

## EVOLUȚIA FENOMENULUI DE DIZABILITATE LA POPULAȚIA DE VÂRSTĂ APTĂ DE MUNCĂ PRIN PRISMA MEDICINEI OCUPAȚIONALE

Alina FERDOHLEB<sup>1</sup>, Narcisa MAMALIGA<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Centrul Național de Sănătate Publică, <sup>2</sup>Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

### Summary

#### *The evolution of the phenomenon of disability at the population of working age through the point of view of occupational medicine*

There is presented data regarding the evolution of disability correlated with aspects of occupational medicine in this paper. According to global estimates in 2012 over a milliard people, 15 % of the world population, live with some form of disability. About two-thirds of people with disabilities live in developing countries and with transition economies. The number of disabled people in the country was 183 416 cases in 2013. The number of beneficiaries of allowances is around 136 000 people, which represents on average 516 people per 10 000. Every sixth person with disability frames into the category of those with severe disabilities (0-20 % retained work ability). Each six out of ten people with disabilities is in the rural area. According to data from 2012, depending on the structure of the phenomenon of disability about 130.7 % obtained disability because of sickness, 3.0 % because of occupational diseases and work accidents, and 1.9 % participated at the liquidation of the accident at Chernobyl. Disability is an increasingly pressing issue for Occupational Health Service caused by: aging of population, the risk of diseases related to occupational environment, increasing of the number of non-communicable diseases in the population of working age. Both services: Occupational Health Service (OHS) and the Work Disability Determination Service (WDDS) are currently reforming, strengthening and consolidating. In order to achieve the goal of increasing the quality of the system, the collaboration between SDDCM and SSO, finding common tangents in medical rehabilitation, professional, social and reinstatement of people in occupational environment, are needed.

**Keywords:** people with disabilities, occupational illnesses, medical rehabilitation, professional rehabilitation, occupational health service, work disability determination service, work capacity retention rate

### Резюме

#### *Динамика инвалидности среди населения трудоспособного возраста в свете медицины труда*

В статье представлены данные о динамике инвалидности с аспектами медицины труда. Согласно глобальным оценкам, в 2012 году более миллиарда человек, 15% мирового населения проживает с той или иной формой инвалидности. Около двух третей людей с ограниченными возможностями проживают в развивающихся странах и странах с переходной экономикой.

Количество инвалидов в Республике Молдова достигло 183 тыс. случаев в 2013 году. Количество получателей пособий составляет около 136 тыс. человек, что составляет в среднем 516 человек из 10 тыс. населения. Каждый шестой человек падает в категорию инвалидности с тяжелыми ограниченными возможностями (0-20% сохранённой трудоспособности). Каждый шестой из десяти инвалидов проживает в сельской местности. По данным 2012 года, в зависимости от структуры явления инвалидности около 130,7% случаев инвалидности были получены по обычной болезни, 3,0% – по профессиональной болезни и несчастным случаям, и 1,9% случаев – участники ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Инвалидность становится все более актуальной проблемой для службы медицины труда, усугублённой старением населения, заболеваниями, связанными с профессиональным риском, увеличением количества неинфекционных заболеваний среди населения трудоспособного возраста.

Служба медицины труда (СМТ) и Служба Установления Ограничения Возможностей в Работе (СУОВР) в настоящее время находятся в процессе реформирования и укрепления. Для достижения цели повышения качества системы обслуживания необходимо совместное взаимодействие СМТ и СУОВР касательно медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и восстановления инвалидов в профессиональной среде.

**Ключевые слова:** люди с ограниченными возможностями, профессиональные заболевания, медицинская реабилитация, профессиональная реабилитация, служба медицины труда, служба установления ограничения возможностей в работе, процент сохранённой работоспособности

### Introducere

Noțiunile *invaliditate*, *handicap*, *dizabilitate* sunt complexe și au trecut prin modificări semnificative în societate. Termenul **invaliditate** (inclusiv în Republica Moldova) a fost aplicabil realității contemporane și a glisat de la semnificația medicală cu limitare fizică la dezavantaje sociale în rezultatul unor schimbării în societate: globalizarea, urbanizarea, ritmul și modul de viață. Așadar, conduita / recuperarea stării de sănătate în urma unor maladii, afecțiunii patologice este insuficientă, fiind absolut necesară examinarea tuturor consecințelor la nivelul *mediului de familie*, *mediului ocupațional*, *social*, pentru a obține o reabilitare medicală, profesională și socială optimă.

