii pentru persoanele cu dizabilități

Slovacia: Asociația Națională a Susținătorilor și a Furnizorilor de Servicii de Intervenție Timpurie (NASPP)

Asociația Europeană Pentru Intervenția Timpurie (Eurlyaid)

Asociația Europeană a Prestatorilor de Servicii Pentru Persoanele cu Dizabilități (EASPD)

Obiectivul principal al proiectului a fost de a facilita implementarea strategiilor care să asigure dezvoltarea unui sistem adecvat de intervenție timpurie atât la nivel local, cât și la nivel național. Se aștepta ca, în urma proiectului „Agora – Intervenție timpurie”, să fie elaborate ghiduri și instrumente practice pentru stimularea schimbărilor sistemice și legislative în domeniul dezvoltării și intervenției timpurii în țările partenere.

Proiectul era menit să identifice și să descrie bunele practici care ar putea fi diseminate și în alte țări europene sau care ar putea servi drept model în implementarea sprijinului pentru alte grupuri de copii cu nevoi speciale sau copii în situație de risc de excludere socială (de exemplu, copii romi sau copii din familii de imigranți).

Prima etapă a proiectului avea intenția de a examina situația actuală privind intervenția timpurie din țările partenere.

Scopul principal al acestui raport a fost de a analiza situația serviciilor de intervenție timpurie din Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia, folosind cadrul conceptual general al Modelului abordării sistemice asupra dezvoltării în intervenția timpurie (DSM-ECI) ca instrument analitic.

Întrebări de cercetare:

Pe parcursul acestei cercetări au fost abordate următoarele întrebări:

1. Care sunt principalele progrese, respectiv preocupări asociate cu fiecare componentă a DSM-ECI în țările participante?
2. Care este gradul de implementare a componentelor DSM-ECI în țările țintă din punct de vedere organizațional și practic?

Prezentarea generală a sistemului de intervenție timpurie în țările țintă:

Dezvoltarea și implementarea serviciilor de intervenție timpurie

Procesul de dezvoltare al sistemului actual de servicii de intervenție timpurie pentru copiii mici cu nevoi speciale și familiile acestora este în continuă desfășurare de câteva decenii în țările menționate mai sus. În **Polonia**, acest proces a fost inițiat deja în 1978, când, datorită eforturilor unui număr de părinți ai unor copii cu nevoi speciale care erau membri ai Asociației pentru persoanele cu dizabilități intelectuale din Polonia, primul centru de intervenție timpurie a fost înființat la Varșovia.

În **Ungaria**, doi ani mai târziu, în 1980, Institutul psihologic al nevoilor educaționale speciale din Colegiul Bárczi Gusztáv pentru profesori cu nevoi educaționale speciale a inițiat un program pentru copiii ante-preșcolari, care a pus bazele educației centrate pe familie și, ulterior, bazele dezvoltării programelor de intervenție timpurie. În **Slovacia**, procesul de dezvoltare al sistemului de intervenție timpurie începe în 1986, când prof. Karol Matulay a înființat un departament ambulatoriu pentru copiii cu probleme de dezvoltare la Clinica de psihiatrie infantilă. **România** s-a alăturat acestui proces în 1990 prin instituirea unor servicii de intervenție timpurie furnizate de către ONG-uri, dar aceste servicii au fost recunoscute oficial abia în 2003. **Bulgaria** a introdus servicii de intervenție timpurie în 1999, când a fost

emisă Legea privind unitățile medicale, sprijinind introducerea intervenției timpurii în sectorul asistenței medicale (a se vedea Tabelul 2).

Înființarea domeniului intervenției timpurii în aceste țări și, în general, în regiune, poate fi legată de creșterea gradului de înțelegere și apreciere în ceea ce privește rolul familiilor în procesul de dezvoltare al copiilor mici; de procesul de dezinstituționalizare și de dezvoltarea unui model alternativ de îngrijire al copiilor (cu nevoi speciale); de descentralizare, care a condus la extinderea rolului comunităților locale și al rețelilor de servicii în comunitate; precum și de creșterea gradului de înțelegere privind importanța identificării și diagnosticării timpurii a copiilor cu nevoi speciale și a abordării multisectoriale, multidisciplinare și centrate pe familie în furnizarea serviciilor pentru copii și familiile acestora.

Deși punctele de pornire diferă (sectorul ONG în România, sectorul ONG și mișcarea părinților în Polonia, sectorul educației speciale în Ungaria, sectorul sănătății în Slovacia și Bulgaria) în ultimele decenii, în toate cele cinci țări, serviciile de intervenție timpurie s-au extins către alte sectoare relevante și implică acum sectoarele sănătății, educației, politicilor sociale și ONG. Cu toate acestea, cooperarea și comunicarea dintre aceste sectoare rămân foarte limitate până la momentul actual, iar coordonarea dintre sectoare este redusă (iar în țări precum Polonia și România, chiar inexistentă). Această lipsă de coordonare poate conduce la fragmentarea serviciilor, precum și la apariția unor discrepanțe privind disponibilitatea, accesibilitatea, calitatea și echitatea serviciilor, în funcție de dizabilitate, veniturile familiei și locație.

Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării (DSM) a fost utilizat pentru 1) a contribui la o mai bună înțelegere a modului în care funcționează domeniul intervenției timpurii la diferitele niveluri ale sistemelor naționale, 2) a analiza diferitele aspecte ale serviciilor și sistemelor de intervenție timpurie într-un mod mai comprehensiv și 3) a identifica atât punctele forte și discrepanțele existente, cât și obiectivele și strategiile de dezvoltare și implementare ale sistemului de intervenție timpurie. Acest model este descris pe scurt în secțiunea următoare.

Scurta descriere a Modelului abordării sistemice asupra dezvoltării

Modelul DSM-ECI introdus de M. Guralnick (2001, 2005, 2011) cuprinde și conectează gama largă de strategii oferite copiilor mici cu dizabilități, cu risc de întârzieri în dezvoltare

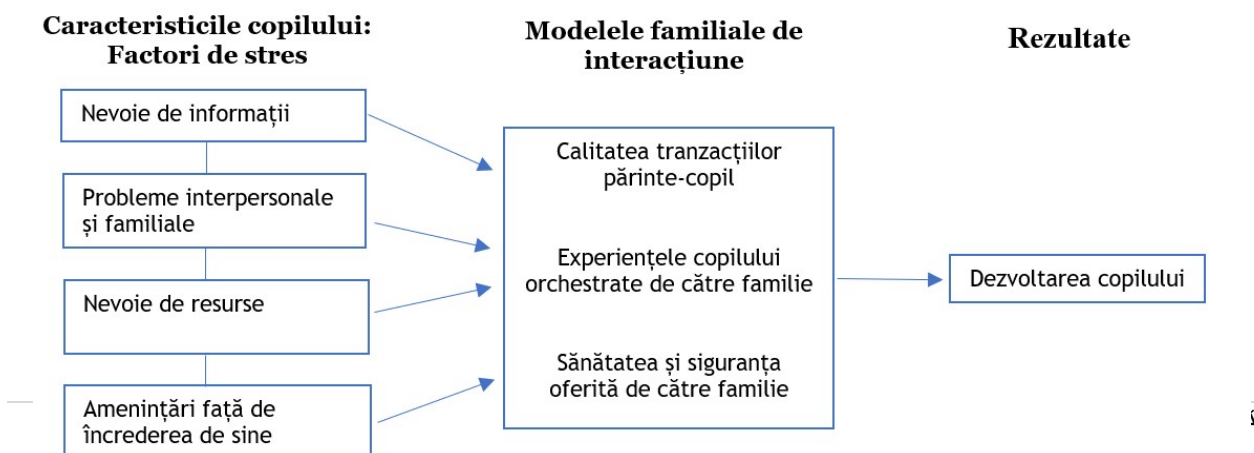
sau cu risc de a dezvolta o dizabilitate și familiilor acestora, oferind cadrul necesar pentru elaborarea unor politici și strategii mai eficiente în domeniul intervenției timpurii.

DSM-ECI oferă o perspectivă integrată asupra nevoilor copiilor cu întârzieri în dezvoltare și dizabilități sau care se află în situație de risc, acesta fiind organizat în jurul a trei principii fundamentale. **Primul principiu de bază** sau caracteristică de organizare a DSM-ECI este faptul că se concentrează asupra **cadrului de dezvoltare** care informează toate componentele sistemului de intervenție timpurie și este *centrat pe familie*. Arată rezultatele atinse în procesul de dezvoltare al copilului în raport cu modelele familiale de interacțiune.

Abilitatea familiei de a oferi interacțiunile necesare este, la rândul său, afectată de diverse resurse, cum ar fi caracteristicile personale ale părinților, resursele financiare, suportul social, precum și caracteristicile copilului. Dacă oricare dintre aceste resurse este insuficientă sau lipsește cu totul, acest lucru va afecta modelele familiale de interacțiune și, în consecință, dezvoltarea copilului (Fig. 1 și 2).

Al doilea principiu de bază al DSM-ECI are legătură cu **integrarea** diferitelor servicii, structuri administrative și agenții implicate în furnizarea serviciilor la toate nivelurile sistemului, rezultând astfel într-un sistem comprehensiv și bine coordonat care colaborează cu familiile și le implică. Un astfel de sistem este fundamental din punct de vedere al identificării timpurii, al screening-ului, al evaluării interdisciplinare comprehensive și al diagnosticării atât a dezvoltării copilului, cât și a factorilor de stres ai familiei, precum și din punct de vedere al elaborării unui plan de intervenție comprehensiv și al planificării programului. Integrarea este de o importanță vitală pe parcursul implementării planului de intervenție și ajută la evitarea discrepanțelor dintre servicii și a furnizării ineficiente sau duplicate a serviciilor.

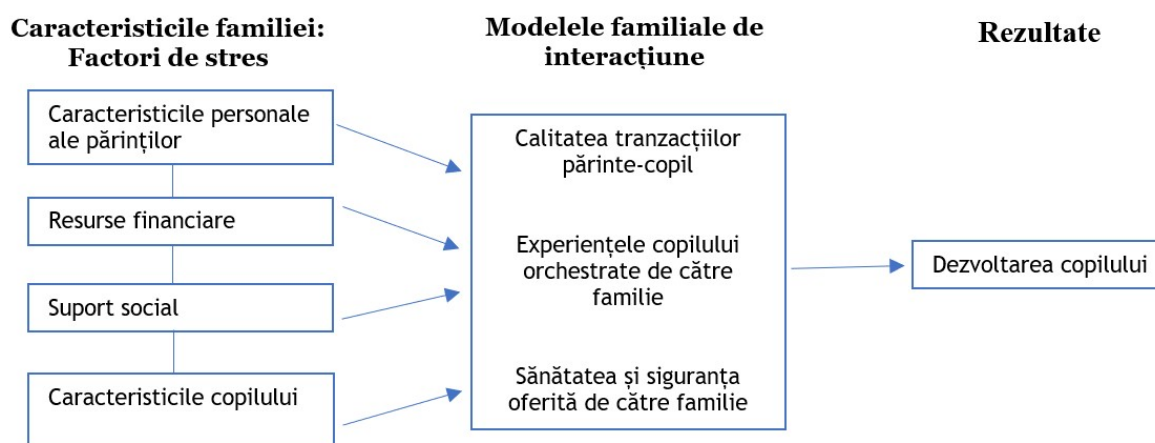
Figura 1 Relația dintre potențialii factori de stres care se datorează caracteristicilor copilului, modelelor familiale de interacțiune și rezultatelor de dezvoltare pentru copiii aflați în situație de risc din punct de vedere al mediului



Sursa: Guralnick, M. J. (2001). O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie. *Bebeluşi şi copii mici*, 14, 1-18.

Al treilea principiu de bază este cel al **incluziunii**, care, fiind strâns legat de principiul integrării, se referă la furnizarea serviciilor în medii naturale și la maximizarea participării copiilor și familiilor la activitățile obișnuite în comunitate.

Figura 2 Relația dintre potențialii factori de stres care se datorează caracteristicilor familiei, modelelor familiale de interacțiune și rezultatelor de dezvoltare pentru copiii aflați în situație de risc din punct de vedere al mediului



Sursa: Guralnick, M. J. (2001). O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie. *Bebeluși și copii mici*, 14, 1-18.

Alte principii cheie ale intervenției timpurii relevante pentru DSM-ECI subliniază importanța:

- Procedurilor de detectare și identificare timpurie;
- Supervizării și monitorizării;
- Abordării individualizate la toate nivelurile sistemului;
- Procesului întărit de evaluare și feedback;
- Susceptibilității la posibile diferențe culturale și la implicațiile acestora din punct de vedere al dezvoltării;
- Fundamentelor solide și bazate pe dovezi privind programele și serviciile oferite.

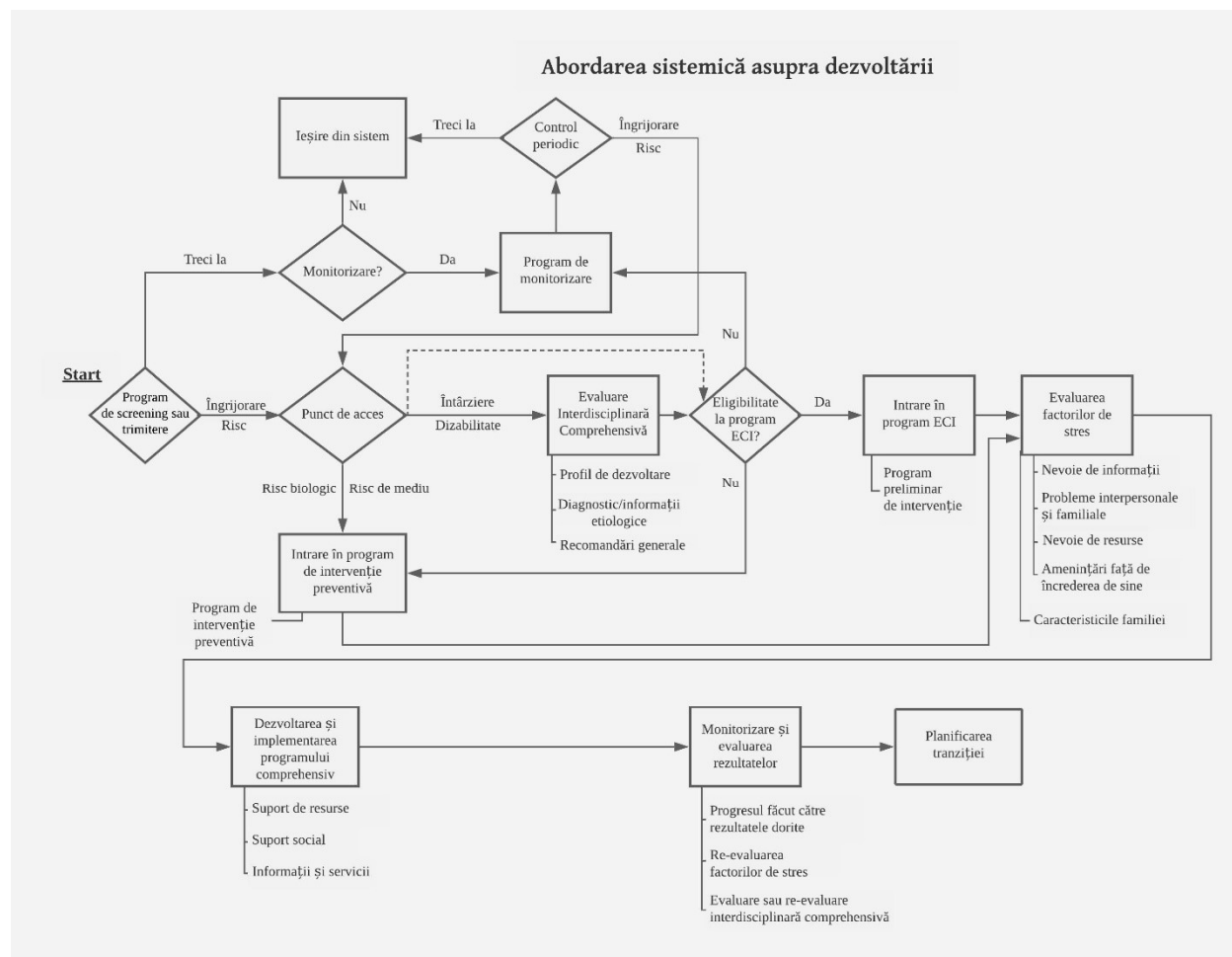
DSM-ECI include următoarele componente structurale principale legate de punctele de decizie și de activități, și anume: (1) screening și trimitere, (2) eligibilitate în sistemul de intervenție timpurie, (3) monitorizare, (4) puncte de acces în sistemul de servicii, (5) evaluare interdisciplinară, (6) evaluarea potențialilor factori de stres pentru familii, (7) elaborarea și

implementarea unui plan individualizat de servicii, (8) monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării planului, (9) tranziție la medii noi (Fig. 3).

