

# ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 692 din 23 mai 2013

MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI, PROTECȚIEI SOCIALE  
ȘI PERSOANELOR VÂRSTNICE  
Nr. 982 din 23 mai 2013

## ORDIN

### privind modificarea cap. 1 din anexa la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico- psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap

Văzând referatele de aprobare nr. E.N. 5.240/2013 al Direcției asistență medicală și politici publice din cadrul Ministerului Sănătății și nr. 12.118 din 23 mai 2013 al Direcției protecția persoanelor cu handicap din Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice,

având în vedere prevederile art. 85 alin. (10) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 12 din Hotărârea Guvernului nr. 10/2013 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, cu modificările ulterioare, și ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății și ministrul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice** emit următorul ordin:

**Art. I.** — Capitolul 1 „Funcțiile mentale” din anexa la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea

în grad de handicap, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 885 și 885 bis din 27 decembrie 2007, cu modificările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

#### „CAPITOLUL 1 Funcțiile mentale

#### 1.1. EVALUAREA PERSOANELOR CU DEZVOLTARE INCOMPLETĂ A FUNCȚIILOR MENTALE, ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP\*

|                          |                     |   |
|--------------------------|---------------------|---|
| PARAMETRI<br>FUNCȚIONALI |                     | 1. Evaluarea comportamentului adaptativ, respectiv:<br>a) capacitatea de învățare (QI, memorie, atenție);<br>b) nivelul de dezvoltare bio-psiho-comportamentală (vârsta mentală, nivelul dezvoltării limbajului);<br>c) nivelul de autonomie socială.<br>2. Instrumente de lucru:<br>a) examen psihiatric;<br>b) teste psihologice;<br>c) scala GAFS (Global Assessment of Functioning Scale).  |
| DEFICIENȚĂ<br>UȘOARĂ     | HANDICAP<br>UȘOR    | a) întârzierea mintală ușoară (nivel QI 50—55 până la 70);<br>b) scor GAFS 61—80; '<br>c) prezintă capacitate de comunicare orală și scrisă, dar manifestă o întârziere de 2—3 ani în evoluția școlară, fără ca aceasta să fie determinată de carențe educative, dificultăți de învățare și gândire deficitară. Carențele se manifestă numai în cazul solicitării intelectuale;<br>d) se pot artrena în activități simple;<br>e) pot desfășura activități lucrative dacă beneficiază de servicii de sprijin.  |
| DEFICIENȚĂ<br>MEDIU      | HANDICAP<br>MEDIU** | a) întârzierea mintală ușoară, asociată cu o altă deficiență fizică, senzorială, epilepsie și/sau tulburări comportamentale (care necesită tratament și monitorizare de specialitate);<br>b) întârzierea mintală moderată (nivel QI 35—40 până la 50—55);<br>c) scor GAFS 51—60;<br>d) își însușesc cu dificultate operațiile elementare, însă pot învăța să scrie și să citească cuvinte scurte; au deprinderi elementare de autoservire și se adaptează la activități simple de rutină; au capacități de autoprotecție suficiente, putând fi integrați în comunitate și să desfășoare activități lucrative în condiții protejate. |

|                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ | HANDICAP ACCENTUAT*** | a) întârzierea mintală accentuată (nivel QI 20—25 până la 35—40);<br>b) scor GAFS 31—50;<br>c) adaptarea la situații noi nu se realizează conform vârstei cronologice;<br>d) persoana are un ritm de dezvoltare lent, curba de perfecționare este plafonată, având loc blocaje psihice;<br>e) sunt capabili să efectueze sarcini simple sub supraveghere, au nevoie de servicii de sprijin și se pot adapta la viața de familie, comunitate. |
| DEFICIENȚĂ GRAVĂ      | HANDICAP GRAV         | a) întârzierea mintală profundă (nivel QI sub 20—25);<br>b) scor GAFS 21—30 grav, fără asistent personal;<br>c) scor GAFS 1—20 grav, cu asistent personal.<br>Minimă dezvoltare senzitivo-motorie, reacționează la comenzi simple îndelung executate, au nevoie de asistență permanentă fiind incapabili de autoconducție și autocontrol.  |

\* Se referă la retardul mintal/întârzierea mentală.