Potrivit estimărilor la nivel global, în anul 2012 peste un miliard de persoane (15% din populația lumii) trăiau cu o formă de dizabilitate. Aproximativ două treimi din persoanele cu dizabilități trăiesc în țări în curs de dezvoltare sau cu economie de tranziție. Dizabilitatea este o problemă tot mai serioasă la nivel global. În R. Moldova, acest fenomen este stringent și agravat de procesul de îmbătrânire a națiunii, de riscurile înalte de afecțiuni / accidente în

mediul ocupațional, precum și de numărul mare al cazurilor de maladii nontransmisibile (diabet zaharat, boli cardiovasculare, cancer etc.).

### Materiale și metode

Datele din documentația oficială a MS, MMPSF, BNS și CNDDCM pe perioada de 7-10 ani au fost folosite drept material pentru metoda bibliografico-analitică și pentru studiu de caz. A fost organizată o anchetare anonimă în cadrul atelierului de lucru al igienistului în sănătate ocupațională, desfășurat în anul 2014. Totodată, prin intermediul metodelor matematico-statistice și analitico-comparative, au fost analizate rezultatele extrase din fișele medicale ale pacienților cu boli profesionale pe anii 1998-2013. În baza celor expuse, este formată baza de date a morbidității profesionale pentru beneficierea de indemnizații de profil.

### Rezultate și discuții

Grație aspirațiilor actuale globale, societatea înlocuiește paradigma de **persoană cu dizabilități** cu termenul de **persoană dizabilitată**, prin care menționează că aceasta nu este un atribut al persoanei, ci al relației persoanei cu mediul social, ocupațional. Mediul neadaptat al clădirilor, neamenajarea locurilor de muncă și de petrecere a timpului liber impune persoanele dizabiliate să întâmpine bariere zi de zi [7].

Dizabilitatea este definită ca fiind *rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal, de care ea se poate lovi*, conform Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități (DPI). Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recomandat următoarea definiție: *Dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități) a capacității / abilității de a îndeplini o activitate în maniera sau la nivelul considerate normale pentru o ființă umană.*

În cadrul *Convenției Națiunilor Unite cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități*, ratificată de Republica Moldova prin Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010 (semnată la New-York, la 30 martie 2007), s-a menționat că *dizabilitatea este un concept ce evoluează și rezultă din interacțiunea persoanelor cu deficiențe cu barierele atitudinale și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate, la un nivel egal cu celelalte persoane.* La nivelul Comisiei Europene, dizabilitatea a fost discutată ca o problemă a întregii societăți. Aceasta presupune pregătirea și adaptarea, la toate nivelele și ramurile societății, a condițiilor pentru o persoană dizabilitată.

Forumul European al Dizabilității (EDF) a prezentat, în baza unei metaanalize, situația privind persoanele cu dizabilități în Europa:

- numărul persoanelor cu dizabilități este de circa *un miliard* la nivel global, din care 65 de milioane locuiesc în țările UE;
- circa 10% din populația UE sunt invalizi, cifră ce se echivalează cu populația Franței (*a doua țară în cadrul UE ca număr de populație*);
- unul din patru europeni are în familie o persoană dizabilitată, iar șase din zece europeni cunosc o persoană dizabilitată în mediul lor. Totodată, constatăm că:
- doar 16% persoane dizabiliate, care au nevoie de asistență medicală la locul de muncă, beneficiază de susținerea serviciului de sănătate ocupațională;
- populația cu dizabilități este angajată de 2-3 ori mai rar în câmpul muncii, iar șanse să atingă nivelul superior de educație are o probabilitate cu 50% mai mică.

Veniturile persoanelor dizabiliate sunt cu mult mai mici în comparație cu populația fără dizabilitate: doar 38% dintre persoane cu deficiențe au venituri prin muncă egale cu 68% populație fără deficiențe.

Statistica *Euro-statului* în 2002 a constatat:

- cu cât este mai sever gradul de dizabilitate, cu atât scade participarea la piața forței de muncă;
- procentajul angajării persoanelor dizabiliate în Europa e cel mai mare în Finlanda (32%) și cel mai mic în România (5,8%); datele pentru Republica Moldova lipsesc [2].