Figura 3

O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie pentru copiii vulnerabili și familiile lor.

Diamantele reprezintă puncte de decizie, iar dreptunghiurile reprezintă activități.



Sursa: Guralnick, M. J. (2001). O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie. *Bebeluși și copii mici*, 14, 1-18

Politicile, legislația și resursele financiare, precum și pregătirea profesională a personalului sunt alte componente cheie în ceea ce privește dezvoltarea și implementarea sistemelor și serviciilor de intervenție timpurie.

În acest raport, vom discuta despre fiecare dintre componentele majore menționate mai sus, acestea reprezentând un sistem complex în sine. Fiecare componentă implică diferite protocoale, servicii și sectoare și, în mod ideal, ar trebui să fie compatibilă cu alte componente.

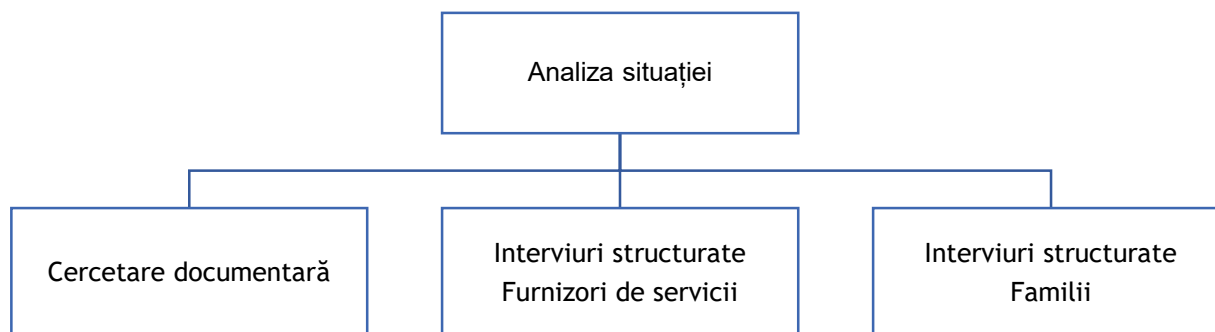
În același timp, ar trebui să reprezinte, într-o anumită măsură, cadrul general de dezvoltare, precum și principiile de bază și principiile cheie descrise mai sus.

Metode

Prezentul raport reprezintă rezultatul analizei și sintezei datelor prezentate în rapoartele de țară pe baza analizei situației din jurul sistemelor și serviciilor de intervenție timpurie din Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia din perspectiva DSM-ECI.

Pe parcursul redactării rapoartelor de țară s-au utilizat diferite metode și surse de colectare a datelor: cercetare documentară, interviuri structurate cu părinții copiilor cu nevoi speciale și cu furnizorii de servicii din diferite sectoare (Fig. 4).

Figura 4 Structura activității de cercetare



Cercetarea documentară, precum și interviurile structurate au fost informate de către DSM-ECI. În scopul proiectului, au fost elaborate două chestionare de către partenerii proiectului, unul pentru familii (26 de itemi) și unul pentru furnizorii de servicii (22 de itemi), aplicând o abordare participativă și implicând cercetători, furnizori de servicii și părinți ai copiilor cu nevoi speciale (Anexa 1 și 2).

Procedură

Cercetarea documentară (33 de itemi) a fost realizată de către partenerii proiectului, bazându-se pe rapoarte oficiale și date statistice privind serviciile și legislația din domeniul

intervenției timpurii din țările țintă (Anexa 3). Descrierea strategiilor de cercetare și gama resurselor relevante pentru fiecare țară sunt prezentate în rapoartele de țară și sunt disponibile pe www.agora-eci.eu.

Familiile și furnizorii de servicii au fost recrutați de către partenerii proiectului. Interviuurile structurate cu furnizorii de servicii și familiile au fost realizate de către specialiștii furnizorilor de servicii de intervenție timpurie care sunt parteneri ai proiectului.

Participarea la interviurile structurate a fost voluntară, toți participanții au primit informații detaliate despre obiectivele și scopurile cercetării și și-au oferit consimțământul informat în scris. Confidențialitatea și anonimatul au fost garantate acelor participanți care au ales să nu-și dezvăluie identitatea (Anexa 4).

La finalizarea rapoartelor de țară, fiecărei echipe din diferitele țări i s-a cerut să completeze listele de verificare DSM-ECI, reflectând asupra diferitelor aspecte relevante ale componentelor DSM-ECI în baza rezultatelor analizei situației din țările lor și pe baza cunoștințelor lor. Listele de verificare au fost concepute în scopul acestui studiu.

Participanți

Pe parcursul acestei cercetări, informațiile din fiecare țară au fost obținute de la furnizorii de servicii și familiile care au sau au avut experiență în servicii de intervenție timpurie (a se vedea Tabelul 1).

Țară	Reprezentanții furnizorilor de servicii din diferite sectoare			Familii
	Sănătate	Educație	Politici sociale	
Bulgaria	3	4	3	3
Ungaria	5	5	5	3
Polonia	4	4	4	12
România	3	3	3	3
Slovacia	2	3	3	4

Au fost intervievați participanți care reprezintă furnizorii de servicii de intervenție timpurie din sectoarele sănătății, educației și politicilor sociale (± 3 în fiecare sector) – detalii în rapoartele de țară.

Au fost aplicate următoarele criterii de includere:

- Coordonator al serviciilor de intervenție timpurie; și
- Specialist cu cel puțin 1 an de experiență practică în domeniul intervenției timpurii.

În fiecare țară au fost interviuate cel puțin 3 familii/părinți ai copiilor cu vârsta între 0 și 6 ani cu nevoi speciale. A fost aplicat următorul criteriu de includere:

- Experiență în serviciile de intervenție timpurie, în prezent sau în trecut, în țările țintă.

Analiza componentelor DSM-ECI în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia: principalele constatări

Așa cum am descris în prezentarea generală a domeniului de intervenție timpurie din țările țintă, dezvoltarea sistemelor actuale de intervenție timpurie pentru copiii mici cu nevoi speciale și familiile acestora este în continuă desfășurare în țările în cauză de câteva decenii. Cu toate acestea, până la momentul de față, datele statistice comprehensive cu privire la numărul de copii care au nevoie de intervenție și numărul concret de copii care beneficiază de servicii de intervenție timpurie fie lipsesc, fie sunt inconsistente (a se vedea Tabelul 2). Acest lucru, pe de o parte, poate masca adevăratele urgențe privind nevoile din serviciile de intervenție timpurie și, pe de altă parte, poate împiedica dezvoltarea și bugetarea politicilor și serviciilor adecvate.

În același timp, datele statistice disponibile din Bulgaria, Ungaria și Slovacia demonstrează că un număr semnificativ de copii care au nevoie de servicii de intervenție timpurie nu au acces la astfel de servicii, ceea ce înseamnă că identificarea și diagnosticarea timpurie constituie o problemă. Dacă nevoile speciale și/sau dizabilitățile sunt diagnosticate prea târziu, oportunități importante pentru copii, de a-și atinge întregul potențial de sănătate și dezvoltare, pot fi ratate ca urmare a acestui fapt.

În următoarele secțiuni, vom analiza și explica componentele specifice ale sistemelor de intervenție timpurie din cele cinci țări, conform cadrului DSM-ECI și pe baza datelor furnizate în rapoartele de țară. Pentru mai multe informații și detalii privind analiza situației din fiecare țară, trebuie consultate rapoartele individuale de țară: www.agora-eci.eu.

Tabelul 2

Prezentarea generală a dezvoltării sistemului de servicii de intervenție timpurie în Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia

Țară	Introducerea primelor servicii ECI	Sectoarele implicate în ECI	Coordonare intersectorială a serviciilor ECI	Numărul copiilor care ar putea avea nevoie de servicii ECI	Numărul copiilor care beneficiază de servicii ECI
Bulgaria	1990	S. Ed. P. S. ONG	Insuficientă	50,246 ¹	S. 90%; Ed. 50%; P. S. 20% ²
Ungaria	1980	S. Ed. P. S. ONG	Insuficientă	9,000 – 15,000	2,500 – 6,000
Polonia	1978	S. Ed. P. S. ONG	Nu	190,710 ³	56,958
România	După 1990	S. Ed. P. S. ONG	Nu	17,000 – 19,000 ⁴	N/A*
Slovacia	1986	S. Ed. P. S. ONG	Insuficientă	8,700 – 28,000	S. 17%; Ed. 11%; P. S. 4% ⁵

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale; ONG: Organizații non-guvernamentale

¹ Acest număr reprezintă 10% din numărul total al copiilor aflați între vârstele de 0 și 7 ani.

² Nu există date statistice oficiale și, deci, informațiile de la punctele ¹ și ² sunt bazate pe estimările experților.

³ Acest număr reprezintă 10% din numărul total al copiilor aflați între vârstele de 0 și 4 ani; pentru grupa de vârstă între 0 și 9 ani, numărul estimat al copiilor care ar putea avea nevoie de servicii ECI este de 394,252.

⁴ Acest număr reprezintă 7% - 9% din numărul total al copiilor aflați între vârstele de 0 și 6 ani, conform Institutului Național de Statistică.

⁵ Majoritatea copiilor pot beneficia de servicii ECI în mai multe sectoare în același timp.

Screening și trimitere

Scopul principal al programului de screening și trimitere este detectarea timpurie și identificarea copiilor care suferă de tulburări de dezvoltare. Este un punct de pornire pentru copii și familii, care poate fi inițiat de către părinți și profesioniști ca răspuns la preocupările lor cu privire la dezvoltarea copilului.

Procesul de screening poate include următoarele:

- Identificarea programelor existente de screening din comunitate și a înregistrării factorilor de risc;
- Selectarea unor instrumente și protocoale de screening care să fie relevante și potrivite din punct de vedere cultural;
- Realizarea monitorizării dezvoltării în unități medicale care să includă mai multe surse de informații;
- Stabilirea criteriilor și factorilor de risc pentru a identifica copiii care necesită evaluări aprofundate ulterioare; și
- Stabilirea algoritmilor pentru a ghida decizia de trimitere.

Medicii din domeniul asistenței medicale primare și alți profesioniști din domeniul sănătății sunt esențiali pentru acest efort. A lua decizii cu privire la screeningul general versus screeningul țintit, momentul screeningului, factorii de risc și trimiterea ulterioară necesită cunoștințe și abilități adecvate. În același timp, alte aspecte ale screeningului presupun, de asemenea, un grad înalt de cooperare interdisciplinară și intersectorială: campaniile de informare pentru a spori cunoștințele publice cu privire la etapele de dezvoltare și motivele de îngrijorare (în special ale părinților și furnizorilor de îngrijire), despre sistematizarea procedurilor de screening și rentabilitate.

Prin urmare, crearea unui program comunitar de screening eficient și eficace, precum și a componentei de trimitere, necesită un nivel ridicat de cooperare între părțile relevante pentru a lua decizii și a implementa practici eficiente, bazate pe dovezi.

Așa cum demonstrează Tabelul 3, dezvoltarea componentei de screening și trimitere este în curs de desfășurare în toate cele cinci țări. Bulgaria, Ungaria și Polonia au la dispoziție programe naționale de screening. În Slovacia, programul de screening a fost elaborat și așteaptă să fie implementat. În România, programul național de screening există doar în cadrul sistemului de sănătate. În unele comunități există programe comunitare de screening

și în cadrul sectoarelor politicii sociale și ONG. În toate cele cinci țări, sectorul sănătății este cel care joacă rolul principal în ceea ce privește procesul de screening. Sectoarele educației și politicii sociale sunt, de asemenea, implicate în acest proces. În cazul Bulgariei, Ungariei și României, ONG-urile sunt integrate în sistemul existent de screening și trimitere. Cu toate acestea, în ciuda participării tuturor sectoarelor, coordonarea și cooperarea intersectorială în privința procedurilor de screening și trimitere nu au fost încă stabilite în toate cele cinci țări.

Programele comunitare de screening existente și înregistrarea factorilor de risc au fost deja identificate în Ungaria, Polonia și România⁶. Instrumentele de screening și protocoalele conexe sunt stabilite în Bulgaria și Ungaria (a se vedea rapoartele de țară pentru mai multe detalii, precum și listele instrumentelor de screening); cu toate acestea, în Ungaria instrumentele nu sunt utilizate în mod sistematic. Această activitate este în desfășurare în România și Polonia, în timp ce Slovacia încă trebuie să identifice și să dezvolte instrumentele și protocoalele de screening care se raportează la toți copiii, în special la copiii aflați în situație de risc (de exemplu, populația de romi).

Atât Bulgaria, cât și Ungaria au reușit să realizeze monitorizarea dezvoltării în unități medicale. În Ungaria, atunci când copiii împlinesc vârsta de trei ani, responsabilitatea de monitorizare a dezvoltării se transferă către sectorul educației. În alte țări, această activitate este încă în desfășurare sau trebuie inițiată (România). După cum relevă rapoartele de țară, profesioniștii din domeniul medical dețin un rol cheie în această componentă. În ciuda acestui fapt, ei nu sunt întotdeauna bine informați sau receptivi în ceea ce privește procesul menit să se adreseze nevoilor copiilor mici cu întârzieri și tulburări de dezvoltare sau aflați în situație de risc. În consecință, există riscul de a nu se realiza legătura dintre screeningul de rutină și trimiterea către serviciile de intervenție timpurie.

Numai Ungaria a stabilit criteriile și factorii de risc pentru identificarea copiilor care necesită o evaluare aprofundată ulterioară. Totuși, potrivit neurologilor maghiari, acest sistem pare să conducă deseori la trimiterea inutilă spre servicii de evaluare neurologică a copiilor care se dezvoltă normal.

Algoritmii care ghidează deciziile de trimitere par a fi bine dezvoltate în Bulgaria, țară care a formulat criterii și surse clare pentru trimiterea spre servicii de intervenție timpurie și servește ca un bun exemplu pentru alte țări. În Bulgaria nu este necesar ca un copil să fie diagnosticat sau trimis oficial pentru a putea beneficia de serviciile de intervenție timpurie. În consecință, părinților li se oferă posibilitatea de a cere ajutor cu promptitudine, fără să aștepte

⁶ Doar în sectorul sănătății.

diagnosticul exact sau să se îngrijoreze că se va pune un diagnostic sau o etichetă copilului lor încă de la o vârstă atât de fragedă. Foarte important, familiile din Bulgaria au dreptul și oportunitatea la auto-înscrisoare. Acest sistem a fost introdus în 2014, când au fost înființate primele Centre de servicii sociale și asistență medicală în cadrul proiectelor cu finanțare externă. Cu toate acestea, serviciile sociale finanțate de către stat nu oferă oportunitatea la auto-înscrisoare.



