

READAPTAREA PROFESIONALĂ A PERSOANELOR HANDICAPATE

LIVIUS MANEA

The concept of professional readapting takes a central place within the policies and programmes concerning the social protection of the handicapped and it refers to the assessment of profesional skills, training and employment of them. The paper provides a perspective about the way in which this approach is conducted from the philanthropic actions to the social security and the principles set up at the international level.

Handicapul este un dezavantaj — datorat unor deficiențe fizice, senzoriale, psihice — traducând gradul de adaptare în raport cu societatea. El semnifică inadaptarea în măsura în care relevă imposibilitatea persoanei de a-și asuma propriile roluri sociale. "Handicapul este astfel o funcție a relației dintre persoanele cu incapacități și mediul lor. El apare când persoanele se confruntă cu bariere culturale, fizice sau sociale care le împiedică accesul la variate sisteme ale societății care sunt disponibile altor cetățeni. Astfel, handicapul este pierderea sau limitarea oportunității de participare la viața comunității la un nivel egal cu ceilalți"¹.

Handicapul înscamnă expunerea la un anumit risc de excludere socială, menționat ca una din problemele cu care se vor confrunta țările membre ale OECD la începutul secolului următor²; acest fapt sugerează necesitatea măsurilor susceptibile de a face din persoanele handicapate participanți ai "societății active", de a reduce utilizarea resurselor pentru ajutoare și alocații, ca elemente ale unei "politici pasive".

În general, până în secolul trecut, handicapul era considerat o fatalitate și suscita din partea comunității o atitudine filantropică; recurgerea la instituții și instituționalizarea viza să-l izoleze pe cel afectat, pentru a nu perturba desfășurarea vieții sociale. Primele servicii pentru invalizi (datorate în principal inițiativei private) aveau forma operelor de binefacere.

Punând accentul pe valorizarea ființei umane preponderent din perspectiva forței de muncă, revoluția industrială a determinat o abordare mai sistematică a problemelor legate de handicap și invaliditate, fapt care a condus la apariția mecanismelor și instrumentelor securității sociale: asigurările sociale și asistența socială. În acest mod s-au instituit asigurările de invaliditate, ca reacție față de vulnerabilitatea lucrătorilor industriali în eventualitatea unor alterări ale stării de sănătate, care nu le-ar mai fi permis să continue

¹ *Disability: Situation, strategies and policies*, New York, 1986, United Nations, p. 7.

² *The "Client" Perspective. Towards Coherent Policies for Children and Young People Who are "Disablend" or "At risk"*, Paris, 1991, OCDE.

activitatea profesională și deci le-ar fi afectat posibilitatea de a câștiga cele necesare traiului. Primul regim de asigurări sociale de invaliditate în favoarea salariaților a fost stabilit în Germania în anul 1889 și avea un caracter limitativ: lucrătorilor care câștigau peste un anumit plafon nu le era admisă participarea la asigurare. Ulterior, în mod similar, numeroase alte țări au fondat inițial regimuri pentru categorii particulare și treptat, au ajuns să adopte legislații care vizează salariații în general.

Problema tehnică importantă și complexă care apare odată cu securitatea socială ține de definirea și evaluarea invalidității, care condiționează accesul la prestații, asigurând eligibilitatea beneficiarilor.

Studiul legislațiilor naționale din perspectiva securității sociale permite distingerea a trei tipuri de noțiuni referitoare la invaliditate³.

a) *fizică sau mintală*, ca pierderea totală sau parțială a unei anumite părți corporale ori a unei anumite facultăți psihice, indiferent de consecințele economice sau profesionale ale acestei pierderi. Această noțiune devine operațională în cazul indemnizațiilor acordate invalizilor de război;

b) *profesională*, ca pierderea sau reducerea semnificativă a capacităților de câștig rezultând din incapacitatea de a relua activitatea exercitată anterior. Pe această noțiune s-au fondat regimuri speciale instituite pentru lucrătorii din anumite ramuri;

c) *generală*, ca pierderea capacității de câștig rezultând din incapacitatea de a îndeplini cerințele oricărui loc de muncă oferit, semnificând o poziție profesională și socială defavorizată.