Criterii de diagnostic — ICD 10 pentru retardarea/întârzierea mentală:

A. funcționarea intelectuală generală semnificativ submedie;

B. dificultăți semnificative în funcționarea adaptativă în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, familie, aptitudini sociale/relații interpersonale, uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini școlare, ocupație, timp liber, sănătate, securitate;

C. debut înainte de vârsta de 18 ani.

\*\* în funcție de severitatea deficienței<sup>A</sup> asociate se va trece la handicap accentuat sau grav.

\*\*\* în funcție de severitatea deficienței asociate se va trece la handicap grav.

|                    | ACTIVITĂȚI — LIMITĂRI   | PARTICIPARE — NECESITAȚI  |
|--------------------|---|---|
| HANDICAP UȘOR      | a) dezvoltă, de regulă, aptitudini sociale și de comunicare în timpul anilor preșcolari, au o deteriorare minimă în ariile senzitivo-motorii;<br>b) pot achiziționa cunoștințe școlare corespunzătoare nivelului clasei a VI-a, capătă aptitudini sociale și profesionale adecvate pentru autoîntreținere, pot trăi satisfăcător în societate, dacă nu există o tulburare asociată;<br>c) uneori asociază tulburări de comportament care pot atinge intensitatea unor acte antisociale, adicții de substanțe psihoactive. | a) au nevoie de sprijin pentru inserție socială pe piața muncii pentru a dobândi abilități de trai independent, prin serviciile de consiliere și orientare vocațională/profesională;<br>b) monitorizare de specialitate și măsuri educative în cazul celor cu comportament deviant.                                   |
| HANDICAP MEDIU     | a) pot beneficia de pregătire profesională și, cu supraveghere moderată, pot avea grijă de ei înșiși;<br>b) pot efectua activități lucrate ve;<br>c) au nevoie de servicii de sprijin.  | a) au nevoie de sprijin pentru însușirea unei meserii, în funcție de abilități/aptitudini;<br>b) implicarea agenției de formare profesională este necesară pentru inserția socială pe piața muncii;<br>c) suport psihoterapeutic pentru cei cu tulburări de comportament, care necesită monitorizare de specialitate. |
| HANDICAP ACCENTUAT | a) au o dezvoltare psihomotorie redusă;<br>b) pot dobândi deprinderi igienice elementare;<br>c) pot efectua sarcini simple.   | a) pot desfășura activități simple;<br>b) au nevoie de sprijin pentru a efectua activitățile pentru care au fost pregătiți.   |
| HANDICAP GRAV      | — dependență parțială sau totală de ajutorul altei persoane   | — în funcție de rezultatul evaluării complexe și de stabilirea gradului de autonomie personală, pot beneficia de asistent personal.   |

## 1.2. EVALUAREA PERSOANELOR CU VÂRSTA CRONOLOGICĂ DE PESTE 18 ANI CU TULBURARE DE SPECTRU AUTIST, ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP

Tulburarea autistă este o tulburare pervazivă de dezvoltare caracterizată prin: deteriorarea calitativă în interacțiunea socială, deteriorări calitative în comunicare, precum și patternuri stereotipe și restrânse de comportament, preocupări și activități. Este de asemenea caracterizată de întârzieri, cu debut înaintea vârstei de 3 ani, în cel puțin unul din următoarele domenii:

- interacțiune socială;
- limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială;
- joc imaginativ sau simbolic.