Principalele provocări:

După cum am menționat mai sus, programele eficiente și eficace de screening și trimitere necesită un nivel ridicat de cooperare între sectoarele și părțile implicate. Cu toate acestea, în ciuda unor progrese făcute, toate țările raportează că nu există proceduri clar reglementate în ceea ce privește procesul de screening și trimitere. Coordonarea intersectorială este fie în curs de stabilire, fie este încă absentă, ca și în cazul României și Slovaciei, iar procedurile de screening sunt organizate pe sectoare. Această situație este agravată de lipsa de personal medical, precum și de lipsa de informații și de conștientizare a publicului cu privire la intervenția timpurie. Ca urmare, nu toți copiii pot fi incluși în screening, în special copiii aflați în situație de risc. Părinții nu sunt întotdeauna conștienți de organizația pe care ar trebui să o contacteze pentru screening sau auto-înscrisoare. În cele din urmă, nu există statistici comprehensive cu privire la numărul de copii care au nevoie de suport și nu îl primesc.

Tabelul 3 Implementarea componentei de screening și trimitere a DSM-ECI în țările țintă

Componentele de screening și trimitere ale DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Sectoarele implicate	S. Ed. P. S. ONG	S. Ed. P. S. ONG	S. Ed. P. S.	S. Ed. P. S. ONG	S. Ed. P. S.
Coordonarea intersectorială a screeningului și trimerii	În desfășurare	În desfășurare	În desfășurare	De făcut	De făcut
Identificarea programelor comunitare de screening și înregistrarea factorilor de risc înalt	De făcut	Implementat	Implementat	S. – Implementat P. S. – În desfășurare	De făcut
Stabilirea instrumentelor și protocoalelor de screening	Implementat	Oficial, implementat; practic, nu se aplică în mod sistematic	De făcut	În desfășurare	De făcut
Realizarea monitorizării de dezvoltare în unități medicale	Implementat	Implementat pentru cei de sub 3 ani, peste vârsta aceasta se efectuează în unitățile de învățământ	În desfășurare	De făcut	În desfășurare
Stabilirea criteriilor și factorilor de risc pentru a identifica copiii care necesită evaluări aprofundate ulterioare	De făcut	Implementat	În desfășurare	De făcut	În desfășurare
Stabilirea algoritmilor pentru a ghida decizia de trimitere	De făcut	De făcut	În desfășurare	De făcut	În desfășurare

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile
S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale; ONG: Organizații non-guvernamentale

Monitorizare

Conform DSM-ECI, monitorizarea rămâne la fel de importantă pentru copiii care nu îndeplinesc criteriile de screening pentru a primi o trimitere, mai ales dacă copiii își mențin nivelul de risc (de exemplu, copiii prematuri) sau dacă părinții lor au îngrijorări cu privire la dezvoltarea lor.

Funcțiile principale ale monitorizării care sunt extrem de rentabile și neintruzive sunt:

- De a minimiza riscul de a nu identifica și a nu oferi servicii adecvate unui copil; și
- De a menține contactul cu copiii aflați în situație de risc din punct de vedere al tulburărilor de dezvoltare.

Programele de monitorizare trebuie elaborate individual și necesită:

- Un protocol de monitorizare care să identifice instrumentele, frecvența, forma și costul monitorizării; și
- Criterii de ieșire din sistem bine definite.

Dacă se identifică o problemă, copilul intră din nou în sistem prin punctul de acces (a se vedea Fig. 3), iar dacă nu mai există motive de îngrijorare, iese din program.

În prezent, dintre cele cinci țări, doar în Ungaria există un program național de monitorizare, sectorul sănătății fiind responsabil de această componentă. Ungaria a identificat și elaborat instrumente și protocoale de monitorizare, precum și criterii de ieșire din sistem bine definite.

Deși nu există un program național de monitorizare în Bulgaria, dezvoltarea componentei de monitorizare pare a fi relativ avansată: toate sectoarele sunt implicate în procesul de monitorizare, există protocoale de monitorizare individualizate, iar elaborarea instrumentelor și protocoalelor de cooperare și monitorizare intersectorială este în curs de desfășurare.

În Polonia, dezvoltarea sistemului național de monitorizare este în desfășurare, identificând instrumente și protocoale de monitorizare standardizate și individualizate, precum și criterii de ieșire din sistem. În prezent, sectoarele sănătății și educației sunt implicate în această componentă. Este important să menționăm că în Polonia nu există o cale clară sau consecventă de monitorizare în cadrul sistemului pentru copiii care nu au fost diagnosticați și tratați în primul an de viață. Cu toate acestea, se așteaptă ca această componentă de monitorizare din Polonia să fie dezvoltată în continuare datorită introducerii programului

comprehensiv de suport pentru familii care are ca scop înființarea Centrelor de coordonare, reabilitare și îngrijire în fiecare județ. Polonia a dezvoltat un program de monitorizare pentru copiii care trăiesc în plasament, care poate servi drept exemplu din punct de vedere al monitorizării altor copii aflați în situație de risc care necesită monitorizare.

Conform rapoartelor de țară, niciun element al componentei de monitorizare nu a fost încă dezvoltat nici în România și nici în Slovacia, și, prin urmare, va trebui dezvoltat în viitor.



Principalele provocări:

Componenta de monitorizare face parte din responsabilitățile sectorului politicii sociale numai în Bulgaria, în timp ce în Ungaria și Polonia aceasta este limitată la sectoarele sănătății și educației, fapt care poate conduce la omiterea problemelor psihosociale și a factorilor de risc. Coordonarea intersectorială a monitorizării lasă încă de dorit, iar protocoalele individualizate de monitorizare nu au fost încă dezvoltate în Ungaria, Polonia, România și Slovacia. Lipsa specialiștilor calificați care să fie instruiți pentru a putea îndeplini activități de monitorizare reprezintă o altă provocare. Mai mult, conform rapoartelor de țară, familiile sunt deseori slab informate cu privire la procedurile de monitorizare din diferite sectoare și nu știu în ce cazuri și în ce condiții pot aplica pentru monitorizare. Slovacia subliniază că una dintre principalele provocări în dezvoltarea acestui proces este introducerea monitorizării în standardele de calitate din sectorul sănătății și începerea implementării acesteia.

Tabelul 4 Implementarea componentei de monitorizare a DSM-ECI

Componenta de monitorizare a DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Existența unui program național de monitorizare	Nu există	Implementat	În desfășurare	De făcut	De făcut
Sectoarele implicate	S. Ed. P. S. ONG	S.	S. Ed.	În desfășurare	N/A*
Coordonarea intersectorială a monitorizării	În desfășurare	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
Identificarea instrumentelor și protocoalelor de monitorizare	În desfășurare	Implementat	În desfășurare	În desfășurare	De făcut
Realizarea protocoalelor individuale de monitorizare	Implementat	De făcut	În desfășurare	În desfășurare	De făcut
Identificarea criteriilor de ieșire	De făcut	Implementat până la vârsta de școlarizare (7 ani)	În desfășurare	În desfășurare	De făcut

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile
S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale; ONG: Organizații non-guvernamentale

Punctele de acces

Punctul de acces în sistemul de intervenție timpurie își are rolul atunci când îngrijorările cu privire la dezvoltarea copilului ating anumite criterii (inclusiv preocupările părinților care duc la auto-înscrisoare) sau riscurile din punct de vedere al dezvoltării sunt suficient de mari. Reprezintă o locație sau un cadru în care are loc procesul de colectare, integrare și coordonare al informațiilor, iar familiilor li se prezintă posibilele servicii și forme de suport pe care sistemul

le poate oferi. Modul în care comunitățile abordează acest punct de acces servește ca indicator important al nivelului general de integrare și coordonare al sistemului de servicii.

În comunitățile mai mari ar trebui să existe mai multe puncte de acces pentru a asigura disponibilitatea și proximitatea serviciilor.

Sarcinile principale ale punctelor de acces sunt:

- Colectarea informațiilor și înregistrarea copilului și a familiei sale;
- Diferențierea copiilor și a familiilor din punct de vedere al grupurilor de risc biologic sau de mediu, iar a copiilor din punct de vedere al întârzierii în dezvoltare sau dizabilității probabile;
- Asistență în ceea ce privește organizarea unei evaluări interdisciplinare comprehensive pentru copil și familie pentru a evalua posibilele întârzieri în dezvoltare sau dizabilități; sau
- Trimitere la programul adecvat de intervenție preventivă pentru copiii aflați în situație de risc din cauza factorilor biologici sau de mediu.

Pentru a funcționa eficient, punctele de acces trebuie să fie:

- Bine cunoscute de către comunitățile locale și profesioniștii din comunitate;
- Ușor accesibile familiilor;
- Echipate cu sisteme unificate de păstrare a înregistrărilor și baze de date centralizate;
- Foarte familiare și conectate cu alte puncte de acces;
- Bine conectate cu grupurile de evaluare interdisciplinară, inclusiv cu grupurile specializate în anumite tulburări sau dizabilități, cu programele de intervenție preventivă și cu serviciile de asistență medicală.

Analiza rapoartelor de țară relevă faptul că această componentă, cea a punctelor de acces, este cea mai dezvoltată în Ungaria, unde rolul punctelor de acces în sistemul serviciilor de intervenție timpurie este îndeplinit de către Comitetele regionale de experți sau, în cazuri speciale, la nivel național, de Comitete de experți pentru examinare vizuală / auditivă / verbală / motorie din sectorul educației. Aceste puncte de acces sunt bine cunoscute de către comunitățile locale și au sisteme unificate de păstrare a înregistrărilor și baze de date centralizate. Cu toate acestea, coordonarea intersectorială rămâne insuficientă, în special din punct de vedere al copiilor cu vârsta de peste 18 luni. Ungaria continuă să lucreze la

proximitatea și accesibilitatea punctelor de acces, acestea fiind concentrate în prezent în marile orașe și deci nu sunt ușor accesibile în zonele rurale. Punctele de acces nu sunt încă bine conectate între ele sau cu grupurile de evaluare interdisciplinară, cu programele de intervenție preventivă sau cu serviciile de intervenție timpurie.

În Polonia nu există facilități speciale în cadrul sistemului de suport din domeniul intervenției timpurii care să poată fi identificate ca puncte de acces. Părinții îngrijorați din punct de vedere al dezvoltării copiilor lor cer, de obicei, ajutorul medicului lor sau caută suport în cadrul sectorului educației. Cu toate acestea, se depun eforturi pentru a îmbunătăți cooperarea intersectorială în acest domeniu și pentru a înființa puncte de acces pe baza Centrelor de coordonare, reabilitare și îngrijire la nivel județean.

În Slovacia, funcția punctelor de acces este îndeplinită de către unitățile medicale, la cererea familiilor, iar țara depune eforturi pentru ca punctele de acces să devină accesibile.

În prezent, în Bulgaria și România nu există puncte de acces către sistemul de intervenție timpurie. În schimb, medicii generaliști și organizațiile non-guvernamentale care lucrează în domeniul intervenției timpurii le îndeplinesc rolul.



Principalele provocări:

Cu excepția Ungariei, această componentă este una dintre cele mai puțin dezvoltate în cele cinci țări și necesită atenție deosebită. Printre principalele provocări se numără lipsa personalului instruit, lipsa resurselor și cooperării intersectoriale. Chiar dacă există puncte de acces, acestea nu sunt distribuite uniform și lipsesc în zonele rurale. Conform rapoartelor de țară, sistemul unificat de păstrare a înregistrărilor și bazele de date nu există încă în niciuna dintre cele cinci țări, cu excepția Ungariei. De obicei, familiile nu primesc informațiile necesare despre punctele de acces sau echivalentul acestora.

Tabelul 5

Implementarea componentei de puncte de acces a DSM-ECI

Componenta de puncte de acces a DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Sectoarele implicate	Nu există	Ed.	S. Ed.	Nu există	S.
Coordonarea intersectorială a punctelor de acces	De făcut	De făcut	În desfășurare	De făcut	De făcut
Proximitate și accesibilitate	De făcut	În desfășurare	N/A*	De făcut	În desfășurare
Bine cunoscute de către comunitățile locale și profesioniștii din comunitate	De făcut	Implementat	N/A*	De făcut	De făcut
Sisteme unificate de păstrare a evidenței și baze de date centralizate	De făcut	Implementat	N/A*	De făcut	De făcut
Foarte familiare și conectate cu alte puncte de acces	De făcut	De făcut	N/A*	De făcut	De făcut
Bine conectate cu grupurile de evaluare interdisciplinară, programe de intervenție preventivă și servicii ECI	De făcut	De făcut	N/A*	De făcut	De făcut

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; Ed.: Educație

Evaluarea interdisciplinară comprehensivă

Această abordare asupra evaluării este o parte esențială a DSM-ECI, facilitând realizarea unui plan ulterior de intervenție. Principalele obiective ale evaluării interdisciplinare comprehensive sunt:

- De a obține stadiul de dezvoltare generală a copilului;
- De a evalua modul în care funcționează familia acasă, în comunitatea restrânsă și în comunitatea extinsă;
- De a aduna informații pentru scopuri diagnostice/etiologice; și
- De a face recomandări generale.

Această evaluare complexă necesită:

- Timp pentru a se organiza în mod adecvat;
- O abordare interdisciplinară;
- Legături clare cu punctele de acces;
- Capacitatea de a aborda o gamă largă de posibile probleme (se pot întemeia, de asemenea, un număr limitat de echipe interdisciplinare de specialitate, de exemplu: cu accent pe autism, abuz și neglijare etc.)

Întrucât familiile nu ar trebui să aștepte să li se ofere cel puțin suportul preliminar și fiindcă adesea unele informații considerabile sunt deja disponibile de la componentele de screening sau monitorizare, se poate sări peste această componentă pentru a avansa rapid la furnizarea de servicii și la intrarea în sistemul de intervenție timpurie.

Evaluarea interdisciplinară există în toate țările în cauză și poate fi furnizată de către sectoarele sănătății, educației și politicii sociale, cu excepția Bulgariei, unde unitățile medicale nu efectuează evaluări interdisciplinare, ci mai degrabă trimit familiile mai departe, către serviciile educaționale sau sociale unde se fac astfel de evaluări. În toate țările, echipele interdisciplinare din sectorul sănătății par să fie mai înclinate spre modelul medical, iar în Polonia o astfel de evaluare este oferită de unitățile medicale numai în primul an de viață al copilului. În România, evaluarea interdisciplinară este încă în curs de dezvoltare.

Doar Bulgaria raportează că ar avea o componentă de evaluare interdisciplinară complet funcțională, reprezentată de echipe transdisciplinare care evaluează sănătatea copilului, stadiul de dezvoltare al acestuia, precum și funcționarea familiei, și pot aborda o gamă largă de posibile probleme. În Bulgaria, potrivit raportului de țară, sunt disponibile, de asemenea,

echipe interdisciplinare specializate care se pot concentra pe probleme specifice. Deoarece nu există puncte de acces, legătura dintre echipele de evaluare interdisciplinară și punctele de acces nu există.

Celelalte țări au făcut, de asemenea, anumite progrese în dezvoltarea componentei interdisciplinare prin implicarea diferitelor discipline în evaluare, abordând nu numai sănătatea copilului, ci și stadiul de dezvoltare, funcționarea familiei și o gamă largă de posibile probleme (a se vedea Tabelul 6).



Principalele provocări:

Conform rapoartelor de țară, echipele interdisciplinare din diferite sectoare se concentrează pe diferite aspecte ale evaluării: fie sănătatea (în mod tradițional este sarcina sectorului sănătății), fie stadiul de dezvoltare al copilului, fie funcționarea familiei. Aceasta din urmă se face de obicei de către sectorul politicii sociale în cazul familiilor cu probleme psihosociale, probleme care pot împiedica efectuarea evaluării comprehensive și desfășurarea etapelor ulterioare de furnizare a serviciilor. În plus, lipsa de cooperare între sectoare poate duce la dublarea inutilă a procedurilor de evaluare efectuate în cadrul fiecărui sector, ceea ce creează confuzie inutilă și duce la pierdere de timp și resurse din punct de vedere al copilului și familiei. Mai mult, Ungaria și Polonia raportează că părinții sunt implicați și informați în mod insuficient cu privire la evaluare.