În aproape toate regimurile, dreptul la prestații este condiționat de existența unui grad minim de invaliditate. Acest grad este adesea exprimat sub forma unui procentaj, minimul variind mult de la o țară la alte, între 15% și 66%. Unele regimuri stabilesc grade de invaliditate funcție de gravitate, fapt care condiționează sfera prestațiilor acordate.

Evaluarea invalidității care condiționează accesul la prestații se fondează pe starea fizică sau mintală a solicitantului în momentul considerat, atestată de serviciile medicale. Se au în vedere o serie de criterii medicale, uneori și evoluția probabilă a stării de sănătate în ipoteza că solicitantul ar continua activitatea profesională. Însă, aceste criterii medicale nu sunt suficiente, fiind necesară aprecierea posibilităților de readaptare, cunoașterea solicitărilor profesionale și a problemelor legate de locul de muncă.

Numărul mare de invalizi apărut în urma războaielor a fost de natură să suscite o intensificare a preocupărilor societății pentru această categorie. Pe lângă multe prestații bănești (alocații, pensii) sau în natură (proteze etc.), treptat, au apărut preocupări privind reabilitarea funcțională, formarea profesională specială și munca protejată. Astfel, la încheierea primului război s-a simțit necesitatea unor dispoziții speciale pentru a crea diferite sisteme care să permită utilizarea capacității restante de muncă a invalizilor, cum ar fi:

- sisteme de încadrare obligatorie a persoanelor cu invalidități;
- programe de formare profesională organizate și luate în sarcină de autoritățile publice;
- dispoziții legislative privind readaptarea profesională a invalizilor (pentru prima dată astfel de dispoziții au fost formulate în SUA în anul 1919);
- diverse sisteme de muncă protejată.

³ *Introduction à la sécurité sociale*, Genève, Bureau International en Travail, 1986.

La problemele invalidității de război s-a adăugat încă una: constatarea existenței diferitelor grade de invaliditate la tinerii scutiți de serviciul militar pe motive medicale, fapt care furniza o primă informație clară asupra persoanelor cu invalidități în cadrul populației civile.

Cel de-al doilea război mondial a multiplicat numărul invalizilor de război, ceea ce a declanșat adoptarea unor măsuri legislative mult mai extinse, pentru a asigura readaptarea lor profesională și plasarea pe locuri de muncă potrivite. Astfel, ca o tendință importantă poate fi observată deplasarea accentului de la protecție, la reintegrarea în viața activă, avându-se în vedere și lipsa forței de muncă în anii de după încheierea ostilităților.

După 1945, o serie de factori a condus la conturarea concepției moderne privind readaptarea profesională:

- a) politica de utilizare deplină a forței de muncă în țările occidentale;
- b) progresul științei medicale, creșterea longevității și noua tendință de a considera bolnavul ca o persoană și nu ca un "caz";
- c) elaborarea și adoptarea, în numeroase țări, a unei legislații de ansamblu privind munca invalizilor;
- d) presiunea influenței exercitate de ONU, Organizația Internațională a Muncii, Organizația Mondială a Sănătății, UNESCO, UNICEF și de alte organizații internaționale în vederea creșterii nivelului economic și social al populațiilor în lume;
- e) eforturile și influența organizațiilor benevole naționale și internaționale activând în acest domeniu.

În esență, păreau a se contura două mari direcții de acțiune în favoarea persoanelor handicapate:

- 1) readaptarea profesională, reabilitarea în scopul ocupării și păstrării unor locuri de muncă, obișnuite sau protejate;
- 2) crearea de instituții care să acorde sprijin celor aflați în imposibilitatea de a ocupa un loc de muncă și de a duce o existență corespunzătoare în cadrul comunității.

