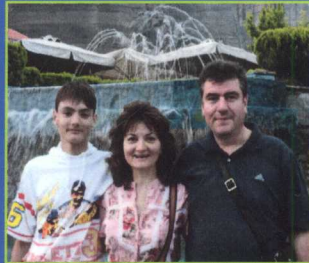


Coordonatori:

Cornelia Rada

Corina Bistriceanu Pantelimon



# PROVOCĂRI ALE FAMILIEI CONTEMPORANE

Perspective psiho-socio-medicale



## CUPRINS

Cuvânt înainte .....	7
1. Provocări ale familiilor copiilor cu dizabilități senzoriale. Aspecte antropo-medicale, <b>Adina Baciu</b> .....	12
2. Între iubire și zestre: dorința de a avea o familie, în satul tradițional românesc, <b>Camelia Burghel</b> .....	31
3. Impactul experiențelor familiale din copilărie asupra relațiilor romantice și singurătății la adolescenții din România, <b>Cristina Faludi, Csaba László Dégi</b> .....	49
4. Reabilitarea medicală și profesională a persoanelor cu afecțiuni din mediul ocupațional în cadrul familiei, <b>Alina Ferdohle</b> .....	66
5. Corelația dintre percepția greutatei corporale și obiceiurile alimentare la un lot de adolescenți din Iași, <b>Raluca Mihaela Hodorcă, Adriana Albu</b> .....	83
6. Rolul dinamicii intrafamiliale în dezvoltarea psihofectivă a copilului, <b>Rodica Matei</b> .....	95
7. Perspective cultural-istorice asupra modului de funcționare a familiei, <b>Bianca Bogdana Peltea (Archip)</b> .....	108
8. Alterarea modelului familial tradițional. Consecințe psihopatologice, <b>Mihail Cristian Pîrlog, Cristina Cotocel, Răzvan Turcu, Anca Chiriță</b> .....	132

9. Ereditatea psihică și traumele moștenite din arborele genealogic. Iertarea în psihoterapiile transgeneraționale, **Gabriela Popescu, Bianca Bogdana Peltea (Archip) ...** 142
10. Metamorfoze ale funcțiilor familiei, **Monica Iuliana Popescu, Nicu Ionel Sava .....** 165
11. Educația copiilor și controlul copiilor de către părinți: atitudini, comportamente, **Cornelia Rada, Beatrice Manu .....** 176
12. Alimentația, nutriția și familia – o triadă sanogenetică esențială, **Corina-Aurelia Zugravu .....** 193

# REABILITAREA MEDICALĂ ȘI PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CU AFECȚIUNI DIN MEDIUL OCUPAȚIONAL ÎN CADRUL FAMILIEI

**Alina Ferdohleb**

## **Introducere**

Obținerea unui loc de muncă, a unui nivel înalt de studii, accesul la serviciile de sănătate și asistență socială pentru mai mulți dintre noi este ceva firesc. Persoanele cu dizabilități întâlnesc dificultăți și se confruntă cu anumite obstacole în existența zilnică, cum ar fi intoleranța și discriminarea în societate; proiectarea clădirilor și locurilor de muncă nu ia în considerație necesitățile speciale ale acestora; existența unor politici discriminante la angajare în detrimentul persoanelor cu dizabilități (Cornell University ILR School Digital Commons@ILR, 2007). Totodată, persistă problema reabilitării profesionale a populației adulte cu boli profesionale și cu dizabilitate.

Convenția privitor la reabilitarea profesională și încadrarea forței de muncă a persoanelor cu dizabilități, nr. 159 (1983) și Protocolul acestei convenții nr. 168 (1983) au fost adoptate în cadrul Conferinței Generale a Organizației Internaționale a Muncii, (ILO, 1983). Adoptarea actelor normative privind egalitatea șanselor la serviciile medicale, serviciile de educație, ocuparea forței de muncă și integrarea în comunitate, în 27 țări ale UE, au fost următorii pași în domeniu (EC, 2001;

Rechel și Richardson 2014; Turcanu, et al., 2012; United Nations Enable, 2006). În cadrul acestor documente s-au adoptat și propuneri cu privire la reabilitarea profesională a persoanelor cu dizabilități.