Tabelul 6

Implementarea componentei de Evaluare Interdisciplinară Comprehensivă a DSM-ECI

Componenta de Evaluare Interdisciplinară Comprehensivă a DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Sectoarele implicate	Ed. P. S.	S. Ed. P. S.	S. Ed. P. S.	S. Ed. P. S.	S. Ed. P. S.
Sunt implicate diferite discipline	Da	Da	Da	În desfășurare	În sistemele sănătății și educației – doar unii furnizori
Evaluarea stării de sănătate a copilului, precum și a stadiului de dezvoltare și funcționării familiei	Implementat	Diferite aspecte sunt evaluate în sectoare diferite	În desfășurare	Diferite aspecte sunt evaluate în sectoare diferite	Diferite aspecte sunt evaluate în sectoare diferite
Stabilirea legăturilor directe cu punctele de acces	De făcut	Implementat	În desfășurare	De făcut	De făcut
Abordează o gamă largă de posibile probleme	Implementat	În desfășurare	În desfășurare	În desfășurare	În sistemul de asistență socială – doar unii furnizori
Există echipe interdisciplinare de specialitate care se concentrează pe o problemă anume	Implementat	De făcut	De făcut	De făcut	Foarte rar

Notă. S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale;

Eligibilitate în sistemul de intervenție timpurie

Deciziile de eligibilitate se bazează de obicei pe criterii prestabilite care facilitează trimiterea copiilor către programul de intervenție timpurie (copii cu întârzieri în dezvoltare

sau dizabilități) sau către programul de intervenție preventivă (bazat pe factori de risc biologici și de mediu).

Important de menționat, DSM-ECI sugerează că acei copii care nu îndeplinesc criteriile de eligibilitate ar trebui să rămână în sistem prin monitorizare și supraveghere, mai ales dacă părinții sunt preocupați pentru dezvoltarea lor. Criteriile de eligibilitate ar trebui să fie coerente în cadrul tuturor organizațiilor, sectoarelor și județelor diferite.

Pentru funcționarea eficientă a componentei de eligibilitate, este necesar ca aceasta să aibă:

- Criterii de eligibilitate stabilite pentru a putea intra în programul de intervenție timpurie;
- Criterii de eligibilitate stabilite pentru a putea intra în programele de monitorizare și intervenție preventivă.

Dintre cele cinci țări, Bulgaria și Polonia raportează că aceste criterii de eligibilitate pentru intrarea în programul de intervenție timpurie au fost definite în mod clar.

În Bulgaria se aplică următoarele criterii de eligibilitate:

- Vârsta copilului: 0-3 ani sau 3-6 ani;
- Dizabilitate sau risc de a dezvolta o dizabilitate;
- Risc de abandon și de plasare într-o instituție;
- Întârzieri într-unul sau mai multe domenii de dezvoltare – cognitiv, motor, verbal, social, emoțional;
- Locul de reședință – familia ar trebui să locuiască în municipalitatea în care serviciile sunt furnizate.

Următoarele criterii sunt aplicate pentru „copiii aflați în situație de risc” și „copiii cu dizabilități”:

Copiii cu *risc* de întârziere în dezvoltare sunt:

- Copiii cu întârzieri în dezvoltare identificate într-unul sau mai multe domenii de dezvoltare;
- Copiii cu risc de întârziere în dezvoltare, inclusiv copiii prematuri, copiii cu greutate scăzută la naștere și cei cu complicații la naștere;
- Copiii aflați în situație de risc datorită factorilor biologici sau genetici;

- Copiii aflați în situație risc de întârziere în dezvoltare datorită factorilor de mediu: familii defavorizate social, educație formală redusă, violență domestică etc.

Copiii *cu dizabilități* sunt cei care au o afecțiune sau tulburare diagnosticată, ceea ce le limitează funcționalitatea într-unul sau mai multe domenii ale dezvoltării lor.

Se aplică următoarele criterii referitor la deciziile privind suportul familial:

- Părintele are o dizabilitate cronică, mentală sau intelectuală;
- Părintele are o dependență de alcool și/sau droguri;
- Părintele are o boală cronică sau a trecut printr-o situație de criză în familie;
- Copilul a fost despărțit de părinte;
- Mama este foarte tânără;
- Părintele este exclus din punct de vedere social sau nu beneficiază de asistență socială;
- Lipsa unei locuințe sigure, condițiile din locuință pot fi periculoase;
- Au existat complicații severe înainte sau după naștere;
- Copilul a avut greutate scăzută la naștere.

Polonia raportează, de asemenea, că ar fi stabilit criteriile de eligibilitate pentru copiii cu întârzieri în dezvoltare sau cu dizabilități; totuși, acestea par a fi mai puțin clare și elaborate.

Cu excepția Bulgariei, în niciuna dintre țări nu au fost încă stabilite criteriile de eligibilitate pentru copiii aflați în situație de risc. În Slovacia, este de așteptat ca astfel de criterii să fie introduse în 2019, iar în Polonia acest proces este încă în desfășurare.



Principalele provocări:

Faptul că criteriile de eligibilitate pentru copiii aflați în situație de risc nu au fost încă stabilite înseamnă că mulți copii mici și familiile acestora nu pot beneficia de suportul necesar la timp, oportunități importante de prevenire pot fi ratate sau cu timpul devin mai puțin eficiente, în timp ce copiii pot să nu beneficieze de șanse vitale pentru cel mai bun început de viață al lor.

Mai mult, în prezent, în toate țările, fiecare sector își aplică propriile criterii de eligibilitate, iar criteriile nu sunt consecvente în cadrul tuturor organizațiilor și sectoarelor. În consecință, părinții declară că nu sunt informați sau că sunt derutați cu privire la criterii și la pașii necesari pentru a fi admiși în programele de intervenție timpurie. Sunt adesea copleșiți de regulile și cerințele birocratice, uneori redundante sau derutante, din diferitele sectoare și organizații.

Tabelul 7 Implementarea componentei de eligibilitate a DSM-ECI

Componenta de eligibilitate a DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Criterii de eligibilitate stabilite pentru intrarea în programul ECI pentru copiii cu întârzieri în dezvoltare sau dizabilități	Implementat	De făcut	Implementat	De făcut	Vor fi introduse în 2019 ⁷
Criterii de eligibilitatea stabilite pentru intrarea în programele de monitorizare și intervenție preventivă pentru copiii aflați în situații de risc	Implementat	În desfășurare	În desfășurare	De făcut În prezent, implementat în sectorul sănătății	Vor fi introduse în 2019
Consecvența criteriilor în cadrul tuturor organizațiilor și sectoarelor	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut

Notă. S.: Sănătate

⁷ Vor fi introduse în sectorul sănătății prin screeningul dezvoltării psiho-motorii a copiilor aflați la vârste fragede efectuate de către un medic generalist.

Evaluarea potențialilor factori de stres pentru familii

Evaluarea factorilor de stres este o componentă centrală a DSM-ECI care ajută la modificarea și rafinarea programului de intervenție după intrarea familiilor în programul (preliminar) de intervenție timpurie. Această componentă este de natură voluntară și reflectă cadrul general de dezvoltare, și anume:

- Faptul că este centrată pe familie;
- Natura extrem de individualizată a Programului de intervenție comprehensivă;
- Susceptibilitate la diferențe culturale în formarea parteneriatelor părinte – profesionist.

Caracteristicile familiei interacționează cu factorii de risc genetic și biologic și deci joacă un rol în evaluare. Astfel de caracteristici includ caracteristicile personale ale părinților, sănătatea lor mintală, capacitatea intelectuală, atitudinile și practicile de creștere a copiilor, resursele financiare, relația conjugală și rețelele familiale. Pentru familiile care cresc copii cu dizabilități identificate sau cu risc biologic semnificativ, trebuie evaluate patru categorii de factori de stres, așa cum se vede mai jos (a se vedea Figurile 1 și 2):

1. Nevoia de informații;
2. Probleme interpersonale sau probleme în familie;
3. Nevoia de resurse;
4. Amenințări cu privire la încrederea de sine, în ceea ce privește rolul lor de părinte.

O astfel de evaluare necesită o combinație de interviuri și discuții, precum și sondaje sau chestionare care pot fi completate de către familii.

Pentru ca această componentă să fie eficientă, este necesar să aibă:

- Procese și protocoale care ghidează profesioniștii în interacțiunile lor cu familiile și care asigură sensibilitate și profesionalism;
- Protocoale, sondaje și chestionare care ajută la identificarea posibilor factori de stres care afectează modelele familiale de interacțiune;
- Personal calificat care este instruit să facă astfel de evaluări; și
- Protocoalele separate pentru situații în care apar probleme de abuz sau neglijare, consum ilegal de droguri sau alte considerații speciale.

Bulgaria raportează că toate aspectele menționate mai sus ale acestei componente sunt în aplicare. Conform raportului de țară, managerii de caz sau alți membri ai echipei evaluează situațiile familiale în funcție de preocupările, prioritățile și resursele existente, precum și factorii de stres la care sunt expuși. Scopul principal este de a planifica intervenții adecvate și programe de suport. Se utilizează diferite instrumente, cum ar fi chestionare, interviuri și sondaje.

În celelalte patru țări, activitățile referitoare la diferitele aspecte ale acestei componente fie trebuie începute, fie sunt deja în curs de desfășurare. În Slovacia, centrele de intervenție timpurie care operează în cadrul sectorului politicii sociale au deja la dispoziție instrumentele de evaluare relevante și le aplică în practică. Întrucât evaluarea factorilor de stres este o activitate cheie pentru ca familiile să poată beneficia de suport optim și de facilitarea unor modele de interacțiune familiale optime, implementarea acestei componente rămâne o sarcină esențială pentru aceste țări.



Principalele provocări:

Deși există un grad de conștientizare din ce în ce mai mare privind importanța acestei componente, conform rapoartelor de țară, evaluarea factorilor de stres este adesea axată pe factorii de stres asociați copilului și nu familiei propriu zis. În plus, chiar dacă se efectuează evaluarea factorilor de stres, această evaluare nu se realizează într-un mod sistematic și se bazează de obicei pe judecata clinică a profesioniștilor cu experiență din diferite sectoare și nu pe protocoalele și instrumentele de evaluare interdisciplinare relevante. Mai mult, acestea din urmă adesea nu sunt disponibile.

Deși în Slovacia centrele de intervenție timpurie care funcționează în cadrul sectorului politicii sociale au la dispoziție astfel de instrumente și le aplică în practică, în sectoarele sănătății și educației această componentă rămâne neglijată.

Tabelul 8

Implementarea componentei de evaluare a factorilor de stres a DSM-ECI

Componenta de evaluare a factorilor de stres a DSM-ECI	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Stabilirea proceselor și protocoalelor care ghidează profesioniștii în interacțiunile lor cu familiile	Implementat	De făcut	De făcut	În desfășurare (mai degrabă în S., nu în P. S.)	În desfășurare în P. S.
Protocoale, sondaje și chestionare care ajută la identificarea posibilor factori de stres	Implementat	N/A*	De făcut	De făcut	În desfășurare
Personal calificat care este instruit să facă astfel de evaluări	Implementat	N/A*	De făcut	De făcut	De făcut
Protocoalele separate pentru situații în care apar probleme de abuz sau neglijare sau alte considerații speciale	Implementat	N/A*	De făcut	În desfășurare (în P. S., nu și în S.)	De făcut

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; P. S.: Politici Sociale

Dezvoltarea și implementarea unui Plan individualizat de servicii pentru familie (IFSP)

McGonigel, Kaufmann & Johnson despre Planul individualizat de servicii pentru familie (IFSP):

IFSP reprezintă interacțiunea, colaborarea și parteneriatul dintre părinți și profesioniști, rezultând într-un plan pus pe hârtie care trece pe o listă toate rezultatele dorite de către familiile respective pentru bebelușii sau copiii lor mici și în care sunt descrise resursele și serviciile utilizate, precum și coordonarea acestora pentru a încuraja obținerea acelor rezultate.

IFSP este un fel de promisiune adresată copiilor și familiilor, asigurându-le că punctele lor forte vor fi recunoscute și valorificate, convingerile și valorile lor vor fi respectate, alegerile lor vor fi onorate, iar speranțele și aspirațiile lor vor fi încurajate.

Principiile de bază ale cadrului de dezvoltare (incluziunea, integrarea și coordonarea) sunt de o importanță vitală pentru această componentă.

Trebuie luate următoarele măsuri pentru a asigura succesul acestei componente:

- A stabili obligația de elaborare a unui plan de servicii prin lege;
- A stabili niște puncte comune de referință în ceea ce privește elaborarea unui plan de servicii;
- A elabora planul individualizat împreună cu familiile ca răspuns la factorii de stres identificați;
- A identifica, în cadrul planului de servicii, în mod clar responsabilitățile tuturor părților implicate;
- A pune la dispoziție pachete de informații ușor accesibile pentru familii, care să includă mai multe posibile tulburări și să prezinte o listă a serviciilor în comunitate, a specialiștilor și a grupurilor de părinți;
- A oferi asistență familiilor cu privire la informațiile disponibile;

- A dispune de cooperarea intersectorială pentru a se asigura că planul de servicii aduce rezultatele dorite.

Conform rapoartelor de țară, au fost stabilite obligații de elaborare a unui plan individualizat de servicii prin lege în toate țările, dar nu și în toate sectoarele țărilor respective.

În Ungaria, această obligație există doar în sectorul educației, iar în Slovacia aceasta există în sectoarele politicii sociale și educației (creșe). Bulgaria și Polonia au stabilit punctele comune de referință pentru elaborarea planului de servicii. În România, necesitatea unui plan de servicii se aplică în sectorul politicii sociale și se recomandă utilizarea acestuia în cadrul sistemului educațional în cazul copiilor cu nevoi speciale și în creșe.

În privința celorlalte aspecte ale acestei componente, în țările în cauză (cu excepția Bulgariei) fie mai este de lucru la acestea, fie trebuie inițiate (a se vedea Tabelul 9).

În Bulgaria, potrivit raportului de țară, îngrijorările și prioritățile familiilor sunt punctele de plecare în procesul care include:

- Colectarea și structurarea informațiilor necesare din diferite surse:
 - Documentație medicală;
 - Evaluări legate de dezvoltarea copilului;
 - Evaluări legate de nevoile familiei.
- Identificarea priorităților și resurselor familiale;
- Planificarea obiectivelor pe termen scurt și pe termen lung ale copilului și familiei.

În Ungaria, profesioniștii elaborează, în unele cazuri, un plan de servicii pentru familie, cu implicarea membrilor de familie; de exemplu, iau în considerare dorințele familiei în ceea ce privește alegerea furnizorului de servicii de intervenție timpurie. Planul de servicii conține descrierea situației de bază, precum și obiectivele, sarcinile și serviciile elaborate, care vor ajuta copilul și familia pe tot parcursul programului de intervenție. Intervenția timpurie se desfășoară în baza acestui plan individualizat de servicii. În teorie, specialiștii din domeniul intervenției timpurii din toate cele trei sectoare ar trebui să urmeze planul de servicii, care în Ungaria este elaborat de către Comitetul de experți, dar în practică este implementat doar în sectorul educației.

În Ungaria, planul conține următoarele aspecte:

- Modul în care se pot atinge obiectivele de dezvoltare care vizează îmbunătățirea funcționalității copilului, consolidarea participării sale la viața socială, pregătirea

pentru educația școlară, eliminarea barierelor și limitărilor din mediul său care reduc funcționalitatea copilului, promovarea activității copilului și a participării la viața socială;

- Modul în care familia copilului poate beneficia de suport în ceea ce privește implementarea programului de intervenție;
- În funcție de nevoile copilului și familiei – gradul de cooperare cu:
 - Medii preșcolare, precum și alte instituții în cadrul cărora copilul beneficiază de intervenții terapeutice, pentru a asigura coerența tuturor interacțiunilor care susțin procesul de dezvoltare al copilului;
 - Furnizori de servicii medicale, pentru a diagnostica nevoile copilului care rezultă din dizabilitatea acestuia, pentru a-i oferi asistență medicală, servicii de reabilitare și echipamente medicale recomandate, precum și sfaturi și consultații privind susținerea procesului de dezvoltare al copilului;
 - Centre de asistență socială pentru a oferi suport în mod adecvat, bazat pe nevoile copilului și familiei;
- Modul în care progresul copilului va fi evaluat.