Până în anii '70, noțiunea utilizată pentru a delimita această categorie vulnerabilă de populație era "invaliditatea", cu o focalizare asupra reducerii sau pierderii capacității de muncă. Prin aceasta, munca era considerată definitorie pentru inserția socială a oricărei ființe umane. Părea că numai raportarea la cerințele locului de muncă (ocupat în trecut ori în prezent de adulți, sau în perspectivă, de către copii) ar fi fost nota specifică demnă de reținut în desemnarea acestei categorii. În acest sens, în Recomandarea 99 adoptată la data de 1 iunie 1955 de Conferința generală a Organizației Internaționale a Muncii⁴ termenul de "invalid", desemna "oricare persoană ale cărei șanse de a obține și de a păstra un loc convenabil de muncă sunt în mod efectiv reduse ca urmare a unei diminuări a capacității fizice sau mintale".

Situația persoanelor handicapate din majoritatea țărilor nu poate fi apreciată în afara contextului conceptual și de acțiune generat și stimulat la nivelul internațional. Astfel, au fost adoptate documente, convenții, s-au creat diferite organisme și agenții care au avut o incidență semnificativă asupra modalităților de abordare ale acestei categorii de persoane. În ceea ce privește readaptarea profesională pot fi amintite mai multe momente semnificative

⁴ *Normes internationales du travail concernant la réadaptation professionnelle. Guide pour leur application*, Genève, Bureau International du Travail, 1984.

care au marcat evoluția cadrului de abordare teoretică și practică: Recomandarea 99 din 1955 a Conferinței generale a Organizației Internaționale a Muncii privind adaptarea și readaptarea profesională a invalizilor; Declarația privind drepturile persoanelor handicapate, adoptată de Adunarea Generală a ONU în anul 1975; declararea de către Adunarea Generală a ONU a anului 1981 ca An internațional al persoanelor handicapate, purtând deviza "participare deplină și egalitate"; adoptarea de către Organizația Internațională a Muncii în anul 1983 a Convenției 159 și a Recomandării 168 privind readaptarea profesională și încadrarea în muncă a persoanelor handicapate ș.a.

Anii '70 au impus o nouă abordare problemelor sociale "critice", care ating comunitatea și viața în general. Pe măsură ce calitatea vieții a devenit un domeniu de interes public, intervențiile în caz de criză s-au afirmat drept componentele esențiale ale răspunsului comunitar la suferința umană generată de diferite deficiențe fizice sau psihice (congenitale sau apărute în cursul vieții). Sintetizând această nouă concepție, Declarația din anul 1975 a Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor handicapate sublinia că acestea au dreptul la o securitate economică și socială și la un nivel de viață decent. Ele au dreptul, conform propriilor capacități, să-și asigure și să păstreze un loc de muncă, să se angajeze într-o ocupație utilă, remunerată, ca și dreptul de a se asocia sindicatelor.

În cazul persoanelor handicapate, criteriul esențial pentru definirea unui anumit stil de viață este cel al gradului de autonomie/dependență, utilizat de altfel și în determinarea eligibilității beneficiarilor unor servicii și prestații speciale. Principala necesitate prevăzută de majoritatea legislațiilor în funcție de care se apreciază gradul de autonomie/dependență vizează munca și este formulată în diferite moduri: "diminuarea capacității de muncă" (Danemarca, Italia, Luxemburg ș.a.); "reducerea posibilităților de a ocupa sau de a păstra un loc de muncă" (Belgia, Franța, Germania, Anglia ș.a.); "limitarea posibilităților de asigurare a subzistenței prin muncă" (Olanda); dificultăți de integrare în mediul social (Grecia). Prin aceasta, munca, "mit și realitate a ființei sociale"⁵ constituie criteriul esențial în funcție de care se apreciază deficiențele, anomaliile, inaptitudinile, invaliditățile, recurgându-se la termeni cum ar fi: diminuări, alterări, scăderi, pierderi ale capacității de muncă.