Conform convenției și protocolului OIM, obligațiunile administrației publice locale/angajatorului față de persoanele cu dizabilități în vârstă aptă de muncă trebuie să includă asigurare „de perspectivă” la condiții habituale adecvate în mediul ocupațional, păstrarea locurilor de muncă în perioada reabilitării medicale, profesionale, cu perspective de avansare în cariera profesională (United Nations Enable, 2006). Din partea angajatorului trebuie să fie adaptat/redus programul de lucru și efortul fizic al angajatului în dependență de gradul de dizabilitate fizică/neuropsihică și de capacitatea de muncă păstrată. Implementarea acestei recomandări presupune asigurarea și ocuparea forței de muncă a persoanelor cu dizabilități și reintegrarea în muncă (Gotsadze, et al., 2010). Dispozițiile din această recomandare sunt adaptate în conformitate cu particularitățile naționale ale țărilor europene (Kim, și colab., 2014).

Măsurile de reabilitare profesională și reîncadrare trebuie să fie accesibile, aplicabile, „reale” pentru toate categoriile de persoane cu dizabilități (Greve, 2009). Actualmente, planificarea și organizarea activităților de reabilitare în câmpul muncii nu se realizează la nivelul convenit de serviciile responsabile. Populația cu afecțiuni de etiologie profesională trebuie să beneficieze de egalitate nu numai la accesul, avansarea în câmpul muncii, dar și în conformitate cu alegerea și decizia personală. Aceste principii trebuie să lucreze atât în mediile rezidențiale urbane, cât și rurale, indiferent de grupa de vârstă și gen (Cojocar, 2011). Măsurile specializate ale serviciilor de reabilitare la nivel medical, profesional și comunitar nu trebuie să fie considerate discriminante față de angajații fără dizabilitate, determinați ca „sănătoși”.

Majoritatea părinților adolescenților cu dizabilități se implică în dezvoltarea capacităților și competențelor necesare deficienților pentru a desfășura anumite activități utile societății, părinții băieților cu deficiențe fiind mai interesați de recuperarea și integrarea socială a acestora decât cei ai fetelor (Baciu, 2011).

Promovarea din partea administrației publice locale și motivarea managerilor, angajatorilor în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități este una din etapele reabilitării profesionale. Salarizarea acestor persoane trebuie să fie în conformitate cu standardele de ocupare a forței de muncă/salariile aplicabile lucrătorilor în general.

În cadrul procesului de reabilitare profesională a angajaților și populației cu dizabilități sunt necesare echipamente, materiale de instruire pentru centrele specializate, ateliere de lucru. Pe de altă parte, scutirea de plată a taxelor interne, alte impuneri de orice natură și articole speciale sunt componentele reabilitării profesionale la nivel de comunitate. Pentru asigurarea reintegrării la „viața normală de lucru” a persoanelor cu dizabilități sunt necesare păstrarea și garantarea „în avans” a ocupării forței de muncă adecvate. Este necesar sprijinul guvernamental adecvat pentru eliminarea potențialului de exploatare în cadrul formării profesionale, ocupării forței de muncă și facilitării tranziției către piața liberă.

Rezultatele obținute în domeniu au argumentat stringența elaborării politicilor și programelor la nivel național pentru reintegrarea persoanelor cu dizabilități în viață, în societatea de muncă, cu o anumită formare profesională. Preocuparea permanentă pentru educație determină o anume siguranță pentru persoanele cu dizabilități. Astfel au loc restructurări comportamentale care stau la baza unor capacități nebanuite de inserție socială. Pentru a avea succes, acest demers care trebuie să se

desfășoare în instituțiile speciale trebuie să înceapă încă din familie (Baciu, 2008).

În perioada anilor 2011-2014, laboratorul științific Medicina muncii al Centrului Național de Sănătate Publică, Chișinău, a organizat proiectul cu tema „Studiul aspectelor igienice și medico-sociale ale maladiilor profesionale, cu elaborarea măsurilor de diminuare a invalidității”, cu obiectivul de bază: *Evidențierea barierelor la nivelul normativ-legislativ, comunitar-familial privind reabilitarea persoanelor cu dizabilitate datorată mediului ocupațional și populației cu boli profesionale.*

### **Materiale și metode**

Studiul a cuprins informații statistice oficiale ale instituțiilor subordonate Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Protecției sociale și Familiei, acestea fiind aplicate proiectării complexe. Prin metoda epidemiologică descriptiv-analitică în cadrul eșantionării integrale s-au analizat indicii și indicatorii: 1) Centrului Național de Sănătate Publică, ai Comisiei Republicane de Boli Profesionale și ai Consiliului Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă, Centrului Național de Management Sanitar, pe perioada anilor 1998-2013; 2) ai Biroului Național de Statistică, Inspecției muncii, anii 2006-2013. Pentru metoda epidemiologică calitativă, selectivă a fost aplicată chestionarea socio-igienică: 1) cu particularitățile analizei condițiilor igienice ale angajaților în muncă, în corelație 2) cu aspectele reîncadrării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilitate prin prisma baremului determinantilor socio-familiali.