Relațiile interpersonale generează anxietate mai ales când interacționează cu persoane necunoscute. Anxietatea este generată și de schimbările ambientale. Aceste persoane au abilități afective și cognitive în limite variabile, dar nu au capacitatea de integrare constructivă a funcțiilor mentale, cu rol determinant în formarea de deprinderi interpersonale, necesare stabilirii de interacțiuni sociale.

|                       |                    |  |
|-----------------------|--------------------|--|
| PARAMETRI FUNCȚIONALI |                    | 1. Evaluarea se va centra pe surprinderea gradului de dezvoltare a:<br>a) abilităților socioafective;<br>b) abilităților cognitive și abilităților dependente de funcțiile executive centrale;<br>c) abilităților somatice și motorii.<br>2. Instrumente de lucru:<br>a) examen psihiatric;<br>b) teste psihologice specifice.   |
| DEFICIENTĂ UȘORĂ      | HANDICAP UȘOR      | a) socializare: afectarea calitativă ușoară a interacțiunii sociale;<br>b) limbaj: afectarea calitativă a limbajului expresiv;<br>c) autoîntreținere: afectarea calitativă a abilităților de autoîntreținere;  |
| DEFICIENTĂ MEDIE      | HANDICAP MEDIU     | a) socializare: afectarea calitativă moderată a interacțiunii sociale;<br>b) limbaj: afectarea calitativă și cantitativă a limbajului expresiv;<br>c) autoîntreținere: afectarea calitativă și cantitativă a abilităților de autoîntreținere.  |
| DEFICIENTĂ ACCENTUATĂ | HANDICAP ACCENTUAT | a) socializare: afectarea calitativă și cantitativă accentuată interacțiunii sociale, cu interacțiune socială posibilă într-un mediu controlat;<br>b) limbaj: afectarea calitativă și cantitativă a limbajului expresiv și receptiv;<br>c) autoîntreținere: afectarea calitativă și cantitativă a abilităților de autoîntreținere, cu nevoia de ajutor din partea adultului.   |
| DEFICIENTĂ GRAVĂ      | HANDICAP GRAV      | a) socializare: afectarea calitativă și cantitativă severă a interacțiunii sociale, interacțiune socială limitată la familie, interacțiunea cu mediul social exterior familiei este mediată de adult;<br>b) limbaj: absența dezvoltării limbajului (expresiv și receptiv) sau dezvoltarea limbajului cu afectarea rolului de comunicare;<br>c) autoîntreținere: absența abilităților de autoconducere și autodeterminare sau efectuarea sub supravegherea adultului a activităților de autoîngrijire și autoservire. |

|                    | ACTIVITĂȚI — LIMITĂRI   | PARTICIPARE — NECESITĂȚI   |
|--------------------|---|--|
| HANDICAP UȘOR      | a) dezvoltă aptitudini sociale și de comunicare, cu limitare ușoară<br>b) capătă aptitudini profesionale adecvate pentru autoîntreținere  | — au nevoie de sprijin pentru inserție socială pe piața muncii pentru a dobândi abilități de trai independent prin serviciile de orientare și consiliere vocațională/profesională  |
| HANDICAP MEDIU     | a) dezvoltă aptitudini sociale și de comunicare, cu limitare moderată<br>b) capătă aptitudini profesionale limitate și, cu supraveghere moderată, pot avea grijă de ei înșiși<br>c) pot efectua activități lucrative<br>d) au nevoie de servicii de sprijin     | a) au nevoie de sprijin pentru însușirea unei meserii, în funcție de abilități/aptitudini<br>b) consiliere și orientare profesională pentru inserția pe piața muncii   |
| HANDICAP ACCENTUAT | a) dezvoltă aptitudini sociale și de comunicare limitate, cu interacțiune socială posibilă într-un mediu controlat<br>b) pot asocia tulburări afective, emoționale și de conduită   | a) pot desfășura activități simple, stereotipe<br>b) au nevoie de sprijin și supraveghere pentru a efectua activități de terapie ocupațională<br>c) monitorizare și măsuri educative și terapeutice în cazul celor cu comportament deviant |
| HANDICAP GRAV      | a) integrare socială perturbată, limitată la un grup restrâns de persoane din mediul familial și extrafamilial<br>b) limbaj cu rol de comunicare restrânsă<br>c) pot dobândi deprinderi de autoservire, în condiții de sprijin<br>d) pot efectua sarcini simple | — în funcție de rezultatul evaluării complexe și de stabilirea gradului de autonomie personală, pot beneficia de asistent personal   |