Conceptul de readaptare a persoanelor handicapate circumscrie două componente complementare: pe de o parte, readaptarea medicală, constând în utilizarea tuturor mijloacelor medicale susceptibile a accelera ameliorarea și/sau vindecarea, iar pe de altă parte, readaptarea profesională, constând în recuperarea capacității maxime fizice și mintale, în restabilirea rolurilor sociale, profesionale și economice pe care aceste persoane le pot îndeplini.

Ca proces, readaptarea profesională presupune mai multe etape: evaluarea capacităților profesionale și a gradului de adaptare la muncă, orientarea profesională, formarea profesională, plasamentul și încadrarea în muncă.

Evaluarea se poate efectua în centre sau ateliere speciale, de către o echipă de readaptare alcătuită din mai mulți specialiști: medic, psiholog, asistent social sau sociolog etc. Aceasta urmărește să determine randamentul potențial al persoanei respective în condiții reale de muncă, să furnizeze informații privind răspunsul la solicitările de mediu (zgomot, iluminat, ritm de lucru etc.), să contribuie la dezvoltarea încrederii în sine, să conștientizeze posibilitățile și limitele și să faciliteze orientarea profesională. Numeroase țări au instituit

⁵ *Analyse des mesures professionnelles des personnes handicapées*, Luxemburg, 1984, CEE, p. 7.

controlul statului asupra serviciilor specializare de orientare, pregătire profesională și încadrare în muncă de care beneficiază persoanele handicapate. Spre exemplu, în diferite taxe legislative se fac mențiuni la crearea de centre de pregătire profesională și ateliere speciale pentru persoanele cu handicap.

În mai multe țări europene și în special în cele scandinave s-au inițiat programe prin care autoritățile locale, patronatul, sindicatele și organizațiile non-guvernamentale cooperează pentru protejarea locurilor de muncă destinate persoanelor handicapate. În Norvegia, de pildă, se încheie contracte între întreprinderi și serviciul de plasare, iar prin intermediul comisiilor de readaptare se procedează la amenajările locurilor și mediului de muncă, în scopul de a le face accesibile persoanelor handicapate și a le crea perspectiva integrării în activitățile normale.

Printre tipurile de măsuri adoptate în diferite țări în scopul sporirii posibilităților de încadrare în muncă a persoanelor handicapate, bazate pe principiul egalității de șanse și tratament se regăsesc următoarele:

- stimularea încadrării pe piața liberă a muncii, incitarea patronilor pentru a recurge la formarea și încadrarea ulterioară a persoanelor handicapate, ca și la adaptarea locurilor de muncă pentru a facilita aceste procese. În acest sens se practică sistemele quota (contingent) care impun ca un procentaj minim din totalul forței de muncă al unei unități să fie ocupat de persoane handicapate (10% în întreprinderile cu peste 10 salariați în Franța; 6% în întreprinderile cu cel puțin 16 salariați în Germania; 3% în întreprinderile cu cel puțin 20 salariați în Marea Britanie etc). Nerespectarea acestor reglementări antrenează plata unor penalități, sumele rezultate constituind un fond destinat finanțării serviciilor suplimentare de readaptare. În același timp, cei care creează locuri de muncă suplimentare pentru handicapați primesc importante subvenții de la stat.

Îmbunătățirile aduse reglementărilor legislative au condus la sporirea eficacității controlului statului asupra procedurilor de plasare;

- ajutorul din partea statului pentru crearea și funcționarea unor tipuri de unități de "muncă protejată" pentru persoanele handicapate a căror încadrare în piața liberă a muncii nu este posibilă. Atelierele protejate sunt încurajate totodată să încerce ameliorarea situației celor încadrați, să încerce a-i pregăti pentru condițiile normale de muncă;

- sprijin din partea statului pentru serviciile de orientare și formare profesională, ca și pentru cele care asigură plasamentul în muncă;

- suprimarea, în etape dacă este necesar, a barierelor, a obstacolelor de ordin fizic sau arhitectural și în planul comunicațiilor, care împiedică accesul în locurile destinate formării și încadrării persoanelor handicapate;