Tabelul 1. Metodologia de organizare a studiului complex

Etapele cercetării	Metode de cercetare	Baza cercetării	Sursele și volumul cercetării
I.Studiul integral	1) bibliografică 2) statistică 3) analitico-descriptivă 4) cartografiere	Biroul Național de Statistică www.statistica.md Centrul Național de Sănătate Publică www.cnsp.md Centrul Național de Management în Sănătate www.cnms.md www.ms.gov.md	- Anuarul SSSSP 2010-2013 - Anuarul MS, 1999-2013 - BNS, <i>Securitatea și sănătatea în muncă</i> , 2006-2013
II.Studiul integral și selectiv	1) epidemiologică 2) analitico-descriptivă 3) analitico-comparativă 4) sociologică (anchetare) 5) studii de caz	SCR, Cabinetul medicului de boli profesionale Comisia Republicană de Boli Profesionale	- Fișe medicale ale pacienților cu boli profesionale nr. 370, anii 1998-2014 - Anchete nr. 100, anii 2011-2014
III.Studiul selectiv Caz - martor	1) epidemiologică 2) analitico-descriptivă 3) comparativă	Consiliu Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă Comisia Republicană de Boli Profesionale	- Rapoarte anuale și Proces-verbale ale CNCMDD, 2006-2014 - Anchete nr. 100, anii 2011-2014

Datele statistice au fost analizate prin intermediul programelor statistice EXCEL-Word, SPSS-20 și aplicate testele validității parametrice și non-parametrice.

## Rezultate

Rata angajaților în Republica Moldova este în descreștere continuă; sarcina demografică este de un salariat la două persoane din grupul neactiv ocupațional. Pentru anii 2000-



2013, rezultatele au constatat schimbarea raportului angajaților în ramurile economiei naționale: *agricultură* (51,0% și 25,8%), *administrație publică* (15,9% și 22,1%), *comerț* (10,9% și 18,0%).

Figura 1 descrie datele obținute în urma investigațiilor și rapoartelor Inspecției Muncii pe perioada anilor 2006-2013. Rata angajaților ocupați în condiții ce nu corespund normelor sanitaro-igienice a crescut de trei ori, de la 1,48% până la 4,98%.

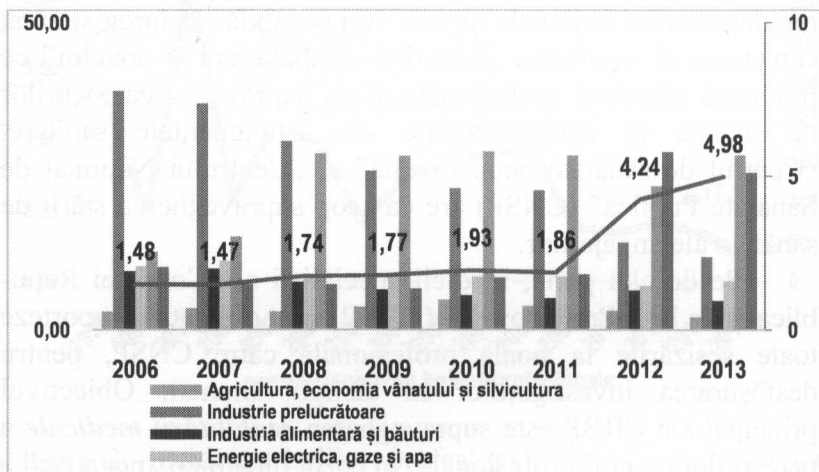


Figura 1. Rata angajaților din RM ocupați în condiții de muncă care nu corespund normelor sanitaro-igienice în dependență de ramura economiei naționale reprezentativă (%).