Conform datelor OMS, 88% din europeni consideră că accesul la transportul public pentru persoanele cu handicap fizic și vizual este dificil; 97% din europeni cred că trebuie luate măsuri pentru a asigura o mai bună integrare în societate a persoanelor cu dizabilități; 93% își exprimă dorința de a aloca mai mulți bani pentru a înlătura barierele fizice care complică viața persoanelor dizabiliate [3].

Din documente oficiale și datele statistice din Republica Moldova pentru ultimii ani, reiese tendința de creștere a numărului persoanelor care necesită și care au fost supuse reabilitării medicale, precum și reabilitării socioprofesionale. Dinamica morbidității persoanelor dizabiliate în republică arată că în anul 2002 numărul invalizilor a fost de **141,4 mii** de persoane, iar la 1 ianuarie 2013 acest indice a atins numărul de **179,815 mii**. Ponderea persoanelor dizabiliate în funcție de sex este: masculin – 56,8%, feminin – 43,2% cazuri. Circa 60% locuiesc în zona rurală (*figura 1*).

În funcție de vârstă, prevalează persoanele de 40–59 de ani, ceea ce constituie peste 2/3 din această populație.

Conform sexului, fiecare al treilea bărbat cu dizabilitate are vârsta peste 50 de ani. Fiecare a cincea /a patra femeie dizabilitată are vârsta peste 50 de ani (*figura 2*). La 473‰ de femei cu dizabilități

revin respectiv 563% de bărbați. Este de menționat că numărul femeilor dizabiliate a crescut din 2008 până în 2012 cu 2,1%.

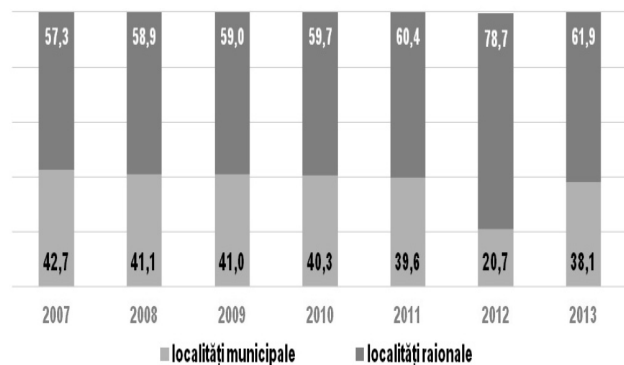


Figura 1. Structura populației cu dizabilitate primară, cu vârsta de la 18 ani, în funcție de zonă, în perioada 2007-2013 (%)

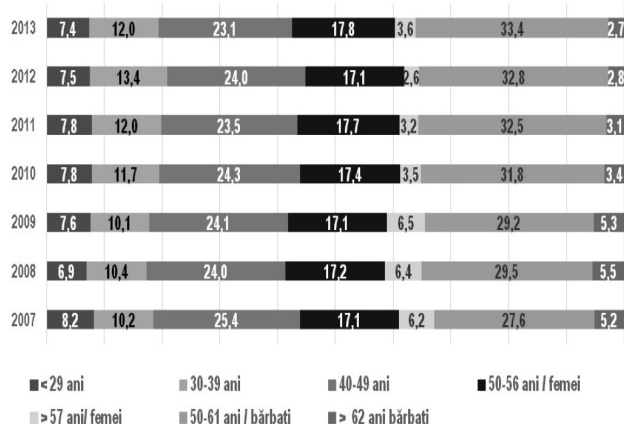


Figura 2. Distribuția persoanelor cu vârsta de la 18 ani cu dizabilitate primară în funcție de vârstă și sex, 2007-2013 (%)

Dinamica ultimilor șapte ani a incidenței fenomenului de dizabilitate a evidențiat ca problemă majoră prevalența persoanelor cu maladii ale aparatului circulator, pe locul II – tumorile maligne, urmate de bolile mentale și de comportament, pe locul IV – bolile sistemului osteoarticular, muscular și ale țesutului conjunctiv (figura 3).