## II. EVALUAREA PERSOANELOR CU REGRESIE (DETERIORARE) A FUNCȚIILOR INTELECTUALE ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP\*

|                       |               |   |
|-----------------------|---------------|---|
| PARAMETRI FUNCȚIONALI |               | — examen psihiatric;<br>— teste psihologice (MMSE, Reisberg);<br>— scala GAFS;<br>— CT; RMN.  |
| DEFICIENTĂ UȘORĂ      | HANDICAP UȘOR | — scor MMSE 21—25;<br>— scor GAFS 61—80;<br>— deteriorare cognitivă;<br>— uită evenimentele recente;<br>— ezitare în a răspunde la întrebări. |

|                          |                       |   |
|--------------------------|-----------------------|---|
| DEFICIENTĂ<br>MEDIE      | HANDICAP<br>MEDIU     | — scor MMSE 15—20;<br>— scor GAFS 51—60;<br>— tulburări de memorie și tulburări psihice de intensitate medie;<br>— orientarea se realizează cu dificultate, informațiile slab fixate;<br>— deteriorare socială moderată cu dificultăți în activitatea profesională.   |
| DEFICIENTĂ<br>ACCENTUATĂ | HANDICAP<br>ACCENTUAT | — scor MMSE 10—14;<br>— scor GAFS 31—50;<br>— deteriorare severă în funcționarea socială, profesională și familială;<br>— uitarea conversației recente, a evenimentelor curente;<br>— pot să existe modificări marcate ale personalității, afectului și comportamentului;<br>— se însoțesc frecvent de halucinații, delir, depresie și anxietate. |
| DEFICIENTĂ<br>GRAVĂ      | HANDICAP<br>GRAV      | — scor MMSE $\leq$ 9;<br>— scor GAFS 21—30 grav fără asistent personal;<br>— scor GAFS 1—20 grav cu asistent personal;<br>— uitarea numelor celor apropiați și a datelor personale;<br>— incapacitate de memorare;<br>— deteriorarea judecății, a controlului pulsional;<br>— lipsa capacității de autodeterminare și autoservire.                |

\* Se referă la demențe atrofico-degenerative și la cele organice, caracterizate prin alterarea persistentă și progresivă atât a funcțiilor cognitive (memorie, intelect, limbaj, judecată), cât și a celor noncognitive (afectivitate, percepție, comportament). Sindromul demențial apare în boala Alzheimer și în boala cerebrovasculară (demența corticală postinfarct cerebrală multiple, encefalopatia aterosclerotică subcortical — boala Binswanger, forma mixtă), dar și în alte condiții medicale care afectează primar sau secundar creierul: boala Pick, boala Creutzfeldt-Jacob, boala Huntington, boala Parkinson, maladia HIV, hidrocefalie, traumatismele cerebrale, tumorile cerebrale. Explorările imagistice confirmă diagnosticul etiologic al afecțiunii, dar există ca numitor comun reducerea populației neuronale, evidențiată prin atrofia corticală și/sau subcortical.

Criterii ICD 10:

A. Dezvoltarea mai multor deficite cognitive, dintre care obligatoriu:

a) afectarea memoriei (afectarea capacității de învățare a informațiilor noi sau de evocare a informațiilor învățate anterior);

b) una (sau mai multe) dintre următoarele tulburări cognitive:

1. afazie (tulburare a limbajului);

2. apraxie (afectarea abilității de a efectua activități motorii, cu toate că funcția senzorială este indemnă);

3. agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau de a identifica obiecte, cu toate că funcția senzorială este indemnă);

4. perturbarea funcționării executive (planificare, organizare, secvențializare, abstractizare).

B. Deficitele cognitive menționate cauzează, fiecare, afectarea semnificativă a funcționării sociale sau ocupaționale și constituie un declin semnificativ față de un nivel anterior de funcționare.