Tradițional, angajați în condiții ce nu corespund normelor sanitaro-igienice mulți ani la rând sunt salariații din: „industria de prelucrare” (în special „industria alimentară și a băuturilor” și „fabricarea produselor de tutun”), „agricultură, economia vânătorului, silvicultura”. Totodată, în dinamica a opt ani s-a

constat creșterea ratei angajaților din sectoare de „învățământ” și „sănătate și asistență socială” ocupați în condiții de muncă, care nu corespund normelor sanitaro-igienice. „Pericolele chimice” – 44,1%, urmate de „Praf și Gaze” – 27,9%, „Microclimat” – 15,1% continuă să rămână liderii nocivității mediului ocupațional.

Inspecția muncii este unul din organele principale care colaborează cu sistemul de servicii ale sănătății ocupaționale, care raportează numărul angajaților ce activează la locurile de muncă ce nu corespund normelor sanitaro-igienice conform regulamentelor naționale și este responsabilă de înregistrarea, cercetarea și raportarea „factorilor ocupaționali și noxelor” ce provoacă afecțiuni profesionale și cu supravegherea locurilor de muncă în neconformitate cu regulamentele sanitare. „Centrul de sănătate ocupațională” al „Centrului Național de Sănătate Publică” (CNSP) are ca scop supravegherea stării de sănătate ale angajaților.

Pe de altă parte, medicii specialiști ai „Comisiei Republicane de Boli Profesionale” (CRBP) sunt obligați să raporteze toate sesizările la boală profesională către CNSP, pentru desfășurarea investigațiilor în câmpul muncii. Obiectivul principal al CRBP este supravegherea **reabilitării medicale** a pacienților cu boli profesionale. În cazul dinamicii „negative” a bolii ocupaționale și a pierderii capacității de muncă, persoanele în cauză sunt direcționate la Consiliile de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă.

În figura 2, este prezentată o descreșterea constantă a „incidenței bolilor profesionale” de 10-15 ori (2000 - 2,09 ‰ și 2013 - 0,17 ‰,  $p < 0,001$ ), în timp ce „incidența dizabilității” la adulți nu prezintă descreșteri semnificative. Absența corelației statistice ( $r_{xy} = +0,08$ ;  $p < 0,001$ ) dintre indicatori sugerează rezerve și neconcordanță în conlucrarea dintre Serviciile Sănătății Ocupaționale (Ferdohleb și

Mamaliga, 2014). Consiliul Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM) efectuează expertiză în „cazuri noi” de dizabilitate a populației adulte. În cazul stabilirii etiologiei ocupaționale la persoanele angajate în câmpul muncii, CNDDCM avizează CRBP privind „cazurile noi” de dizabilitate urmate de factorii profesionali.

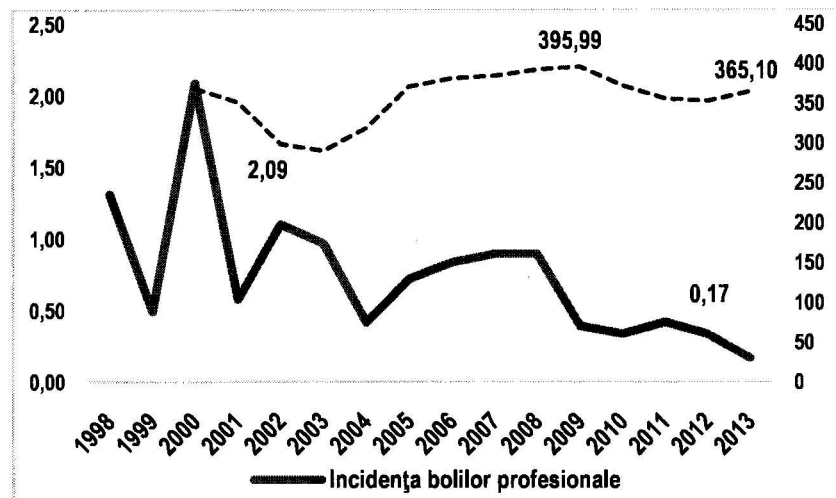


Figura 2. Incidența bolilor profesionale ‰/100 000 și incidența dizabilității la adulți ‰/100 000, cu **absența** corelației statistice ( $r_{xy}=+ 0,08$ ;  $p<0,001$ ), din RM.