Principalele provocări:

Lipsa unor proceduri de evaluare bine stabilite, lipsa cooperării intersectoriale și a informării părinților, care, după cum arată rapoartele de țară, sunt adesea neinformați cu privire la existența planului individualizat de servicii, toate aceste lucruri împiedică realizarea acestei componente în toate cele cinci țări.

Tabelul 9

Listă de verificare pentru elaborarea și implementarea componentei de IFSP a DSM-ECI

Dezvoltarea și implementarea IFSP	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Stabilirea obligației de reglementare pentru elaborarea unui plan de servicii	Implementat	Implementat în Ed.	Implementat	În P. S. În Ed. pentru copiii cu nevoi speciale În creșe	În P. S. În Ed. – doar în creșe, dacă este nevoie
Stabilirea unor puncte comune de referință pentru elaborarea unui plan de servicii	Implementat	N/A*	Implementat	În P. S.	În P. S.
Planul individualizat este elaborat împreună cu familiile ca răspuns la factorii de stres identificați	Implementat	De făcut	În desfășurare	De făcut	În desfășurare în P. S.
Planul de servicii identifică în mod clar responsabilitățile tuturor părților implicate	Implementat	De făcut	În desfășurare	De făcut	În desfășurare în P. S.
Există pachete de informații ușor accesibile pentru familii, care să includă mai multe posibile tulburări și să prezinte o listă a serviciilor în comunitate, a specialiștilor și a grupurilor de părinți	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	În desfășurare în P. S.
Familiilor li se oferă asistență cu privire la informațiile disponibile	De făcut	Accidental?	De făcut	De făcut	În desfășurare în Ed. și P. S.
Se dispune de cooperare intersectorială pentru a realiza planul de servicii	În desfășurare	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut, în prezent doar rar, cu unii furnizori ECI din P. S.

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale

Monitorizarea și evaluarea rezultatelor

Procedurile de monitorizare și evaluare ajută la asigurarea calității serviciilor de intervenție timpurie și trebuie să aibă loc la mai multe niveluri:

- Evaluarea progresului făcut privind obiectivele și rezultatele stabilite în planul de intervenție;
- Reevaluarea factorilor de stres;
- Luarea deciziilor cu privire la momentul la care este necesar să se efectueze evaluări sau reevaluări interdisciplinare comprehensive;
- Evaluarea funcționării sistemului și a integrării diferitelor componente;
- Evaluarea privind calitatea implementării a principiilor de bază și a principiilor conexe pentru fiecare dintre componentele sistemelor.

Rapoartele părinților, protocoalele de autoevaluare pentru administratorii și profesioniștii din domeniul intervenției timpurii sau evaluările externe sunt strategii relevante pentru această componentă a DSM-ECI.

Pentru ca această componentă să fie eficientă, este necesar să existe:

- Proceduri și protocoale comune de evaluare și dezvoltare a programului de intervenție;
- Baze de date centrale pentru a facilita schimbul de informații între diferite agenții;
- Comunicarea informațiilor esențiale către o bază de date centrală (cu măsuri de protecție adecvate pentru a asigura confidențialitatea);
- Stabilirea instrumentelor de măsurare a rezultatelor obținute de către copil și familie;
- Stabilirea instrumentelor de măsurare a satisfacției părinților și profesioniștilor, precum și a eficienței sistemului;
- Proceduri de eșantionare care implică evaluări independente.

Această componentă este una dintre cele mai puțin dezvoltate în țările în cauză. În ceea ce privește aspectele specifice ale acestei componente (a se vedea Tabelul 10), instrumentele de măsurare a rezultatelor obținute de către copil, precum și a satisfacției părinților și a profesioniștilor au fost identificate și sunt în aplicare în Bulgaria, unde în cadrul serviciilor pe

scară largă se formează echipe separate de monitorizare și evaluare. În cadrul serviciilor mai mici, acestea sunt efectuate de unul sau doi specialiști. O strategie de evaluare deosebit de eficientă, conform raportului de țară din Bulgaria, sunt așa-numitele „laboratoare ale schimbării”, unde rezultatele evaluării sunt prezentate echipei de servicii de intervenție timpurie în cadrul unor sesiuni speciale, iar evaluatorul și echipa de servicii lucrează împreună pentru a planifica activități viitoare sau pentru a introduce noi proceduri de lucru.

În Slovacia pentru serviciile de intervenție timpurie care sunt furnizate în sectorul politicii sociale, evaluarea satisfacției este obligatorie, iar familiile sunt implicate în acest proces de către unele servicii. Cu toate acestea, această componentă este controlată oficial de autorități, prin urmare, mulți furnizori de servicii amână implementarea acestei componente, până în septembrie 2019, când va deveni obligatorie și va intra sub supravegherea guvernului.

În Slovacia, mai mulți furnizori de servicii de îngrijire din sectorul politicii sociale elaborează instrumente de măsurare a satisfacției părinților și a profesioniștilor, precum și programe comune de evaluare și intervenție. Astfel de instrumente de măsurare nu au fost încă identificate și introduse în celelalte patru țări.

Și în România, evaluarea satisfacției clienților este obligatorie în sectorul politicii sociale; cu toate acestea, deoarece intervenția timpurie nu este definită ca fiind un serviciu distinct în cadrul sectorului politicii sociale, nu există standarde specifice sau instrumente de măsurare de calitate.

Deși în Ungaria nici instrumentele de măsurare a rezultatelor obținute de către copil, nici instrumentele de măsurare a satisfacției părinților și a profesioniștilor nu au fost încă dezvoltate, monitorizarea și evaluarea rezultatelor sunt efectuate totuși de către Serviciile de specialitate pedagogice care verifică rezultatele și planul de servicii și, dacă este necesar, fac propuneri pentru modificarea acestuia. Comitetul de experți și reabilitare face o evaluare a unui copil la vârsta de 18 luni; mai târziu, aceasta se repetă anual sau la cererea părinților sau a furnizorului de servicii de intervenție timpurie.

Există o situație similară în Polonia, unde o echipă de specialiști în domeniul intervenției timpurii care lucrează cu copilul evaluează progresul făcut de către acesta în mod sistematic și continuu și discută rezultatele cu părinții. Programul este modificat treptat, pe măsură ce se fac progrese. În sectorul educației, monitorizarea se bazează în principal pe observații și implică o echipă de specialiști și părinți. Se ia în considerare întregul plan de servicii de intervenție timpurie și se evaluează diferite aspecte ale dezvoltării copilului.



Principalele provocări:

Conform rapoartelor de țară, există o nevoie urgentă de stabilire a unor standarde de servicii de intervenție timpurie, instrumente de măsurare de calitate, monitorizare periodică și evaluări ale rezultatelor. În prezent, bazele de date centrale, precum și comunicarea informațiilor esențiale către bazele de date centrale, lipsesc în toate cele cinci țări. De asemenea, procedurile de eșantionare care implică evaluări independente trebuie să fie elaborate și introduse în țările în cauză. Deși unele țări reușesc să efectueze monitorizarea și evaluarea rezultatelor, se pare că se concentrează în principal pe copil, atenția acordată satisfacției părinților și a profesioniștilor, precum și eficienței intervențiilor și serviciilor oferite și a sistemului, în general, fiind foarte scăzută sau chiar inexistentă.

Tabelul 10 Implementarea componentei de monitorizare și evaluare a rezultatelor

Componenta de monitorizare și evaluare a rezultatelor	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Proceduri și protocoale comune de evaluare și dezvoltare a programului de intervenție stabilite	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	Obligativ în P. S.
Baza de date centrală	Nu există	În desfășurare	De făcut	De făcut	De făcut
Comunicarea informațiilor esențiale către o bază de date centrală (cu măsuri de protecție adecvate pentru a asigura confidențialitatea)	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
Instrumente de măsurare a rezultatelor copilului	Implementat	Implementat în evaluări clinice, dar nu și cu instrumente obiective	În desfășurare	De făcut	De făcut
Instrumente de măsurare a satisfacției părinților și profesioniștilor, precum și a eficienței sistemului	Implementat	De făcut	De făcut	De făcut	În desfășurare în unele servicii din P. S.
Proceduri de eșantionare care implică evaluări independente	De făcut	N/A*	De făcut	De făcut	De făcut

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

P. S.: Politici Sociale

Planificarea tranziției

Ca și componentă finală a modelului DSM-ECI, planificarea tranziției ajută la asigurarea continuității și creează o tranziție cât mai lină posibil. Tranziția poate avea loc în mai multe momente și poate avea diferite forme, de exemplu: de la spital la domiciliu, de la programe

pentru bebeluși la programe pentru preșcolari sau când tranziția se face de la program de preșcolari la grădiniță. Pentru copiii cu nevoi speciale și părinții lor, tranziția poate reprezenta o provocare și o sursă de stres. Pentru a minimiza stresul și a eficientiza această componentă, este necesar să existe:

- O încorporare a activităților de tranziție într-o componentă a programului comprehensiv de intervenție;
- Un proces de planificare bine stabilit și planuri de tranziție;
- O bună comunicare între programele sau agențiile implicate în tranziție.

Rapoartele de țară arată că planificarea tranziției în Bulgaria, Polonia și România funcționează doar în sectoarele educației și politiciii sociale. În Ungaria se aplică numai în sectorul educației, iar în Slovacia doar în sectorul politiciii sociale. Sectorul sănătății nu este implicat în această componentă în niciuna dintre cele cinci țări. Este inevitabil ca mulți copii cu nevoi speciale să treacă prin tranziții între unitățile medicale și locuința lor sau alte servicii. Bineînțeles, această componentă necesită o bună cooperare intersectorială, implicând sectorul sănătății.

Spre deosebire de alte țări care au participat la această cercetare, Bulgaria raportează că încorporarea activităților de tranziție într-o componentă a planului individualizat, precum și elaborarea procesului de planificare și a planurilor de tranziție sunt deja în aplicare. Pentru a finaliza implementarea acestei componente Bulgaria trebuie să includă sectorul sănătății și să stabilească o bună comunicare între programele sau agențiile implicate în tranziție.

În Ungaria, activitățile de tranziție sunt de obicei limitate la (a) evaluarea stării copilului la finalizarea programului, (b) recomandări cu privire la posibilitățile copilului în ceea ce privește participarea la educație la grădiniță sau îngrijire specială, precum și (c) împărtășirea opiniei experților, a planului individualizat de servicii și a rezultatelor evaluării cu instituția care urmează să îl primească pe copil. Tranziția la un nou serviciu este de obicei o procedură lungă în Ungaria.

În mod similar, în Polonia nu există nicio obligație legală de a crea și implementa un plan de tranziție atunci când un copil este transferat între servicii și instituții. Planificarea tranziției este de obicei limitată la sfaturi despre grădinița sau școala adecvată. Acest lucru nu înseamnă, însă, că instituția recomandată părinților are obligația de a primi copilul.

În Slovacia, elaborarea componentei de planificare a tranziției este în curs. Astfel, unii furnizori de servicii și spitale au inițiat proiecte pilot care abordează procesul de tranziție de

la spital la servicii de intervenție timpurie, iar unii furnizori de servicii lucrează la schema de tranziție de la servicii de intervenție timpurie la un mediu diferit (în primul rând la învățământul preșcolar).

În ceea ce privește situația din România, nu au fost prezentate în raportul de țară informații referitoare la componenta planificării tranziției.



Principalele provocări:

În ciuda eforturilor actuale în ceea ce privește planificarea tranziției, atât în Ungaria, cât și în Polonia, părinții sunt adesea lăsați în voia lor și fără suport informațional de specialitate când vine vorba de planificarea tranziției și de selectarea instituției de la care pot solicita suport. Slovacia raportează că, chiar și atunci când se planifică tranziția, copiii cu dizabilități au opțiuni foarte limitate. Principala provocare pentru toate cele cinci țări este cooperarea intersectorială și implicarea furnizorilor de servicii privați în toate componentele DSM-ECI, inclusiv în ceea ce privește planificarea tranziției, pentru a asigura calitatea și echitatea serviciilor de intervenție timpurie.

Tabelul II Implementarea componentei de planificare a tranziției

Planificarea tranziției	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Planificarea tranziției este un proces existent și aplicat în următoarele sectoare	Ed. P. S.	Ed.	Ed. P. S.	Ed. P. S.	P. S.
Activitățile de tranziție sunt încorporate într-o componentă a planului individualizat	Implementat	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
Procesul de planificare și planurile de tranziție sunt elaborate	Implementat	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
Există o bună comunicare între programele sau agențiile implicate în tranziție	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut

Notă. Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale

Politici publice și legislație

Ratificând Convenția ONU privind drepturile copilului și Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, toate cele cinci țări au stabilit bazele legale pentru dezvoltarea serviciilor și sistemelor de intervenție timpurie, precum și pentru introducerea componentelor modelului DSM-ECI în conformitate cu principiile și dispozițiile acestor tratate internaționale. Implementarea și aplicarea acestor principii la nivel național, regional și local este acum în desfășurare și necesită elaborarea unor:

- Standarde naționale de furnizare a serviciilor de intervenție timpurie;
- Mecanisme de reglementare la nivel național (intersectorial);
- Legi, reglementări și protocoalele sectoriale (ministeriale) relevante; și
- Mecanisme de reglementare la nivel local/regional.

Rapoartele de țară arată că elaborarea standardelor de furnizare a serviciilor de intervenție timpurie nu au fost încă demarată în Bulgaria, Polonia și România (a se vedea Tabelul 12). Elaborarea standardelor naționale privind intervenția timpurie este deja în desfășurare în Ungaria. În Slovacia, standardele privind intervenția timpurie există deja și sunt în aplicare în sectorul politicii sociale.

În prezent, niciuna dintre cele cinci țări nu a stabilit mecanismele de reglementare pentru serviciile de intervenție timpurie la nivel național (intersectorial). În Polonia, programul guvernamental „Pentru viață” (2017-2021) poate fi privit ca un prim pas către construirea bazei juridice a sistemului comprehensiv de intervenție timpurie la nivel național. „Pentru viață” este un proiect pilot pentru viitoarele soluții legislative.

În Bulgaria, elaborarea și punerea în aplicare a legilor sectoriale sau ministeriale cu privire la intervenția timpurie au fost deja finalizate în cadrul tuturor celor trei sectoare (al sănătății, al educației și al politicii sociale). În plus, în Bulgaria se pregătește un proiect de lege privind asistența medicală integrată și serviciile sociale. Sarcina principală a acestui proces este de a permite specialiștilor medicali și specialiștilor din domeniul serviciilor sociale să ofere asistență medicală integrată și suport social copiilor, femeilor însărcinate, persoanelor cu dizabilități și persoanelor cu boli cronice.

Cât despre celelalte patru țări, fie au fost deja elaborate legi ministeriale, fie se lucrează la elaborarea acestora, atât în sectorul educației, cât și în cel al politicii sociale. Astfel, în Ungaria, furnizarea serviciilor de intervenție timpurie este reglementată de o serie de legi și ordonanțe sectoriale. Sinergia acestor documente este parțial asigurată de un Decret special

al Ministerului Educației și Culturii, care conține reglementări comune privind sistemul instituțional al intervenției timpurii.

În ceea ce privește nivelurile locale sau regionale, iarăși, doar Bulgaria a dezvoltat mecanismele de reglementare relevante care ghidează serviciile de intervenție timpurie. În Slovacia, autoritățile regionale au responsabilitatea principală privind dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie. Acestea au obligația de a planifica, coordona, asigura accesibilitate, de a extinde rețeaua existentă de furnizori de servicii și de a asigura finanțarea acestor servicii prin taxe și impozite.