C. Afectarea memoriei trebuie să fie prezentă, însă, uneori, poate să nu fie simptomul predominant.

D. Evoluția se caracterizează prin debut gradat și declin cognitiv continuu.

În procesul evaluării complexe este necesar să fie identificate elemente precum: factorii motivaționali sau emoționali (ideația delirantă, halucinațiile, depresia, tulburările de comportament), factori care pot influența nivelul general de funcționare cognitivă, capacitatea adaptativă și gradul de autonomie personală și socială a persoanei evaluate. Afazia, cu dificultatea înțelegerii comenzilor sau a exprimării răspunsului corect la o întrebare, poate influența interpretarea unei examinări.

Cerința de bază pentru demență este dovada declinului memoriei și a gândirii, declin care să aibă un grad suficient pentru a afecta autonomia personală și socială (capacitatea de autoîngrijire — inclusiv controlul sfincterian — și capacitatea de autoservire, autogospodărire, mobilizare, comunicare).

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi, astfel încât este necesar să se identifice următoarele elemente:

a) gradul deteriorării cognitive prin examenul MMSE, raportat la nivelul de studii al persoanei evaluate;

b) gradul funcționalității adaptative sociale prin scala de evaluare clinică și funcțională GAFS;

c) alte elemente care furnizează informații despre contextul sociofamiliar în care persoana trăiește.

|                       | ACTIVITĂȚI — LIMITĂRI   | PARTICIPARE — NECESITĂȚI   |
|-----------------------|---|--|
| HANDICAP<br>UȘOR      | — Pot desfășura activități suprasolicitări fizice/psihice, în condiții de confort psihic și fizic, în mediu colectiv. | — Sprijin pentru a fi menținuți în activitate sau pentru desfășurarea acesteia la domiciliu ori în colaborare.                             |
| HANDICAP<br>MEDIU     | — Pot desfășura activități specializate, având nevoie de îndrumare periodică.   | — Sprijin pentru a fi menținuți în activitate sau pentru desfășurarea acesteia la domiciliu ori în colaborare.                             |
| HANDICAP<br>ACCENTUAT | — Sprijin pentru autoservire, îngrijire, viață socială, autodeterminare.  | — Sprijin în desfășurarea activităților cotidiene și implicare în viața socială prin asigurarea participării la anumite acțiuni preferate. |
| HANDICAP<br>GRAV      | — Dependență parțială sau totală de ajutorul altei persoane.  | — În funcție de rezultatul evaluării complexe și de stabilirea gradului de autonomie personală, pot beneficia de asistent personal.        |

**III. EVALUAREA PERSOANELOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP\***

|                       |                    |  |
|-----------------------|--------------------|--|
| PARAMETRI FUNCȚIONALI |                    | a) examen psihiatric<br>b) examen psihologic: testarea funcțiilor cognitive, afective, a comportamentului și a personalității (prin teste psihometrice și probe proiective)  |
| DEFICIENTĂ UȘOARĂ     | HANDICAP UȘOR      | decompensări de scurtă durată cu frecvență rară (1—2/an), de intensitate nevrotică, cu remisiuni bune, spontan sau sub tratament   |
| DEFICIENTĂ MEDIE      | HANDICAP MEDIU     | a) decompensări mai dese (2—3/an), de durată mai lungă, nevrotice, cu exacerbări comportamentale, eventual cu asocierea consumului de substanțe toxice<br>b) tulburările pot fi compensate parțial prin tratament  |
| DEFICIENTĂ ACCENTUATĂ | HANDICAP ACCENTUAT | a) decompensări frecvente (peste 3/an) de intensitate psihotică, eventuale elemente deteriorative, eficiență terapeutică slabă, asociere cu consumul de substanțe toxice<br>b) dificultate majoră de relaționare socio-profesională și familială, conflictualitate marcată |

Conform ICD 10, personalitatea poate fi descrisă drept configurația pattern-urilor răspunsurilor comportamentale, vizibile în viața de zi cu zi, caracteristică unei persoane, o totalitate care este de obicei stabilă și predictibilă.