Tendențe de creștere cu progresia prevalenței dizabilității la populația adultă este prezentată în Figura 3. Pe de altă parte, constatăm o corelație statistică puternică între prevalența populației cu dizabilitate (18 ani și peste) și rata angajaților ocupați în condiții de muncă care nu corespund normelor sanitaro-igienice ( $r_{xy}=+ 0,92$ ;  $p<0,001$ ).

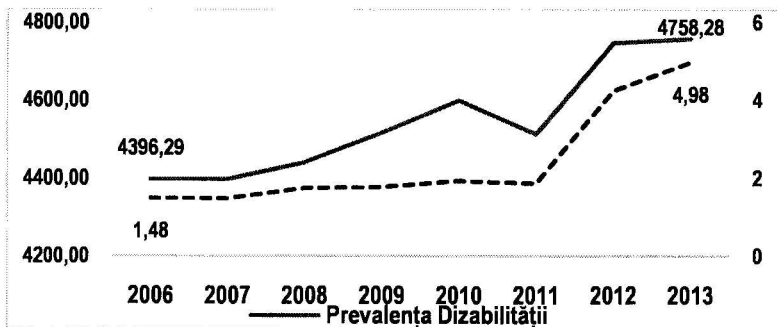


Figura 3. Prevalența dizabilității la populația adultă 0/00 000 și Rata angajaților ocupați în condiții de muncă, care nu corespund normelor sanitaro-igienice 0/0, cu corelație puternică ( $r_{xy}=+ 0,92$ ;  $p<0,001$ ).

Creșterea numărului locurilor de muncă ce nu corespund normelor și creșterea numărului populației adulte cu dizabilitate confirmă prezența problemelor majore în domeniul cercetat. *Baza de date unică* a pacienților cu boli ocupaționale și a populației cu dizabilitate este stringent necesară. Fiecare caz de boală profesională trebuie să fie cercetat de Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice (CSP teritoriale și Național), în colaborare cu angajații din Inspekția muncii.

În cadrul analizei transversale a e-Bazei de date a pacienților cu boli profesionale s-au constatat unele regularități în funcție:

- „de gen”- predomină bărbații (79,41%) în comparație cu femeile (20,59%);
- „de mediul rezidențial” – predomină pacienții din localitățile rurale în comparație cu cei din mediul urban (61,9% și respectiv 38,1%;  $p<0,01$ );
- „de vârsta medie ale angajaților cu afecțiuni profesionale” – la bărbați  $52,8\pm 1,81$  și respectiv  $50,4\pm 0,76$  ani (rural /

- urban;  $p < 0,01$ ); la femei  $41,2 \pm 2,36$  și respectiv la  $50,9 \pm 1,91$  ani (rural/urban;  $p < 0,01$ );
- „de nivelul de educație” – predomină persoanele cu studii medii fără specialitate în sectorul agricol și cu studii medii cu specialitate în serviciul de sănătate;
  - „de vechimea de muncă la momentul stabilirii bolii profesionale” la bărbați (rural/urban,  $26,0 \pm 1,08$ , respectiv  $23,2 \pm 1,2$  ani), la femei (rural/urban,  $27,5 \pm 1,88$ , respectiv  $14,0 \pm 1,72$  ani);
  - „de vechimea de muncă în corelație cu factorii mediului ocupațional”: a) factori chimici -  $21,52 \pm 1,03$  ani; b) aerosoli industriali -  $22,56 \pm 2,23$  ani; c) factori fizici -  $27,36$  ani; d) factori legați de suprasolicitările fizice a anumitor organe și sisteme -  $26,83 \pm 0,63$  ani; e) factori biologici -  $17,05 \pm 1,33$  ani; f) factori alergeni -  $23,05 \pm 1,29$  ani; g) factori legați cu neformațiuni -  $32,50 \pm 1,50$  ani ( $p < 0,01$ ).

Analiza descriptivă a determinantilor la reangajarea în câmpul muncii și a reabilitării medicale, profesionale prin intermediul caz-martor („încadrați” și „neîncadrați”) a fost bazată pe eșantionul (50/50) persoanelor cu dizabilitate de grad moderat (gr. III). În grupa A – „încadrați” – și grupa B – „neîncadrați” în câmpul muncii care au făcut cursul de reabilitare medicală – , capacitatea de muncă păstrată variază cu 60-55%, iar deficiențele funcționale constituie 40-45%.