Principalele provocări:

Deși Bulgaria pare a fi la un nivel destul de avansat în ceea ce privește punerea în aplicare a bazei juridice a sistemului de intervenție timpurie, ca urmare a situației economice actuale nefavorabile a țării, numărul furnizorilor de servicii de intervenție timpurie nu este suficient. Acest lucru se întâmplă în ciuda motivației puternice a diferitelor instituții, organizații ale societății civile și persoane particulare. În majoritatea cazurilor, serviciile de intervenție timpurie sunt furnizate în cadrul unor proiecte, iar acest lucru nu garantează sustenabilitatea lor și, potrivit raportului de țară, părinții sunt adesea incerți cu privire la serviciile care li se oferă și cu privire la dezvoltarea copiilor lor. În Slovacia, majoritatea furnizorilor de servicii de intervenție timpurie aparțin sectorului privat, în cadrul căruia standardele de calitate nu sunt implementate, iar aceeași situație se aplică serviciilor din sectorul sănătății și educației. În cele din urmă, sectorul sănătății din Ungaria, Polonia, România și Slovacia rămâne neimplicat în dezvoltarea legislației și a mecanismelor de reglementare a furnizării de servicii de intervenție timpurie, care, la rândul său, împiedică dezvoltarea sistemului comprehensiv și trans-sectorial de intervenție timpurie (a se vedea Tabelul 12).

Tabelul 12 Elaborarea mecanismelor de reglementare ale furnizării de servicii ECI

Legislație și mecanisme de reglementare		Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Copilului		Implementat	Implementat	Implementat	Implementat	Implementat
Ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități		Implementat	Implementat	Implementat	Implementat	Implementat
Standarde naționale de furnizare ECI elaborate		De făcut	În desfășurare	De făcut	De făcut	P. S. – În desfășurare S. și Ed. – De făcut
Există mecanisme de reglementare la nivel național		De făcut	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
Legi sectoriale (ministeriale)	S.	Implementat	De făcut	De făcut	De făcut	De făcut
	Ed.	Implementat	Implementat	De făcut	În desfășurare	În desfășurare
	P. S.	Implementat	În desfășurare	În desfășurare	Implementat	Implementat
Există mecanisme de reglementare la nivel local/regional		Implementat	N/A*	În desfășurare	În desfășurare	De făcut

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale

Finanțare și resurse financiare

Unul dintre principiile de bază ale intervenției timpurii este accesul la servicii convenabile din punct de vedere financiar și de calitate. Accesul le permite copiilor cu dizabilități și

famiiliilor lor să depășească barierele financiare care îi pot împiedica să beneficieze de suportul necesar în timp util. Finanțarea adecvată a serviciilor de intervenție timpurie este esențială din punct de vedere al punerii în aplicare a obligațiilor legale detaliate mai sus, precum și din punct de vedere al durabilității serviciilor de intervenție timpurie existente. Pentru a continua să creăm o rețea de servicii de intervenție timpurie accesibile și convenabile, ar trebui să existe un mecanism bine stabilit de finanțare a programelor de intervenție timpurie.

Tabelul 13 detaliază principalele domenii în ceea ce privește elaborarea mecanismelor financiare care asigură dezvoltarea și funcționarea sistemelor și serviciilor de intervenție timpurie în cele cinci țări. În Slovacia, atât estimarea costurilor serviciilor de intervenție timpurie, cât și elaborarea mecanismelor de finanțare și a protocoalelor pentru alocarea fondurilor sunt în curs de desfășurare. Deși estimarea costurilor este o sarcină încă nerezolvată în celelalte patru țări, Bulgaria și Ungaria raportează că în țările lor există mecanisme și protocoale financiare pentru alocarea fondurilor, iar în România acest aspect este tot în curs de desfășurare.

Instrumentele de finanțare actuale sunt foarte similare în toate cele cinci țări, provenind din mai multe resurse, atât interne, cât și internaționale:

- Asigurările naționale de sănătate;
- Bugetul de stat;
- Bugetul regional și municipal;
- Donații; și
- Granturi de finanțare interne și internaționale.

În Ungaria, serviciile de intervenție timpurie sunt furnizate în principal de către Serviciile de specialitate pedagogice, atât regionale, cât și județene, și sunt gratuite pentru familii. În cazul serviciilor furnizate de către cabinetele sau instituțiile private, costurile acestora sunt acoperite de către familii.

Există progrese remarcabile în Polonia, unde guvernul a alocat 70 de milioane de euro pentru programul pilot guvernamental „Pentru viață” menționat mai sus (2017-2021), adoptând dispoziții pentru suportul integrat al dezvoltării copiilor mici cu dizabilități sau cu risc de întârzieri în dezvoltare și familiile lor.

În România, serviciile de intervenție timpurie din cadrul sectorului politicii sociale nu sunt recunoscute oficial ca servicii de tip distinctiv; prin urmare, programele de intervenție timpurie sunt finanțate parțial, acoperind doar serviciile pentru copiii ce dispun de

recunoaștere oficială ca având o dizabilitate. Bugetele de stat și cele locale acoperă integral cheltuielile serviciilor sociale publice, însă doar 20% din cheltuielile serviciilor sociale ale ONG-urilor. În domeniul protecției sociale, finanțarea serviciilor de intervenție timpurie este mai degrabă conjuncturală decât sistematică. În sectorul sănătății, serviciile de intervenție timpurie sunt gratuite, acoperite de către asigurarea națională de sănătate, și pot fi furnizate tuturor copiilor cu întârzieri în dezvoltare sau cu risc de întârzieri în dezvoltare; acestea fiind spuse, sunt acoperite doar componentele medicale ale serviciilor.

În Slovacia, unde sistemul de servicii este supus procesului de reformă, așa-numitul „sistem vechi” bazat pe tradiția serviciilor rezidențiale continuă să atragă și să epuizeze fondurile publice. În sectorul social, resursele regionale acoperă 100% din costurile furnizorilor publici de servicii și 57% din costurile furnizorilor de servicii care nu sunt publici. Programele de intervenție timpurie din sistemul sănătății sunt gratuite pentru familii, dar accesul gratuit la serviciile de intervenție timpurie în sistemul sănătății este limitat de capacitatea furnizorilor de servicii. Programele de intervenție timpurie din sectorul educației sunt finanțate doar parțial de către municipalitate, restul finanțării provine de la bugetul de stat în cazul furnizorilor publici de servicii sau acoperite de către familiile care beneficiază de servicii private.



Principalele provocări:

Rapoartele de țară demonstrează că domeniul intervenției timpurii rămâne o zonă subapreciată și subfinanțată. În afară de dificultățile financiare și economice, descentralizarea și alte reforme, potrivit raportului de țară al Poloniei, un motiv important al finanțării reduse al domeniului provine din lipsa datelor de cercetare, lipsa cunoștințelor și conștientizării din partea factorilor de decizie politică a faptului că a investi în primii ani de viață ai copiilor duce la unele dintre cele mai ridicate rate de rentabilitate pentru familii, societăți și state.

În timp ce serviciile din cele cinci țări care funcționează în cadrul sectoarelor ale sănătății, educației și politicii sociale sunt finanțate în majoritatea cazurilor de către guverne, pentru ONG-urile care furnizează servicii de intervenție timpurie lipsa mecanismelor financiare și de alocare a fondurilor duce inevitabil la lipsa stabilității și durabilității serviciilor lor. De multe ori, ONG-urile trebuie să le ceară familiilor să plătească pentru serviciile lor, ceea ce face aceste

servicii mai puțin accesibile și uneori chiar împovăratore pentru bugetele familiilor respective. În același timp, ONG-urile care furnizează servicii sunt, de obicei, mai flexibile în a răspunde nevoilor copilului și a familiilor, precum și rapide și proactive când vine vorba de introducerea unor noi programe și practici inovatoare.

Tabelul 13 Listă de verificare a mecanismelor financiare

Mecanisme financiare	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Estimarea costurilor serviciilor ECI	De făcut	N/A*	De făcut	De făcut	P. S. – în desfășurare S. și Ed. – De făcut
Mecanisme de finanțare/alocare a fondurilor	Implementat	Implementat	De făcut	În desfășurare	În desfășurare, insuficient
Instrumentele actuale de finanțare pentru ECI					
Asigurare națională de sănătate	Da	Da	Da	Da	Trei firme private de asigurare
Buget de stat	Da	Da	Da	Da	Pentru Ed.
Buget regional și municipal	Da	Da	Da	Da	Pentru P. S.
Achiziție publică	Da	Da	Da	Da	—
Donații	Da	Da	Nu	Da	Da
Fonduri UE	Da	Da	Da	Da	Da
Contribuții ale familiilor	Nu	Nu	Nu	Da	Da

Notă. *N/A informații referitoare la acest subiect nu au fost prezentate în raportul de țară sau nu sunt disponibile

S.: Sănătate; Ed.: Educație; P. S.: Politici Sociale

Pregătirea personalului

Un sistem comprehensiv de pregătire a personalului este un indicator de calitate important și integral al unui sistem de servicii de intervenție timpurie. Copiii cu dizabilități și familiile lor fac progrese optime atunci când serviciile sunt furnizate în mod consecvent și la un nivel de înaltă calitate în cadrul diferitelor sectoare, furnizori de servicii, echipe și discipline profesionale parcurse. Pentru a asigura pregătirea de înaltă calitate a personalului, resursele și oportunitățile necesare ar trebui elaborate și furnizate prin programe coordonate de formare inițială și continuă, supervizare și certificare a specialiștilor în intervenția timpurie, precum și programe de formare a formatorilor.

După cum arată Tabelul 14, atât Bulgaria, cât și Polonia sunt destul de avansate în ceea ce privește pregătirea personalului de intervenție timpurie. În Bulgaria, formarea profesională inițială și continuă este în curs de dezvoltare în continuare, în timp ce programele de formare a formatorilor, supervizarea și certificarea sau licențierea specialiștilor sunt deja în aplicare.

Pregătirea specialiștilor care lucrează în domeniul intervenției timpurii din Bulgaria este asigurată de (a) Universitatea de Medicină din orașul Varna, care oferă pregătire post-universitară privind intervenția timpurie; (b) ONG-uri; (c) un program comun de formare post-universitară privind intervenția timpurie furnizată de către Universitatea de Medicină și ONG-uri. Programele de formare sunt de obicei destinate diferitelor discipline (de exemplu, asistenți medicali, moașe, logopezi, psihologi, asistenți sociali etc.), precum și specialiștilor în sănătate publică și managementul sănătății. În plus, toate serviciile comunitare trebuie să efectueze cel puțin o sesiune de supervizare de grup pe lună, precum și supervizare individuală regulată ale angajaților lor.

Polonia are programe de pregătire inițială și continuă și dezvoltă programe de formare a formatorilor și de supervizare. Instituțiile de învățământ superior oferă cursuri universitare și post-universitare cu normă întreagă pentru profesioniștii în intervenția timpurie. Cursurile post-universitare privind intervenția timpurie vizează profesioniști cu o diplomă anterioară în educație și/sau educație specială. Profesioniștii în intervenția timpurie din sectorul educației își asigură supervizarea și interviul reciproc, deși nu este cazul în toate facilitățile, deoarece nu există cerințe specifice legate de supervizare în domeniu. Conform raportului de țară, dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie în Polonia este compromisă de un deficit substanțial de profesioniști în multe discipline.

Ungaria și Slovacia se află la etapa inițială a pregătirii personalului. În Ungaria, sunt disponibile diverse formări post-universitare acreditate pentru specialiștii în intervenția timpurie. Aceste cursuri de formare sunt parțial autorizate de către Ministerul Capacităților Umane și sunt acreditate de către Biroul Educațional. În Slovacia a fost introdus în 2015 un curs de formare de consilier în intervenție timpurie și de atunci este oferit anual. Acest curs nu este obligatoriu pentru profesioniștii în intervenția timpurie.

În România, eforturile privind elaborarea a programului de instruire pentru personal nu au fost încă demarate, deoarece acest domeniu de expertiză și practică profesională nu a fost încă clar definit și recunoscut.

Tabelul I4 Pregătirea personalului în domeniul intervenției timpurie

Elemente	Bulgaria	Ungaria	Polonia	România	Slovacia
Programe de formare inițială	Implementat, dar insuficient	De făcut	Implementat	De făcut	De făcut
Programe de formare continuă	Implementat, dar insuficient	Implementat parțial	Implementat	De făcut	Doar în P. S.
Programe de formare a formatorilor	Implementat	De făcut	În desfășurare	De făcut	De făcut
Supervizarea specialiștilor și echipelor ECI	Implementat	De făcut	În desfășurare	De făcut	În desfășurare în P. S.
Certificare/licențiere a specialiștilor ECI	Implementat	De făcut	Implementat	De făcut	De făcut

Notă. P. S.: Politici Sociale

Concluzii

Acest raport prezintă analiza situației actuale privind sistemele și serviciile de intervenție timpurie din Bulgaria, Ungaria, Polonia, România și Slovacia, utilizând cadrul conceptual dat de către Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării în intervenția timpurie (Guralnick, 2001, 2005, 2011). Analiza datelor prezentate în rapoartele de țară sugerează următoarele concluzii:

- ✔ În toate cele cinci țări, serviciile din cadrul diferitelor sectoare continuă să se concentreze în principal pe copil mai degrabă decât pe familii sau decât pe resursele și factorii de stres ai familiei, așa cum subliniază și DSM-ECI. Prin urmare, primul principiu de bază, și anume, cadrul de dezvoltare, este realizat doar parțial în sistemele de servicii existente. Cu toate acestea, rapoartele de țară demonstrează, de asemenea, un grad mai mare de înțelegere și apreciere în ceea ce privește rolul familiilor în procesul de dezvoltare a copiilor mici, precum și a eforturilor de a răspunde nevoilor familiilor și de a le implica în diferite etape ale furnizării serviciilor de intervenție timpurie.
- ✔ În ceea ce privește al doilea principiu de bază al DSM-ECI, integrarea diferitelor servicii, structuri administrative și instituții implicate în furnizarea de servicii la diferite niveluri, realizarea acestuia rămâne, de asemenea, destul de problematică în toate cele cinci țări. Lipsa cooperării și coordonării trans-sectoriale, a diferitelor legi ministeriale și a reglementărilor normative în sectoarele sănătății, educației și politicii sociale, lipsa comunicării dintre sectoare și agenții afectează în mod negativ implementarea tuturor componentelor DSM-ECI.
- ✔ Deși s-au făcut anumite progrese, realizarea celui de-al treilea principiu de bază, al incluziunii și furnizării de servicii în medii naturale, precum și maximizarea participării copiilor și familiilor la activități comunitare obișnuite, rămâne, de asemenea, o provocare pentru toate cele cinci țări datorită, cel puțin parțial, coexistenței aspectelor moștenite din vechiul sistem și a celor moștenite din abordarea instituțională a modelului medical. Reprezintă provocări și resursele limitate; discrepanțe în disponibilitatea, accesibilitatea, calitatea și echitatea serviciilor pe baza venitului familiei, a dizabilității și a locației; precum și lipsa de informații și coordonare între agenții, fapt menționat mai sus și care limitează posibilitățile familiei și împiedică incluziunea copiilor mici cu nevoi speciale și a familiilor acestora.