\* Se referă la tipurile de tulburări de personalitate (boli structurale-psihoapatii):

- a) tulburare de personalitate paranoidă;
- b) tulburare de personalitate schizoidă;
- c) tulburare de personalitate antisocială;
- d) tulburare de personalitate instabil-emoțională
- de tip impulsiv și
- de tip borderline.

Sunt caracterizate prin:

1. controlul incomplet al sferelor afectiv-voliționale și instinctive;
2. nerecunoașterea deficitului structural;
3. incapacitatea de integrare armonioasă și constantă în mediul social;
4. debutul poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență.

În practică se întâlnesc aspecte clinice polimorfe care asociază două sau mai multe trăsături dizarmonice realizând tablouri simptomatologice complexe — tulburări de personalitate mixte (polimorfe).

N.B. În stabilirea deficienței funcționale se vor avea în vedere:

- a) tipul tulburării de personalitate;
- b) frecvența și intensitatea decompensărilor (de tip psihotic);
- c) durata decompensărilor;
- d) răspunsul terapeutic și calitatea remisiunilor;
- e) integrarea socio-comunitară și profesională;
- f) toxicofilia asociată.

|                    | ACTIVITĂȚI — LIMITĂRI  | PARTICIPARE — NECESITĂȚI   |
|--------------------|--|--|
| HANDICAP UȘOR      | — Pot presta orice activitate profesională în funcție de calificare, cu evitarea celor care impun responsabilitate și contact cu publicul.   | — Participare fără restricții — activitatea profesională într-un loc de muncă accesibil, având un rol psihoterapeutic important.<br>— Monitorizare medico-psihosocială pentru prevenirea decompensărilor de tip psihotic.                                      |
| HANDICAP MEDIU     | — Pot efectua numeroase activități profesionale în funcție de calificare, fără suprasolicitare psihică, într-o ambianță relațională adecvată.<br>— Transferul activităților de vârf, de responsabilitate și mai ales decizionale, altor membri ai echipei. | — Participare cu condiția realizării unui climat profesional tolerant din partea conducerii și a colectivului de muncă, fără tensiuni psihice în scopul inserției profesionale sau menținerii în activități organizate;<br>— Monitorizare medico-psihosocială. |
| HANDICAP ACCENTUAT | — Pot executa nenumărate activități profesionale în funcție de calificarea înșușită sau în curs de formare, fără solicitare psihică accentuată, responsabilități sau contact cu publicul.  | — Facilitarea relațiilor interpersonale în colectivul de lucru, în vederea inserției sociale.  |

**IV. EVALUAREA PERSOANELOR CU PSIHOZE MAJORE ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD DE HANDICAP\***

|                       |               |  |
|-----------------------|---------------|--|
| PARAMETRI FUNCȚIONALI |               | — examen psihiatric (aprecierea clinică a intensității tulburării psihice și a prognosticului apropiat al afecțiunii);<br>— examen psihologic: testarea funcțiilor cognitive, afective, a comportamentului și a personalității (prin teste psihometrice și probe proiective);<br>— scala GAFS; |
| DEFICIENTĂ UȘOARĂ     | HANDICAP UȘOR | — scor GAFS 61—80;<br>în forme clinice reziduale.  |

|                          |                       |   |
|--------------------------|-----------------------|---|
| DEFICIENTĂ<br>MEDIE      | HANDICAP<br>MEDIU     | — scor GAFS51—60;<br>în remisiuni cu dispariția fenomenelor delirante și halucinatorii permițând reluarea activității la un nivel inferior.   |
| DEFICIENTĂ<br>ACCENTUATĂ | HANDICAP<br>ACCENTUAT | — scor GAFS 31—50.<br>în formele catatonice, dezorganizate (hebefrenice), paranoide, nediferențiate, necontrolate terapeutic.   |
| DEFICIENTĂ<br>GRAVĂ      | HANDICAP<br>GRAV      | — Scor GAFS 21—30, grav fără asistent personal.<br>— Scor GAFS 1—20 grav, cu asistent personal.<br>în formele cu evoluție progredientă severă a personalității și a comportamentului, cu potențial antisocial |