Factorii socio-profesionali și factorii familiali pentru determinarea persoanei să se reîntoarcă la muncă sunt decisivi. În cadrul analizei comparative a fost constatată o diferență statistică semnificativă între loturile de studiu, descrise în Tabelul 2. În vederea elaborării baremului pentru măsurile de recuperare, rezultatele cercetării au fost sistematizate într-un tabel, care a cuprins: valorile *odds ratio* (OR), *chi-pătrat* ( $\chi^2$ ), *intervalul de încredere* (IC), *riscul atribuibil* (RA, %). Pentru a determina cu cât ar fi egală diminuarea factorilor de risc, dacă unul din acestea ar fi înlăturat, a fost calculat riscul atribuibil.

Tabelul 2. Baremul determinantilor la reîncadrarea în câmpul ocupațional

Determinanții:	OR	$\chi^2$	IC	RA, %
de nivel înalt al RA $\geq 60$ %				
<b>I. Angajații din instituții / organizații publice</b>	4,2	17,7	2,2-6,2	82,4
<b>II. Vârstă - sub 45 de ani</b>	4,0	17,0	2,0-6,0	78,0
<b>III. Suport la locul de muncă - prezent</b>	3,8	16,2	1,9-5,7	65,0
<b>IV. Suport familial - prezent</b>	3,6	14,7	1,8-5,4	61,0
de nivel mediu al RA = 30-59 %				
<b>V. Stresul profesional cronic - absent</b>	3,3	12,5	1,5-5,1	57,0
<b>VI. Complanță la tratament - bună</b>	2,5	7,4	1,8-4,3	52,0
<b>VII. Co-morbidități - absente</b>	2,0	6,8	1,7-4,3	49,0
<b>VIII. Recuperarea funcțiilor organ. - relativ completă</b>	1,8	6,4	1,1-3,6	45,0
de nivel jos al RA $\leq 29$ %				
<b>IX. Venituri - mediu și mai mare</b>	1,6	5,6	1,4-3,2	24,6
<b>X. Muncă sedentară - prezentă</b>	1,4	5,4	1,3-3,1	24,0
<b>XI. Studii - medii de specialitate și superioare</b>	1,2	4,9	1,0-3,0	23,1
<b>XII. Adresarea/accesul la medic de familie - prezent</b>	1,1	4,7	1,0-2,8	21,2

Analiza selectivă, minuțioasă a tuturor determinantilor specificați a evidențiat riscuri semnificative de reîncadrare în câmpul muncii. Conform rezultatelor obținute, pe locul I s-au situat „angajații din instituții/organizații publice”, care au format grupul „pacienților cu dizabilitate de etiologie ocupațională”; pe locul II – pacienții în „vârstă sub 45 de ani”; pe locul III și IV – pacienții cu „suportul psiho-emoțional la locul de muncă – prezent” și „suportul psiho-emoțional familial – prezent”. Datele confirmă importanța suportului familial la

reîncadrarea persoanelor cu unele deficiențe ale stării de sănătate în câmpul muncii.

Cunoașterea determinanților ce duc la reabilitarea angajaților în familie va permite elaborarea măsurilor adecvate de profilaxie terțiară în domeniul serviciilor de sănătate ocupațională.

### **Discuții**

Reabilitarea medicală și profesională a populației economic active este în strânsă legătură cu sistemul de servicii ale sănătății ocupaționale. Crearea unei sinergii pozitive este indispensabilă pentru supravegherea și reabilitarea muncitorilor în cazul bolilor din mediul ocupațional. Sistemul de cote a indemnizațiilor bazate pe factorii de risc și noxele concepute adecvat este un stimul pentru devotamentul salariaților față de acțiunile de prevenire, sesizare a afecțiunilor profesionale în stadiile precoce. Implementarea politicilor la nivel național cu strategie unică va duce la reducerea numărul persoane cu dizabilități de vârstă aptă de muncă și la diminuarea complicațiilor, co-morbidităților în urma afecțiunilor profesionale. Actualmente, sistemul serviciilor sănătății ocupaționale în republică prestează doar pachetul elementar de asistență medicală și indemnizații bănești.