- încurajarea difuzării informațiilor referitoare la exemple de cazuri de inserție efectivă și reușită a persoanelor handicapate în activitatea profesională;

- scutirea de taxe, impozite percepute la importul articolelor, materialelor și echipamentelor necesare centrelor de readaptare, atelierelor, patronilor și persoanelor handicapate, ca și celor destinate ajutoarelor și dispozitivelor necesare obținerii și păstrării locurilor de muncă de către persoanele handicapate;

- amenajarea programului de muncă de tipul "timp parțial" ca și a altor aranjamente, adaptate capacităților diferitelor persoane handicapate, care nu ar putea presta activitatea cu durată normală și în condițiile obișnuite;

— considerarea nevoii de măsuri speciale de sprijin, incluzând furnizarea de ajutoare, aparate și servicii permanente pentru a permite acestor persoane să ocupe și să păstreze un loc de muncă;

— susținerea veniturilor, în principal prin regimuri de securitate socială sau prin sisteme de asigurări care îndreptăcesc accesul la resursele de îngrijire a sănătății și la ajutoarele tehnice (proteze, aparate speciale etc.). De regulă, incapacitățile sau invaliditățile rezultând din accidente de muncă sunt acoperite prin casele de pensii, casele de asigurări, ori prin alte sisteme.

În plus, pentru persoanele handicapate încadrate în muncă se practică stimularea financiară — reducerea ori exonerarea privind impozitul pe venit; de asemenea, se apelează la o serie de alte facilități: transport la tarif redus ori gratuit, scutirea de plata unor taxe etc.

Probleme deosebite se pun atunci când este vorba de persoanele grav handicapate, caracterizate de motricitate redusă, lipsită de autonomie, dificultăți de comunicare, deficiențe polisenzoriale și comportament asocial. Multă vreme nu au existat programe de formare a acestor persoane pentru activitatea de tip profesional, întrucât se pornea de la principiul că ele ar fi inapte de muncă. Însă, în ultimii ani s-au realizat programe pilot în SUA, Canada, Australia și în unele țări europene care au probat că și aceste persoane sunt capabile de o activitate profesională⁶. Programele de muncă asistată se pot dovedi foarte rentabile cum arată un studiu longitudinal întreprins pe o durată de 7 ani relevând o înaltă rentabilitate pentru contribuabil, rezultând din raportul între economiile făcute de stat (impozite vărsate de persoanele handicapate odată încadrate, diminuarea alocațiilor de ajutor social sau a altor prestații ce țin de programele clasice) și costurile suplimentare pe care le implică munca asistată (cheltuieli proprii programului, credite acordate patronilor care angajează o persoană grav handicapată etc.). Deși cheltuielile cu astfel de persoane prezintă un nivel foarte ridicat, pragul de rentabilitate a fost atins după trei ani și a continuat să crească, atingând valoarea de 2,93 în cel de-al șaptelea an.

În România, după cel de-al doilea război mondial au existat o serie de preocupări în privința readaptării profesionale a persoanelor handicapate. În acest sens, s-au efectuat diferite cercetări în cadrul Institutului de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, a fost creată o rețea specială de școli profesionale și licee pentru tinerii cu deficiențe, ca și o rețea de unități ale cooperăției de invalizi. În același timp, s-au elaborat liste ale locurilor de muncă accesibile persoanelor cu deficiențe și s-a reglementat rezervarea unor locuri de muncă (cum ar fi "maseur", "confectioner perii, mături" pentru nevăzători). O problemă dificilă, căreia nu i s-a putut oferi un răspuns este cea a persoanelor la care handicapul apare la vârsta adultă (peste 18 ani), datorită inexistenței unor forme și centre de calificare-recalificare.

⁶ A. König, R.L. Schabok, *L'emploi assisté: un pur plus d'égalité des chances pour les personnes gravement handicapées*, in *Revue Internationale de Travail*, vol. 130, nr. 1/1991.