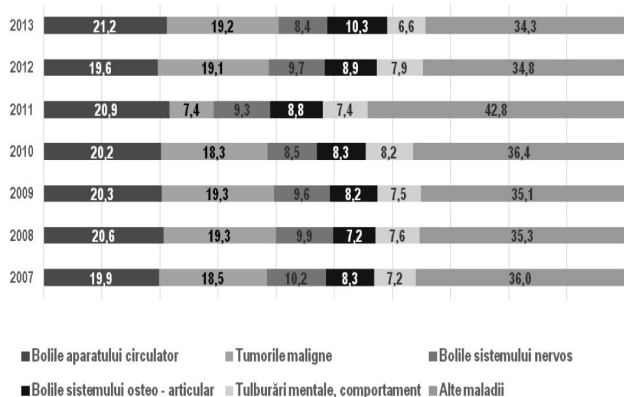


Figura 3. Repartizarea persoanelor cu vârsta de la 18 ani cu dizabilitate primară în funcție de formele nosologice, perioada 2007-2013 (%)

Din anul 2013, pe poziția a treia iarăși s-au plasat bolile sistemelor osteoarticular, muscular și ale țesutului conjunctiv.

Studiul privind maladiile profesionale în perioada 1998-2013 a demonstrat că vechimea în muncă a angajaților la momentul stabilirii diagnosticului de boală profesională în asociere cu gradul de dizabilitate a fost de  $23,51 \pm 1,32$  de ani. Vechimea în munca profesională este dependentă de sectorul în care activează angajații și, totodată, de factorii de risc din mediul ocupațional la care aceștia sunt supuși (figura 4).

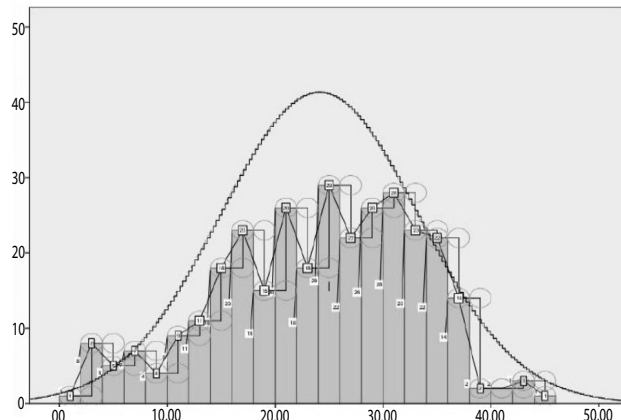


Figura 4. Repartizarea pacienților cu boli profesionale (declarate) în funcție de vechimea în muncă profesională, în perioada 1998-2013 (ani)

Expunerea la factori nocivi fizici, ergonomici și la neoformațiuni se caracterizează prin apariția tardivă a manifestărilor bolilor profesionale. Pe când factorii chimici și biologici sunt mai agresivi, manifestând o durată de expunere mai mică a angajaților. Vechimea în muncă a lucrătorilor supuși factorilor biologici este de  $17,05 \pm 1,33$  ani; factorilor chimici –  $21,52 \pm 1,03$  de ani; factorilor fizici –  $27,36 \pm 2,37$  de ani; celor ergonomici –  $26,83 \pm 1,46$  de ani și factorilor cancerigeni –  $32,50 \pm 1,50$  de ani. Aceste date confirmă agresivitatea noxelor profesionale și efectul cumulativ al acestora. S-a constatat că numai 17,03% din bolnavii cu maladii profesionale au urmat cursul anual de reabilitare medicală, cauza fiind insuficiența paturilor specializate. La 1,65% din pacienții care au urmat tratamentul a fost stabilită îmbunătățirea stării generale, cu schimbarea gravității accentuate (gr. II inv.) în gravitate moderată (gr. III inv.). Reîncadrarea acestui grup de pacienți în activitatea profesională a fost posibilă în doar 6,32% cazuri.

Pacienții cu pierderea medie a capacității de muncă (gr. inv. III) fac parte din populația care trebuie să fie reîncadrată în mediul ocupațional. Din figura 5, observăm că cea mai înaltă cotă le revine persoanelor din grupa cu boli ale sistemului osteoarticular; pe locul doi se plasează maladiile sistemului nervos și pe locul trei – bolile aparatului circulator.