Algoritmul sistemului de protecție împotriva bolilor din mediul ocupațional diferă la nivel global, reflectând dezvoltarea istorică în serviciile de securitate și sănătate a angajaților (ILO, 2002). Cele mai răspândite două tipuri sunt:

I – un sistem obligatoriu „no-faut” de compensații administrat de o instituție publică, care de asemenea gestionează prevenirea și inspecția locurilor de muncă;

II – un sistem bazat direct pe obligațiile angajatului cu acoperire a asigurărilor opționale procurate de angajatori de la

companii private. Indemnizațiile sunt bazate pe o combinație de principii „no-faut” și a neglijenței angajatorilor.

Costurile pentru indemnizațiile pentru asistență medicală sunt acoperite de sistemul național al asigurărilor de sănătate gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), iar indemnizațiile bănești pentru incapacitatea temporară de muncă (ITM) sunt acoperite de către angajator și Casa Națională de Asigurări Sociale (CNAS). Inclusiv pensiile persoanelor cu dizabilități sunt acoperite de către CNAS. Angajatul este obligat să acopere compensațiile în caz de nerespectare a obligațiilor, care sunt prevăzute în regulamentele sanitare și de siguranță. Sursa principală a CNAM și CNAS sunt contribuțiile lucrătorilor asigurați și ale angajatorilor. Cota totală a contribuțiilor pentru asigurarea de sănătate este de 7% (acoperită în mod egal de angajatori și lucrători). Cota totală a contribuțiilor pentru asigurările naționale sociale este de 29% (din care cota lucrătorilor este 6%). Cota la contribuția pentru asigurări naționale sociale este mai înaltă, dar *nu există contribuții pentru reabilitarea profesională în urma afecțiunilor din mediul ocupațional și accidente* (ILO, 2013).

*OIM-Moldova stipulează că organele cheie recunosc importanța unei legături mai strânse dintre prevenire prin intermediul măsurilor de sănătate/securitate în muncă și indemnizare în baza asigurărilor pentru accidente de muncă/boli profesionale. Cotele de contribuție diferențiate la etapa actuală nu există* (ILO, 2013).

Atât sistemul național al CNAM, cât și CNAS sunt finanțate în baza metodologiei de PAYG (plata pe măsuri încasărilor curente) conform căruia cheltuielile pentru indemnizații sunt acoperite de conturi curente și nu este înființat nici un fond semnificant/acumulativ. Validitatea „etiologică a riscului ocupațional” și „adresabilitatea cazurilor noi” din punct de



vedere statistic este de importanță majoră pentru republică. În cazul în care nu sunt disponibile datele statistice, ar putea fi utilizată metoda aplicată de țările UE pentru complementarea experienței. Sistemul de cotizare pe bază de experiență (denumit sistemul de cotizare pe bază de asigurare „bonus-malus”) are menirea de a servi drept stimul pentru angajatori în vederea reducerii numărului de lucrători accidentați și a duratei de timp pierdut prin încurajarea angajatorului să stabilească și să mențină programe de securitate și prevenire, de a influența lucrătorul să revină la muncă cât mai curând posibil.

Reabilitarea profesională este una dintre modalitățile de a reduce limitările funcționale din motive medicale. Totodată, reabilitarea profesională devine o inovație complementară eficientă a reabilitării medicale. Neconcordanța între starea de sănătate a lucrătorului și cerințele procesului de muncă pot fi corectate prin oferirea oportunității de recalificare sau schimbare a meseriei acestora. Condițiile pentru aceste activități cresc de la an la an și rezultatele sunt încurajatoare. Prelungirea vieții profesionale, chiar doar pentru un an, compensează complet cheltuielile legate de reabilitarea profesională.

*Unul din primele puncte favorabile al reabilitării profesionale este aplicarea cât mai curând a măsurilor medicale și sociale în familie. În acest scop, serviciile de sănătate ocupațională din instituțiile responsabile pentru reabilitarea medicală trebuie să fie coordonate, în mod sistematizat, cu cele responsabile pentru reabilitare profesională, (Kim, R., și colab., 2014).*

## **Concluzii**

Rezultatele cercetării au argumentat pași care trebuie să fie reflectați în politici și în Programul Național privind încadrarea în forța de muncă a persoanelor cu dizabilitate

profesională (corelate cu Convenția nr. 159, 1983 și Protocolul nr. 168, 1983):

- crearea *oportunităților egale pentru persoanele cu dizabilități* privind participarea activă a acestora în sferele vieții sociale (îmbunătățirea sistemului de instruire profesională, cu asigurarea oportunităților egale de participare; accesibilitatea la infrastructura socială, culturală, instruire; sensibilizarea autorităților de conducere privind problemele indivizilor adulți cu dizabilitate și cu dizabilitate urmată din mediul ocupațional);