- ✔ Cu privire la componentele specifice DSM-ECI, conform rapoartelor de țară, componentele de bază precum screeningul, trimiterea și evaluarea interdisciplinară par a fi cele mai avansate, fapt care poate avea legătură cu o anumită suprapunere dintre abordarea tradițională medicală și abordarea DSM-ECI cu privire la aceste activități.
- ✔ Componentele cel mai puțin dezvoltate ale DSM-ECI sunt punctele de acces, evaluarea factorilor de stres (implementată numai în Bulgaria), monitorizarea și evaluarea rezultatelor, precum și planificarea tranziției.
- ✔ Elaborarea diferitelor aspecte ale componentelor DSM-ECI și implementarea acestora variază substanțial și între regiunile țărilor și, deoarece componentele sunt strâns corelate, acest lucru afectează implementarea și funcționarea sistemului de intervenție timpurie în ansamblu.
- ✔ Printre principalele provocări în ceea ce privește implementarea DSM-ECI, identificate de către țările partenere, se menționează și următorii factori:
 - Lipsa unui cadru de reglementare comprehensiv;
 - Resurse financiare limitate, în special în ceea ce privește furnizorii de servicii tip ONG;
 - Oportunități limitate de pregătire a personalului;
 - Cooperarea intersectorială este fie limitată, fie cu totul absentă;
 - Lipsa de date și informații; și
 - Lipsa de conștientizare profesională și publică cu privire la intervenția timpurie.
- ✔ Un motiv serios de îngrijorare este că majoritatea copiilor cu risc de întârzieri în dezvoltare sau dizabilități și familiile lor beneficiază de suport redus din partea serviciilor existente, ceea ce înseamnă că mulți copii mici și familiile lor nu pot primi sprijinul necesar la timp și că oportunități importante de prevenire pot fi ratate sau cu timpul pot deveni mai puțin eficiente.
- ✔ Fiecare țară oferă câteva exemple și soluții pozitive care sunt descrise în raport și pot fi văzute și diseminate ca bune practici în domeniul intervenției timpurii. Nu au fost disponibile informații în raportul României care ar permite identificarea bunelor exemple și practici în această țară.

Limitări

Analiza situației prezentată în acest raport este exploratorie prin natura sa; nu se intenționează să ofere soluții finale și concludente la problemele existente în domeniul intervenției timpurii în cele cinci țări. Principalele limitări ale acestui studiu includ selectarea participanților la componenta calitativă a cercetărilor din fiecare țară, precum și datele insuficiente cu privire la unele aspecte ale componentelor DSM-ECI. Prin urmare, sunt necesare cercetări suplimentare care să fie mai stricte și riguroase din punct de vedere al organizării, instrumentelor, metodologiei de eșantionare și metodelor de colectare a datelor.

Recomandări

Pe baza informațiilor prezentate în rapoartele de țară și în raportul de sinteză, fiecare dintre partenerii proiectului a formulat recomandări pentru factorii de decizie politică, furnizorii de servicii, părinții și familiile copiilor cu nevoi speciale. Mai jos sunt prezentate recomandările generale, aplicabile în toate cele cinci țări. Recomandările specifice fiecărei țări sunt prezentate în rapoartele de țară disponibile pe www.agora-eci.eu.

Recomandări pentru factorii de decizie:

- Inițiați și încurajați eforturile de sensibilizare și recunoaștere a:
 - Importanței primilor ani de viață și impactului acestora asupra rezultatelor pozitive sau negative în ceea ce privește dezvoltarea copilului;
 - Intervenției timpurii ca profesie unică și domeniu de expertiză;
 - Filozofiei și practicilor din domeniul intervenției timpurii ca fiind un sistem distinct de servicii, centrat pe familie, multidisciplinar și transdisciplinar, intersectorial.
- Promovați dezvoltarea și implementarea sistemelor și serviciilor de intervenție timpurie în țările țintă și în alte state membre ale UE prin instrumente sau activități precum:
 - Evaluarea implementării Strategiei privind dizabilitatea 2010-2020;
 - Implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități și Convenției ONU privind drepturile copilului la nivel UE;
 - Grupuri de lucru la nivel înalt privind dizabilitățile – reuniuni anuale și rapoarte anuale;
 - Elaborarea noii Strategiei privind dizabilitatea 2020-2030.
- Lucrați pentru a face ca politicile de dezvoltare și intervenție timpurie să devină o prioritate națională și europeană care să asigure accesibilitatea, echitatea și calitatea serviciilor de intervenție timpurie în toate țările europene;
- Cooperați cu experți internaționali, furnizori de servicii și organizații ale părinților pentru a crea grupuri de lucru relevante, cu scopul de a asigura elaborarea politicilor și a cadrului normativ pentru sistemul de intervenție timpurie bazat pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării și principiile sale de bază;
- Asigurați leadership dedicat programelor de intervenție timpurie și coordonați eforturile dintre sectoare într-un mod mai eficient (sectorul sănătății, educației și politicilor sociale, precum și sectorul privat);

Recomandări pentru factorii de decizie (cont.):

- Promovați schimbul de informații, diseminarea bunelor practici și a expertizei, precum și transferul de cunoștințe în domeniul intervenției timpurii între țările (UE) și comunitățile profesionale în ceea ce privește elaborarea:
 - Cadrului și politicilor de reglementare intersectoriale coerente;
 - Standardelor de calitate;
 - Consolidării capacității specialiștilor de intervenție timpurie.
- Promovați și susțineți elaborarea programelor naționale pentru dezvoltarea profesională a specialiștilor în intervenția timpurie, pregătire inițială și continuă, precum și oportunități educaționale pe tot parcursul vieții în domeniul intervenției timpurii;
- Promovați și susțineți cercetări și colectări de date privind dezvoltarea și implementarea serviciilor de intervenție timpurie, precum și indicatori esențiali ai dezvoltării timpurii;
- Urmăriți progresul privind eforturile de a găsi copii mici care au nevoie de servicii de intervenție timpurie și satisfacerea nevoilor lor de dezvoltare;
- Asigurați accesibilitatea financiară a serviciilor de intervenție timpurie pentru copii cu nevoi speciale și familiile acestora;
- Alocați fonduri structurale și asigurați investiții financiare în domeniul intervenției timpurii, inclusiv bugetarea și asigurarea sprijinului financiar al furnizorilor de servicii de intervenție timpurie din sectorul privat.

Recomandări pentru părinții copiilor cu nevoi speciale:

- Implicați organizațiile existente sau înființați noi organizații ale părinților copiilor cu nevoi speciale la nivel local și național:
 - Să ofere informații, programe de formare „de la persoană la persoană” și suport familiilor care cresc copii cu nevoi speciale, inclusiv informații despre filozofia, practica și beneficiile intervenției timpurii ca abordare bazată pe dovezi;
 - Să se asigure că vocile, experiențele și nevoile părinților copiilor cu nevoi speciale sunt bine reprezentate la diferite niveluri ale sistemului de intervenție timpurie și al dezvoltării serviciilor;
 - Să facă lobby pentru calitatea, echitatea și accesibilitatea serviciilor de intervenție timpurie.
- Cooperați cu organizațiile și rețelele de părinți internaționale, experți internaționali, organizații naționale și internaționale relevante, factori de decizie politică și furnizorii de servicii pentru a asigura dezvoltarea unui sistem de intervenție timpurie de calitate, bazat pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării și principiile sale de bază.

Recomandări pentru furnizorii de servicii:

- Promovați recunoașterea intervenției timpurii ca profesie unică și domeniu de expertiză de către factorii de decizie politică și grupurile profesionale relevante;
- Cooperați cu experți internaționali, factori de decizie politică și organizații ale părinților pentru a asigura dezvoltarea politicilor și a cadrului de reglementare pentru sistemul de intervenție timpurie bazat pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării și principiile sale de bază;
- Participați activ la activități de cooperare, schimb de informații, diseminare de bune practici, transfer de expertiză și cunoștințe între comunitățile și sectoarele profesionale pentru a elabora:
 - Cadrul și politicile de reglementare intersectoriale coerente;
 - Standarde de calitate și terminologie comună, coerentă în diferite sectoare;
 - Pregătire profesională pentru specialiștii în intervenția timpurie, pregătire inițială și continuă, precum și oportunități educaționale pe tot parcursul vieții în domeniul intervenției timpurii.
- Cooperați cu organizațiile-umbrelă naționale de intervenție timpurie sau alți furnizori de servicii relevanți, experți naționali și internaționali, factorii de decizie politică și organizațiile părinților pentru a stabili grupuri de lucru adecvate și pentru a asigura dezvoltarea și implementarea elementelor structurale ale DSM-ECI, și anume: 1) screening și trimitere, (2) eligibilitate în sistemul de intervenție timpurie, (3) monitorizare, (4) puncte de acces la sistemul de servicii, (5) evaluare interdisciplinară, (6) evaluare a potențialilor factori de stres pentru familii, (7) elaborarea și implementarea unui plan de servicii individualizat, (8) monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării planului, (9) tranziția către medii noi;
- Contribuiți la dezvoltarea unor programe comprehensive transdisciplinare de intervenție timpurie și la coordonarea eforturilor între organizații, instituții și sectoare, inclusiv sectorul privat;
- Implementați standardele de calitate și practicilor bazate pe dovezi în domeniul intervenției timpurii;
- Inițiați și participați la cercetări și colectări de date privind dezvoltarea și implementarea serviciilor de intervenție timpurie, precum și a indicatorilor esențiali ai dezvoltării timpurii, și urmăriți progresul privind eforturile de a găsi copiii mici care au nevoie de servicii de intervenție timpurie și satisfacerea nevoilor lor de dezvoltare și a nevoilor familiilor lor;
- Dezvoltarea și menținerea bazelor de date naționale și ale informațiilor actualizate despre copii care au nevoie de servicii de intervenție timpurie;
- Dezvoltarea unui sistem de certificare și monitorizare a serviciilor de intervenție timpurie, inclusiv a serviciilor de intervenție timpurie furnizate în sectorul privat.

Bibliografie

- Barrett, S.W. (2000). Economia intervenției timpurii. În Shonkoff, J.P. și Meisels, S.J., editori, *Manual de intervenție timpurie*, ediția a doua, Cambridge, Regatul Unit: Cambridge University Press.
- Braithwaite, J. și Mont, D. (2009). Dizabilitatea și sărăcia: un sondaj al Băncii Mondiale privind evaluarea și implicațiile sărăciei, *Modificare: Jurnalul European de Cercetare a Dizabilității*, 3(3): 219-232.
- Dunst, C. J. (2004). Un cadru integrat pentru practica în intervenția timpurie și a suportului familial. *Perspective în educație*, 22 (2), 1-16.
- EADSNE (2010), *Intervenția timpurie - Progrese și evoluții, 2005-2010*.
- Agencia Europeană (2005). Intervenția timpurie: analiza situațiilor din Europa – Aspecte cheie și recomandări. Disponibil pe pagina web <http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations> (descărcat la 20.12.2018).
- Guralnick, M. J. (2001). O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie. *Bebeluși și copii mici*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). O imagine de ansamblu asupra abordării sistemice asupra dezvoltării în intervenția timpurie. În M. J. Guralnick (Ed.), *O abordare sistemică asupra dezvoltării în intervenția timpurie* (pp. 3-28). Baltimore: Brookes.
- Guralnick, M.J. (2011) De ce intervenția timpurie funcționează: o perspectivă sistemică. *Bebeluși și copii mici*. 24, 6-28.
- Pinto, A.I., Grande, C., Aguiar, C., de Almeida, I.C., Felgueiras, I., Pimentel, J.S., Serrano, A.M., Carvalho, L., Brandão, M.T., Boavida, T., Santos, P. , & Lopesdos-Santos, P. (2012). Intervenția timpurie în Portugalia: o prezentare generală bazată pe Modelul abordării sistemice asupra dezvoltării. *Bebeluși și copii mici*, 25(4), 310-322.

Anexe

Anexa 1



1) Screening și trimitere

1. Ați avut întrebări sau preocupări privind copilul Dvs.? Unde ați mers pentru a vorbi despre acestea sau pentru a cere ajutor? Ați avut nevoie de trimitere oficială și dacă da, de la cine? (De exemplu: medicul de familie sau altcineva)
2. Există un sistem oficial de intervenție timpurie pentru copii și părinți pe care îl puteți accesa atunci când aveți întrebări sau nelămuriri? Știați în prealabil de existența acestui sistem?
3. A trebuit să plătiți sau să fiți eligibil unor criterii specifice înainte de a primi trimiterea?
4. S-a realizat vreun test de diagnosticare la persoana/profesionistul la care v-ați dus? De exemplu: musculatură, vedere, auz, abilități de a se juca, abilități lingvistice, abilități sociale și comportamentale.
5. V-au explicat care ar fi următorul pas după acea primă consultare?

2) Eligibilitate în sistem

6. Din propria experiență: care sunt criteriile și în ce mod este determinat dacă sunteți sau nu eligibil pentru a beneficia de servicii de intervenție timpurie?
7. Ce fel de servicii (de sănătate, educație sau sociale) sunt implicate în definirea și gestionarea accesului Dvs. la intervenția timpurie?

3) Monitorizare

8. În cazul în care copilul Dvs. nu s-a dovedit a se încadra în criteriile pentru a intra în sistemul de intervenție timpurie, dar îngrijorările Dvs. au fost conștientizate de către profesioniștii întâlniți: aveți o idee clară asupra ocaziilor viitoare sau condițiilor în care puteți aplica din nou sau beneficia de alt fel de ajutor?
9. Există criterii și un sistem oficial de monitorizare pentru copiii aflați în situația respectivă în țara în care locuiți?

4) Punct de acces

10. Ați fost informat(ă) de existența unui birou național pe care l-ați fi putut aborda pentru a primi mai multe informații despre intervenția timpurie pentru copilul și familia Dvs.? Care birou este acesta în țara în care locuiți?

5) Evaluare interdisciplinară

11. Ați fost implicat(ă) în planificarea și elaborarea evaluării în prealabil? Ați primit informații referitoare la această procedură și probele care urmau să decurgă pentru a ști la ce să vă așteptați?
12. Puteți să ne descrieți felul în care copilul Dvs. a fost testat? V-au arătat și explicat testele utilizate?
13. Ați fost prezent(ă) pe parcursul evaluării?
14. La evaluare a fost prezent un singur profesionist sau mai mulți?
15. Au fost solicitate informații despre Dvs. ca părinte sau despre familie și despre nevoile Dvs. particulare?

6) Evaluarea potențialilor factori de stres

16. În continuarea întrebării anterioare: s-au colectat informații sau s-a discutat despre situația Dvs. specifică, despre resursele pe care familia Dvs. le are sau despre posibilul stres pe care îl suferiți?

17. Dacă da: s-a discutat doar cu Dvs. sau și cu partenerul Dvs., cu ceilalți copii, cu bunicii sau alți membri ai familiei relevanți sau persoane importante pentru Dvs.?

7) Elaborarea și implementarea planului individualizat

18. După ce copilul dvs. a fost acceptat într-un program de intervenție timpurie: s-a elaborat un plan al serviciilor care vă vor fi furnizate? Un asemenea plan este obligatoriu prin lege în țara în care trăiți?

19. Cum a fost elaborat și implementat acest plan?

20. Cine a participat la elaborarea acestui plan? Ați putut contribui ca și părinți împreună cu profesioniștii implicați? Câți și ce fel de profesioniști? Cine a coordonat procesul redactării?

8) Monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării planului

21. În acest plan, rezultatele dorite trebuie descrise. Sunt toate rezultatele monitorizate sau doar câteva? Aveți experiența monitorizării a acestor rezultate?

22. Ați fost Dvs. sau alte persoane (menționați cine) implicate în acest proces?

9) Planificarea tranziției la medii noi

23. Când copilul Dvs. merge la o grădiniță, școală sau la alte medii noi: ce fel de suport sau planificare vă stă la dispoziție?

24. Cine va fi implicat în acest mod de suport: familia Dvs., profesioniști, alții?

10) Politici, legislație și resurse financiare

25. Există planuri de politici pentru aceste servicii intervenție timpurie în țara în care locuiți? Este planul respectiv susținut și realizat prin legislație și măsuri de reglementare?