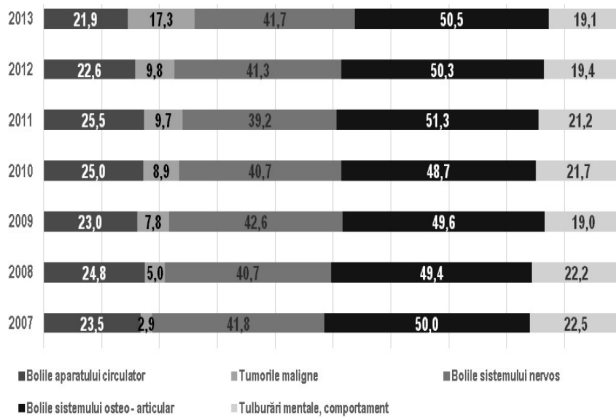


Figura 5. Repartizarea persoanelor cu vârsta de la 18 ani cu dizabilitate primară, cu pierdere medie a capacității de muncă (gr. inv. III), în funcție de formele nosologice, perioada 2007-2013 (%)

Constatăm necesitatea revitalizării serviciului de reabilitare medicală și profesională a pacienților cu boli ale sistemului osteoarticular și ale sistemului nervos.

### Concluzii

Dizabilitatea este parte componentă a condiției umane. Mai multe cercetări scot în evidență faptul că, indiferent de locul de trai al persoanelor cu dizabilități, acestea se confruntă cu diverse bariere în accesul la servicii de sănătate, beneficiază de educație de nivel mai inferior, sunt mai puțin active din punct de vedere economic și sunt mai des supuse sărăciei, în comparație cu persoanele fără dizabilități [1]. Eliminarea tuturor barierelor care împiedică participarea activă a persoanelor dizabitate în viața comunității, obținerea unei educații de calitate, găsirea unui loc de muncă decent, ce ar răspunde necesităților acestor persoane, asigurarea securității sociale a populației sunt în centrul atenției *Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului* (ODM), care abordează provocările principale ale dezvoltării umane, fapt remarcat și în Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 886 din 06 august 2007 privind Politica Națională de Sănătate a RM. ODM își au originea în acțiunile și sarcinile ce se conțin în Declarația Mileniului, adoptată de către 189 de țări și semnată de 147 președinți de state și guverne în cadrul Summitului Mileniului ONU din septembrie 2000, și urmează a fi realizate către anul 2015.

Dizabilitatea nu afectează doar individul, ci are impact și asupra întregii comunități. Costurile excluderii persoanelor cu dizabilități de la participarea la activitățile comunității sunt foarte înalte, situație care ar trebui ameliorată de societate, în special în cazul persoanelor care au grijă de acestea. Excluderea poate să ducă la neproductivitate și pierdere de potențial uman [4]. Costurile dizabilităților au trei componente principale: 1) *costurile directe* de tratament, inclusiv cele de transport și acces; 2) *costurile indirecte* ale celor care nu sunt afectați (asistenții personali sau alte persoane care au grijă de acestea); 3) *costurile adiționale*, datorate incapacităților. Astfel, mai multe date internaționale ne sugerează că în medie consumul, precum și veniturile unei persoane cu dizabilități sunt mai reduse [5].

### Bibliografie

1. Cojocaru St. *Studiu privind oportunitățile și constrângerile în procesul de integrare socioprofesională a tinerilor cu handicap*, Iași, 2011.
2. Despoy L. *Human Rights and Disabled Persons* (Study Series 6), Centre For Human Rights, Geneva, UN New York, 1993.
3. Gavriliță L. *Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare*. Chișinău, 2011.
4. Lee R. *The demographic transition: three centuries of fundamental change*. In: *The Journal of Economic Perspectives*, no. 17, 2003, p. 167-190.
5. Miles. *Strengthening Disability and Development Work*, BOND discussion paper, 1999.
6. Mpofu E., Oakland T. *Applying CIF guidelines. Rehabilitation and health assessment*. 2010.
7. Skvarciany Z. *Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, p. 45-46.
8. Sochircă L. *Actualități, probleme și Strategia de dezvoltare a serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova în perspectivă*. În: *Curierul Medical*, nr. 3, Chișinău, 2012.
9. Sochircă L. *Impactul medico-social al populației vârstnice*. În: *Curierul Medical*, nr. 3 (327), Chișinău, 2012, p. 260-262.

**Alina Ferdohleb**, dr. med., conf. cercet.,  
CNSP,  
e-mail: alina.ferdohleb@gmail.com  
Tel.: 079402597