În anul școlar 1992/1993, în învățământul profesional, liceal și postliceal special exista următoarea situație:

Numărul elevilor cu handicap în unități de învățământ profesional, liceal și postliceal special în anul școlar 1992-1993

Tip de handicap:	Învățământ		
	Profesional	Liceal	Postliceal
— auditiv	1719	21	—
— vizual	748	226	59
— mintal	11209	—	—
— motor	1224	387	—
Total	14900	634	59

În trecut, o problemă critică legată de eficacitatea procesului de formare profesională specială consta în faptul că numai jumătate din numărul absolvenților se încadrau în meseriile pentru care s-au pregătit. În momentul de față, nemaexistând sistemul repartițiilor, sunt și mai mari dificultățile cu care se confruntă absolvenții învățământului special în găsirea locurilor de muncă. Totodată, celor aproximativ 20.000 persoane handicapate încadrate în sistemul cooperăției de invalizi se confruntă cu dificultăți legate de lipsa materiilor prime, a utilajelor, care nu le permit diversificarea și modernizarea produselor pentru a satisface exigențele economiei concurențiale de piață.

În procesul reformei, legislația adoptată a încercat să abordeze problematica readaptării profesionale a persoanelor handicapate. Astfel, în art. 46 al Constituției României se stipulează că aceste persoane "se bucură de protecție socială. Statul asigură realizarea unei politici naționale de prevenire, de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de integrare socială a handicapatilor, respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor". De asemenea, legea 57/1992 privind încadrarea în muncă a persoanelor handicapate conține o serie de prevederi în acest sens, cum ar fi:

- înființarea locurilor de muncă și a unităților protejate;
- amenajarea programului de lucru, drepturile în muncă;
- întocmirea de liste de profesii în care se asigură cu prioritate locuri de muncă pentru handicapati ori pentru care se va asigura instruire specială;
- reduceri de impozit cu 50% pentru unitățile protejate;
- reducerea totală de impozit pentru unitățile protejate ale nevăzătorilor;
- obligativitatea unităților cu peste 250 salariați de a angaja cel puțin un procent de 3% persoane handicapate;
- înființarea Comisiei Centrale pentru încadrarea în muncă a persoanelor handicapate.

Ca mecanism de coordonare a unei politici naționale în favoarea persoanelor handicapate a fost creat în 1990 Secretariatul de Stat pentru Handicapați (instituție controversată și contestată atât de către persoanele handicapate, cât și de către alte instituții: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Învățământului, Ministerul Sănătății).

Cu toate schimbările produse, în continuare se remarcă o insuficientă furnizare de servicii persoanelor handicapate și familiilor lor, care să susțină readaptarea profesională (orientare profesională, asistență de specialitate, terapie, implicarea comunității, a autorităților locale, stimularea sectoarelor public și privat pentru încadrarea handicapatilor etc.).

Chiar și în țările cele mai dezvoltate, odată cu declanșarea recesiunii la jumătatea anilor '70, șomajul a devenit o problemă generală și importantă care a condus la reconsiderarea naturii muncii. Schimbările tehnologice, competiția tot mai pronunțată conduc la îngustarea posibilităților de încadrare a persoanelor handicapate. De aceea, într-o serie de țări (și în primul rând cele scandinave), sectorul public a devenit un domeniu care absoarbe o mare parte din persoanele handicapate ce întâmpină dificultăți în ocuparea unui loc de muncă în sectorul privat.

Desigur, în zilele noastre, când recesiunea atinge aproape toate țările, când oferta de locuri de muncă este cu mult inferioară cererii, poate părea îndreptățită întrebarea dacă, readaptarea profesională a persoanelor handicapate nu este un lux, o risipă a resurselor. Răspunsul ar putea fi oferit din perspectiva drepturilor umane fundamentale ale persoanelor handicapate. În plus, situațiile de criză sunt temporare, nu durează infinit, fiind necesar un curent de opinie la nivelul comunității, care să faciliteze integrarea acestor persoane în toate sferele vieții.