26. Există susținere financiară din partea statului, spre exemplu pentru Dvs. ca familie și pentru furnizorii de servicii și profesioniștii care contribuie la acest plan pentru a satisface toate nevoile descrise în plan? Dacă nu – care este suma pe care Dvs. și

familia Dvs. o plătiți pentru serviciile de intervenție timpurie? (menționați cât la % din bugetul lunar al familiei sau suma totală)

Glosar

Evaluare – pe parcursul *evaluării* se privește mai de aproape felul în care copilul Dvs. se dezvoltă. Copilul Dvs. va da un (scurt) test sau veți completa un chestionar în legătură cu el/ea. Examinarea asupra dezvoltării poate fi realizată de către un doctor sau o asistentă medicală, dar și de către orice alt fel de profesionist în domeniul sănătății, al comunității sau al școlii.

Trimitere – un act oficial prin care o familie/un copil este trimis către niște servicii anume.

Evaluare interdisciplinară – proces de evaluare în care se implică profesioniști din mai multe domenii (medical, psihologie, asistență socială, terapie etc.)

Punct de acces către sistemul de servicii – serviciul care stabilește primul contact între copil/familie și serviciile de intervenție timpurie (de exemplu: Centru de sănătate, ONG-uri etc.)

Plan individualizat – un plan de intervenție timpurie care este dezvoltat conținând evaluarea, obiectivele serviciului, strategii, resurse, profesioniști care vor fi implicați și cronologia serviciilor oferite.

Planul de tranziție – procesul prin care se mută de la un anumit serviciu de intervenție timpurie sau de la o organizație la alta.

Eligibilitate pentru serviciile de intervenție timpurie – starea în care aveți dreptul de a obține servicii de intervenție timpurie pentru că criteriile necesare sunt îndeplinite.

Anexa 2



CHESTIONAR PENTRU RAPORTARE DE DATE CALITATIVE

Contextualizare: următoarele întrebări sunt organizate în funcție de diferitele etape ale Modelului abordării sistemice asupra dezvoltării a lui Guralnick (2005) în cadrul unui sistem de intervenție timpurie (https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/overview_dev_systems.pdf).

1) Screening și trimitere

1. Care sunt procedurile de screening al copiilor în cadrul organizației Dvs.?
2. Ce abordări și instrumente de screening sunt utilizate în organizația Dvs. și de către ce fel de profesioniști?
3. Ce fel de criterii și protocoale care permit accesul la serviciile de intervenție timpurie sunt utilizate în organizația Dvs.?
4. Ce fel de domenii de dezvoltare ale copilului (bio-psiho-sociale) ia în considerare organizația Dvs. în procesul de screening și trimitere?
5. Cine poate face trimiterea către serviciile de intervenție timpurie în organizația Dvs.? Familiile se pot auto-înscris la serviciile de intervenție timpurie din organizația Dvs.? Cum funcționează acest lucru în practică?

2) Eligibilitate în sistemul de intervenție

6. Aveți autoritatea de a defini criteriile de eligibilitate pentru serviciile de intervenție timpurie în cadrul sistemului din țara Dvs.? Sunteți într-adevăr implicat(ă) în acest proces?

3) Sistemul de monitorizare/evaluare a rezultatelor

7. În ce măsură se iau în considerare copiii care nu îndeplinesc criteriile definite de eligibilitate pentru serviciile de intervenție timpurie din secțiunea anterioară, dar care ridică unele îndoieli cu privire la posibili factori de risc care le pot submina dezvoltarea?

8. Cum este definit sistemul de evaluare/monitorizare din organizația Dvs.? Care sunt criteriile pentru evaluarea/monitorizarea copiilor?

4) Punctele de acces către sistemul de servicii

9. Care este punctul de acces către sistemul de servicii?

5) Evaluarea interdisciplinară

10. Cum se realizează evaluarea? Ce fel de instrumente sunt utilizate pe parcursul evaluării? În ceea ce privește utilizarea instrumentelor standardizate, acestea sunt adaptate pentru populația din țara Dvs.?

11. Cine participă la evaluare (de exemplu, părinți, diferiți profesioniști etc.)?

12. Există vreun proces de planificare anterioară, realizat împreună cu familia, pentru a fi pregătiți pentru momentul evaluării? Familia este conștientă de utilizarea acestor instrumente?

6) Evaluarea potențialilor factori de stres

13. Cum identificați potențialii factori de stres pentru familii, pentru rețelele de sprijin familial și pentru resursele familiei? Folosiți instrumente în evaluarea factorilor de stres? Dacă da, ce instrumente se folosesc? Folosiți instrumente pentru a evalua rețelele de sprijin familial și resursele familiei?

7) Elaborarea și implementarea planului individualizat

14. Există un plan de servicii? Este obligatoriu prin lege în țara dumneavoastră?

15. Cum este elaborat și implementat planul de servicii? Cine participă la elaborarea și implementarea planului de servicii (de exemplu, familiile, diferiți profesioniști etc.)? (Vă rugăm să indicați cine participă activ la redactarea planului). Există vreo coordonare în acest proces?

8) Monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării planului

16. Cum se efectuează monitorizarea? Cum evaluați rezultatele? Ce fel de rezultate sunt monitorizate? Cine participă la monitorizarea și evaluarea rezultatelor (de exemplu: familiile, diferiții profesioniști etc.)?

9) Planificarea tranziției spre medii noi

17. Cum planificați tranziția în organizația Dvs.? Cine participă la procesul de planificare a tranziției (de exemplu: familiile, diferiții profesioniști etc.)?

10) Politici publice, legislație și resurse financiare

18. Ce legislație și măsuri de reglementare utilizați în organizația Dvs. în ceea ce privește furnizarea de servicii de intervenție timpurie?

19. Care este sistemul de finanțare a serviciilor de intervenție timpurie din organizația Dvs.? Ce impact au măsurile de austeritate asupra sprijinului financiar pentru serviciile de intervenție timpurie din organizația Dvs.?

11) Pregătirea personalului

20. Există cerințe specifice de formare/certificare pentru profesioniștii care lucrează în intervenția timpurie? Dacă da, care sunt cerințele? Formarea se realizează la nivel postuniversitar?

21. Aveți instruire profesională continuă oferită profesioniștilor?

22. Există supervizare a muncii făcute de către profesioniști pentru a asigura dezvoltarea profesională și practicile de calitate? Cine face acest lucru în organizația Dvs. (ce profesioniști fac acest lucru și care sunt criteriile pentru a deveni supervisor)?

12) Bibliografia, rapoartele și referințele utilizate în organizația dvs.

GLOSAR

Modelul bio-psiho-social al dizabilității este un model care integrează diferite perspective ale sănătății: biologice, individuale și sociale pentru a înțelege dizabilitatea și funcționalitatea.

Trimitere – Un act de trimitere a unui copil sau a unei familii către servicii de specialitate.

Evaluare interdisciplinară – Procedură de evaluare care implică profesioniști din diferite discipline (medicină, psihologie, asistență socială, terapie etc.).

Punct de acces către sistemul de servicii – Serviciu care stabilește primele contacte cu copilul sau familia (de ex., Centrul de sănătate, ONG-uri etc.) pentru a beneficia de suportul intervenției timpurii.

Plan individualizat – Un plan de intervenție timpurie elaborat care conține evaluarea, obiectivele serviciilor, strategiile, resursele, profesioniștii care vor fi implicați și calendarul serviciilor furnizate.

Plan de tranziție – Procesul de trecere de la un serviciu sau o organizație de intervenție timpurie la alta.

Formare continuă – Instruire oferită profesioniștilor pe tot parcursul angajării

Eligibilitatea în sistemul de intervenție timpurie – Starea de a avea dreptul de a beneficia de servicii de intervenție timpurie, deoarece copilul întrunește criteriile.

Anexa 3



CHESTIONAR PENTRU CERCETAREA DOCUMENTARĂ

Contextualizare: următoarele întrebări sunt organizate în funcție de diferitele etape ale Modelului abordării sistemice asupra dezvoltării a lui Guralnick (2005) în cadrul unui sistem de intervenție timpurie.

Screening și trimitere

1. Există un sistem de screening organizat în țara Dvs.? Dacă da, cum funcționează? Ce instrumente se folosesc?
2. Care sunt instituțiile responsabile de acest lucru? Dacă nu, ce abordări și instrumente de screening sunt utilizate în țara Dvs. și de către cine?
3. Există criterii și protocoale care să permită accesul echitabil la acest program?
4. Ce fel de domenii de dezvoltare ale copilului (bio-psiho-sociale) se iau în considerare în țara Dvs. în ceea ce privește procesul de screening și trimitere?
5. Cine poate face trimiterea către serviciile de intervenție timpurie în țara Dvs.? Familiile se pot auto-înscris la serviciile de intervenție timpurie din țara Dvs.? Cum funcționează acest lucru în practică?

Eligibilitatea în sistemul de intervenție

6. Cum este definită și evaluată eligibilitatea în sistemul de intervenție timpurie în țara Dvs.?

7. Cine definește și administrează eligibilitatea pentru sistemul de intervenție timpurie? Ce fel de servicii (sănătate, educație, servicii sociale) sunt implicate?

Sistemul de monitorizare și evaluare

8. În ce măsură se iau în considerare copiii care nu îndeplinesc criteriile definite pentru eligibilitatea în serviciile de intervenție timpurie din secțiunea anterioară, dar care ridică unele îndoieli cu privire la posibili factori de risc care le pot submina dezvoltarea?

9. Cum este definit sistemul de evaluare/monitorizare din țara Dvs.? Care sunt criteriile pentru evaluarea/monitorizarea copiilor?

Punctele de acces către sistemul de servicii

10. Există vreun punct de acces către sistemul de servicii de intervenție timpurie definit în țara Dvs.? Dacă da, care este acesta?

Evaluarea interdisciplinară

11. Cum se efectuează evaluarea? Ce instrumente se folosesc pe parcursul evaluării?

12. Cine participă la evaluare (de exemplu: părinții, diferiți profesioniști etc.)?

13. Participă familia la evaluare? Dacă da, ce membri ai familiei participă și cum participă aceștia? Când participă?

14. Ce instrumente se folosesc pe parcursul evaluării? Familia este conștientă de utilizarea acestor instrumente?

15. Există vreun proces de planificare anterioară, împreună cu familia, pentru a fi pregătiți pentru momentul evaluării? Familia este conștientă de utilizarea acestor instrumente?

Evaluarea potențialilor factori de risc

16. Există instrumente pentru evaluarea factorilor de stres ai familiei, ai resurselor și rețelelor familiale? Care?

Elaborarea și implementarea planului individualizat de servicii

17. Există un plan de servicii? Este obligatoriu prin lege în țara Dvs.?

18. Cine participă la elaborarea și implementarea planului de servicii (de exemplu: familiile, furnizorii de servicii din diferite domenii – sănătate, educație și servicii sociale)? Există vreo coordonare a acestui proces?

Monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării planului

19. Cum se efectuează monitorizarea planului individualizat? Cum se evaluează rezultatele? Ce fel de rezultate sunt monitorizate (copil și familie)?

20. Cine participă la monitorizarea și evaluarea rezultatelor (de exemplu: familiile, furnizorii de servicii din diferite domenii – sănătate, educație și servicii sociale)?

Planificarea tranziției către medii noi

21. Cum este planificată tranziția către noi medii în țara Dvs.?

22. Cine participă la procesul de planificare a tranziției (de exemplu: familiile, diferiți profesioniști etc.)?

Politici publice, legislație și resurse financiare

23. Există un plan de politici publice privind intervenția timpurie pe care autoritățile le vor pune în aplicare prin intermediul măsurilor legislative și de reglementare în țara Dvs.?
24. Țara oferă mijloacele financiare necesare pentru realizarea acestui plan de politici publice?
25. Ce impact au măsurile de austeritate asupra sprijinului financiar pentru sistemul de intervenție timpurie din țara Dvs.?
26. Serviciile de intervenție timpurie (educație, sănătate și servicii sociale) sunt furnizate în mod coordonat? Dacă nu, descrieți cum sunt furnizate și cine se ocupă de diferitele aspecte?
27. Cine este responsabil pentru finanțarea serviciilor de intervenție timpurie în fiecare sector?
28. Serviciile sunt accesibile, disponibile și în proximitate pentru copii și familii?

Pregătirea personalului

29. Ce profesioniști lucrează în domeniul intervenției timpurii în țara Dvs.? Există vreo coordonare a muncii lor? Lucrează în echipe? Dacă da, au vreo pregătire cu privire la cum se lucrează în echipe?
30. Există cerințe specifice de formare/certificare pentru personalul care lucrează în intervenția timpurie? Dacă da, care sunt cerințele? Formarea este la nivel postuniversitar?
31. Există programe certificate pentru profesioniștii de intervenție timpurie? Cine oferă aceste programe (universități, alte instituții)?
32. Țara/organizația Dvs. oferă formare continuă profesioniștilor din domeniul intervenției timpurii?
33. Există supervizare a muncii efectuate de către profesioniști pentru a asigura practici de calitate? Cine face acest lucru în organizația Dvs. (ce profesioniști fac acest lucru și care sunt criteriile pentru a deveni supervisor)?

Anexa 4



Proiectul AGORA organizat de către VELUX: chestionar legat de intervenția timpurie în Slovacia, România, Bulgaria, Polonia și Ungaria.

Stimate coleg, stimată părinte sau persoană care îngrijește copilul,

Mulțumim pentru că ați acceptat să deveniți respondent al acestui chestionar important.

Riscurile și dificultățile în dezvoltare sunt cele mai întâlnite condiții cronice care pot afecta copiii la nivel mondial. Mulți copii care se luptă cu aceste dificultăți nu beneficiază de servicii de intervenție timpurie care i-ar susține pe ei și pe familia lor în a-și atinge potențialul.

Proiectul AGORA este un pilot inovativ dezvoltat în cinci țări din Europa Centrală și de Est (Ungaria, Slovacia, Polonia, România și Bulgaria) adresat pentru a depăși unele provocări întâmpinate pe parcursul implementării strategiilor în dezvoltarea sistemelor de intervenție timpurie adecvate pentru copiii cu dizabilități.

Scopurile proiectului sunt:

- 1. Crearea unui spațiu de învățare și adunare în care toate persoanele care joacă un rol esențial pot elabora împreună servicii de intervenție timpurie de calitate ridicată.*
- 2. Elaborarea ghidării practice sau a uneltelor pentru a provoca schimbări sistematice în sistemul asistenței sociale prin îmbunătățirea contextului legal și al politicilor la nivel european, național și/sau regional.*

3. *Dezvoltarea exemplelor care pot servi drept inspirație altor țări europene și altor grupuri de copii cu nevoi speciale sau cu risc de excluziune (cum ar fi copii de origine romă sau imigranți).*

Despre acest chestionar:

- Chestionarul conține întrebări structurate și deschise și va lua aproximativ 1-2 ore pentru a-l completa.
- În situația în care nu există niciun fel de informații oficiale și/sau resursele disponibile variază în diferite părți ale aceleiași țări, vă rugăm încercați să ne oferiți cele mai bune estimări.
- Datele pe care ni le furnizați vor fi analizate la nivel național, apoi analizate și rezumate la nivelul celor 5 țări.
- Dacă doriți, numele Dvs. poate rămâne confidențial sau poate apărea la secțiunea de colaboratori în raportul final. Vă rugăm să precizați ce preferați la sfârșitul chestionarului.

Vă mulțumim anticipat pentru timpul și efortul acordat acestui chestionar și sperăm ca rezultatele acestuia și raportul final vă vor ajuta să asigurați un viitor mai bun copiilor în general și, în cazul în care sunteți părinte sau persoană care îngrijește copilul, copiilor Dvs.



Parteneri de proiect



EASPD, Eurllyaid și partenerii din țările din Europa Centrală și de Est: Ungaria, Slovacia, Bulgaria, Polonia, România. Proiectul ECI Agora, susținut de Fundațiile Velux, își propune să sprijine dezvoltarea sistemelor ECI adecvate la nivel local și național.



ISBN 978-2-9199584-9-8