- crearea unui *sistem de servicii complexe de evaluare a* persoanelor cu dizabilitate, cu evaluarea obiectivă a tuturor modalităților de reabilitare, cu obiectivul de a acomoda individului cu dizabilitate la viața comunității, la încadrarea forței de muncă, cu luarea în considerație a capacității persoanei de a fi antrenat în diferite sfere;

- crearea unui *sistem de servicii complexe de reabilitare a* persoanelor cu dizabilitate (cu îmbunătățirea continuă a serviciilor de reabilitare complexe: medici-experti, medici de sănătate ocupațională, fizioterapeuți, specialiști în medicina sportivă, psihologi în medicină, ergonomiști, pedagogi, lucrători din servicii, asistenți sociali) precum și dezvoltarea abilităților de viață de-sine-stătătoare.

## **Bibliografie**

1. Baci, A., 2011. *Anthropological aspects of family involvement in the process of recovery of disabilities persons*, 5<sup>0th</sup> Jubilee Congress of Anthropological Society of Serbia, with international participation, Jagodina, p. 53.
2. Baci, A., 2008. *Deficiența auditivă. Incapacitate. Handicap-Concepte antropologice*. București: Ed. Cartea Universitară.

3. Cornell University ILR School Digital Commons@ILR.ILO. 2007. *The Employment Situation of People with Disabilities: Towards Improved Statistical Information.* /International Labour Office. - Geneva: ILO, 82 p. [on-line] Disponibil la: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/529>[Accesat: 19 octombrie 2014]
4. Cojocaru, St. 2011. *Studiu privind oportunitățile și constrângerile în procesul de integrare socio-profesională a tinerilor cu handicap*, Iași.
5. EC. 2001. *Commission Regulation (EC) No. 1566/2001 on the specification of the 2002 ad hoc module on employment of disabled people, 12 July 2001*, Brussels. [e-book] Disponibil la: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2001/l\\_208/l\\_20820010801en00160019.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2001/l_208/l_20820010801en00160019.pdf) [Accesat: 19 octombrie 2014].
6. Ferdohleb, A., Mamaliga, N., 2014. *Evoluția fenomenului de dizabilitate la populația de vârstă aptă de muncă prin prisma medicinei ocupaționale*. Chișinău: Ed. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 3 (54), pp. 41-44.
7. Gotsadze G, și colab., 2010. *Reforming sanitary-epidemiological service in Central, Eastern Europe, and the former Soviet Union: an exploratory study*. BMC: Ed. Public Health, 10:440
8. Greve, B., 2009. *The labour market situation of disabled people in European countries and implementation of employment policies: a summary of evidence from country reports and research studies*, ANED. [e-book] Disponibil la: <http://www.disabilityeurope.net/content/aned/media/ANED%20Task%206%20final%20report%20%20final%20versin-%201704-09.pdf> [Accesat: 19 octombrie 2014].

9. Kim, R., și colab., 2014. *Occupational health and safety*. Rechel B, McKee M, eds. *Facets of public health*. Maidenhead: Ed. Open University Pres, pp. 233–254.
10. ILO, 1983. *Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons)*. Recommendation no.168. [on-line] Disponibil la: <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/standards.htm>[Accesat: 19 octombrie 2014].
11. ILO, 2013. *Sistemul asigurărilor privind accidentele de muncă și bolile profesionale în Republica Moldova. Opțiuni privind cotele de contribuții. / Echipa de asistentă tehnică privind munca decentă și oficiul de țară pentru Europa Centrală și de Est*. Chișinău: Ed. OIM, p. 51.
12. ILO, 2002. *Managing disability in the workplace: An ILO code of practice*, Geneva. [e-book] Disponibil la: <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/codeeng.pdf> [Accesat: 02 septembrie 2014].
13. Rechel, B., Richardson, E., 2014. *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Ed. European Observatory on Health Systems and Policies, 35, pp. 91–110.
14. Turcanu G, și colab. 2012. *Republic of Moldova: Health system review*. Ed. Health Systems in Transition, 14 (7), pp. 1-151.
15. United Nations Enable, 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York. [on-line] Disponibil la: <http://www.un.org/disabilities/convention/index.shtml>[Accesat: 02 septembrie 2014].