\* Se referă la psihoze majore, care se manifestă prin pierderea capacității de testare a realității, de obicei cu halucinații, deliruri sau tulburări de gândire și pierderea limitelor egoului:

a) schizofrenie (debut până la împlinirea vârstei de 35 de ani, cu persistența simptomelor timp de cel puțin 6 luni, conform ICD 10);

b) alte psihoze majore cu debut precoce (copilărie—adolescență): tulburarea schizoafectivă de tip depresiv sau de tip bipolar, psihoze afective (depresia majoră cronică, tulburarea afectivă bipolară);

c) psihoze grefate pe o întârziere mentală, indiferent de gradul acesteia și de vârsta solicitantului;

d) psihoze la care se asociază o tulburare de personalitate (structurală);

e) psihoze majore, indiferent de vârstă, la persoane fără venituri.

N.B: La evaluarea gradului de handicap în schizofrenie se vor avea în vedere:

a) forma clinică: catatonică, hebefrenică, paranoidă, nediferențiată, reziduală, simplă;

b) tipul de evoluție:

— cronică, cu sau fără episoade de acutizare;

— în remisiune (când o persoană cu schizofrenie nu mai prezintă niciun semn de tulburare);

c) cooperarea la monitorizarea medicală și eficiența acțiunilor psihoterapeutice;

d) climatul familial și socioprofesional;

e) spitalizări frecvente, instituționalizare.

|                       | ACTIVITĂȚI — LIMITĂRI   | PARTICIPARE — NECESITĂȚI  |
|-----------------------|---|---|
| HANDICAP<br>UȘOR      | — Pot presta activități în condiții de confort psihic și fizic din punct de vedere al ambianței relaționale și materiale.<br>— Sunt contraindicate activitățile care implică suprasolicitare psihică, stresante și cu responsabilitate ridicată.  | — Sprijin pentru menținerea în activitate, activități organizate, accesibile.<br>— Monitorizarea medico-psihosocială la serviciul teritorial de psihiatrie.   |
| HANDICAP<br>MEDIU     | — Pot desfășura activități, cu program integral sau parțial, în același loc de muncă.<br>— Schimbarea locului de muncă se va face numai dacă acesta este corespunzător din punctele de vedere ale solicitării psihice și al relațiilor interpersonale.<br>— Evitarea profesiunilor cu risc de acutizare a tulburării.                             | — Sprijin pentru menținere în același loc de muncă sau pentru eventuala schimbare a locului de muncă.<br>— Facilitarea relaționării interpersonale în colectivul de lucru.<br>— Sprijin pentru monitorizarea medicopsihosocială.                            |
| HANDICAP<br>ACCENTUAT | — Nu pot desfășura activități profesionale organizate, indiferent de natura și nivelul de solicitare.<br>— Eventual activități în secții de ergoterapie-terapie ocupațională, cu rol psihoterapeutic.<br>— Au afectată parțial capacitatea de autodeterminare și autoservire.<br>— Nu necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane. | — Sprijin familial pentru respectarea tratamentului de specialitate, cooperare la activitățile de psihoterapie sau/și terapie ocupațională.<br>— Asigurarea unui climat comunitar și familial de înțelegere, sprijin, fără factori stresanți psihoafectivi. |
| HANDICAP<br>GRAV      | — Dependență parțială sau totală de ajutorul altei persoane.  | — În funcție de rezultatul evaluării complexe și de stabilirea gradului de autonomie personală, poate beneficia de asistent personal."  |



**Art. II.** — Direcția protecția persoanelor cu handicap, Comisia superioară de evaluare a persoanelor cu handicap din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, serviciile de evaluare complexă a persoanelor adulte din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor

Ministrul sănătății,  
**Gheorghe-Eugen Nicolăescu**

municipiului București, precum și comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. III.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul muncii, familiei,  
protecției sociale și persoanelor vârstnice,  
**Mariana Câmpeanu**

MINISTERUL MEDIULUI SI SCHIMBĂRILOR CLIMATICE

O R D I N

**pentru aprobarea derogării în scop științific în cazul unor specii de faună sălbatică**

Având în vedere prevederile art. 1 alin. (1) lit. b) din Procedura de stabilire a derogărilor de la măsurile de protecție a speciilor de floră și faună sălbatică, aprobată prin Ordinul ministrului mediului și al ministrului agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale nr. 203/14/2009, și Avizul Academiei Române nr. 3.104/CJ din 22 aprilie 2013,

în temeiul art. 38 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2007 privind regimul ariilor naturale protejate, conservarea habitatelor naturale, a florei și faunei sălbatice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 49/2011, și al art. 13 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 48/2013 privind organizarea și funcționarea Ministerului Mediului și Schimbărilor Climatice și pentru modificarea unor acte normative în domeniul mediului și schimbărilor climatice,

**ministrul mediului și schimbărilor climatice** emite următorul ordin:

Art. 1. — Prin derogare de la prevederile art. 33 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2007 privind regimul ariilor naturale protejate, conservarea habitatelor naturale, a florei și faunei sălbatice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 49/2011, se aprobă capturarea, transportul, deținerea și eliberarea ulterioară a unui număr de exemplare din specii de faună sălbatică de pe raza județului Bihor, după cum urmează:

- *Scardinius racovitzai* — 100 de exemplare;
- *Melanopsis parreyssii* — 50 de exemplare.

Art. 2. — (1) Derogarea se stabilește de la data intrării în vigoare a prezentului ordin până la 31 decembrie 2013.

(2) Recoltarea exemplarelor din speciile de faună sălbatică prevăzute la art. 1 se va face prin capturare, cu eliberarea ulterioară a acestora în scopul repopulării.

(3) Capturarea exemplarelor din speciile prevăzute la art. 1 în condițiile alin. (2) se realizează numai de către Muzeul Țării Crișurilor, denumit în continuare *beneficiarul*, în cadrul proiectului ce prevede colectarea, reproducerea și menținerea *ex situ* a unei rezerve de exemplare, în colaborare cu Universitatea din Godollo — Ungaria și Acvariul din cadrul

Complexului Muzeal de Științe ale Naturii Galați, în vederea repopulării rezervației naturale Pârâul Pețea.

(4) Pentru activitatea prevăzută la alin. (3) se va solicita și se va obține autorizația de mediu pentru recoltare/capturare.

Art. 3. — (1) Beneficiarul are obligația să transmită agenției județene pentru protecția mediului de pe raza administrativ-teritorială unde s-a desfășurat acțiunea de capturare un raport asupra acțiunii derulate în baza derogării obținute, în termen de 30 de zile de la data recoltării; modelul raportului asupra acțiunii derulate în baza derogării obținute este prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Agenția județeană pentru protecția mediului transmite Agenției Naționale pentru Protecția Mediului, în maximum 45 de zile de la data aplicării derogării, un raport referitor la rezultatele acesteia în baza datelor prevăzute la alin. (1).

Art. 4. — Controlul aplicării derogării se exercită de către personalul împuternicit din cadrul structurilor proprii ale autorității publice centrale pentru protecția mediului și care răspunde pentru silvicultură, în limitele de competență.

Art. 5. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul mediului și schimbărilor climatice,  
**Rovana Plumb**

București, 13 mai 2013.  
Nr. 1.231.

ANEXĂ

**R A P O R T**  
**asupra acțiunii derulate în baza derogării obținute**

— model —

Solicitant

Specia pentru care s-a acordat derogarea  
Numărul exemplarelor  
Stadiul de dezvoltare  
Starea exemplarelor înainte de prelevare .  
Starea exemplarelor după prelevare