

VOLUMUL 1

- PERSPECTIVE CU PRIVIRE LA ACTIVITATEA DE MEDIERE SANITARA-

Material realizat de experții asociației Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen în cadrul proiectului cu numărul 8362-RO “*Reformă în Sectorului Sănătății – Îmbunătățirea calității și eficienței sistemului de sănătate/ Health Sector Reform – Improving Health System Quality and Efficiency Project*” implementat de Ministerul Sănătății, prin Unitatea de Management al Proiectului (UMP), cu sprijin financiar oferit de International Bank for Reconstruction and Development (IBRD).

-2023-

CUPRINS

CAPITOLUL 1 - ACTIVITATEA DE MEDIERE SANITARĂ PENTRU COMUNITĂȚILE VULNERABILE CU ROMI

Necesitatea intervenției de mediere sanitară în comunitățile cu romi

Scurt istoric al programului de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi

Incadrarea intervenției de mediere sanitară în programul de asistență medicală comunitară

CAPITOLUL 2 - ASPECTE PRIVIND DIVERSITATEA COMUNITĂȚILOR CU ROMI DESERVITE DE MEDIATOARELE SANITARE/MEDIATORII SANITARI

Aspecte generale privind diversitatea comunităților cu romi

Ce trebuie să știm atunci când lucram în comunități tradiționale

BIBLIOGRAFIE

CAPITOLUL 1 - ACTIVITATEA DE MEDIERE SANITARĂ PENTRU COMUNITĂȚILE VULNERABILE CU ROMI

Autor Dr.Soc. Daniel Radulescu

1.1.NECESITĂȚEA INTERVENȚIEI DE MEDIERE SANITARĂ ÎN COMUNITĂȚILE CU ROMI

Primele inițiative în domeniul medierii sanitare au apărut în comunitățile cu romi la începutul anilor '90, perioada în care, în România, s-au înregistrat o serie de conflicte interetnice între populațiile majoritare ale unor localități (români sau maghiari) și populația de etnie romă. De cele mai multe ori, "scânteia" apărând în urma unui conflict spontan între un cetățean de etnie romă sau un grup de cetățeni de etnie romă și un cetățean majoritar sau un grup de cetățeni majoritarii, cei din urmă considerând că romii nu mai pot fi tolerați și că trebuie exterminați sau izgoniți din localitățile lor. Astfel, au existat cazuri când s-au bătut clopotele, populația majoritară s-a adunat și incendiat casele romilor. Acțiunile se soldau cu distrugerea bunurilor romilor (case, mașini și alte bunuri) și cu victime omenești (persoane care au suferit arsuri pe o suprafață mare a corpurilor, persoane înjunghiate, cu viața pusă în pericol în urma rănilor produse, persoane agresate fizic, având plăgi la nivelul membrelor și a capului datorate lovirii cu obiecte contondente), chiar deces a unor persoane de etnie romă.

Din nefericire, în primii ani după revoluția din '89, România a înregistrat un număr semnificativ de cazuri de conflicte interetnice care au afectat membrii comunităților cu romi și care au determinat necesitatea intervenției instituțiilor statului și a organismelor neguvernamentale reprezentative ale romilor în vederea asigurării conviețuirii pașnice între cetățenii localităților afectate și prevenirea altor conflicte motivate de ură rasială.

Trebuie să menționăm faptul că intervențiile post-conflict aveau două obiective principale, respectiv, pe termen scurt, asigurarea păcii sociale la nivel comunitar și prevenirea escaladării conflictelor motivate de ură rasială, iar pe termen mediu și lung, identificarea de soluții care să contribuie la îmbunătățirea situației membrilor comunităților cu romi, comunități care se confruntau cu fenomenul sărăciei severe, fenomen care avea strânsă legătură cu cauzele care au determinat situațiile conflictuale la nivel local. Astfel, reprezentanții instituțiilor statului, alături de reprezentanții asociațiilor neguvernamentale ale romilor, se reuniau în grupuri de lucru la nivelul localităților afectate de conflictele inter-etnice și, împreună, încercau să găsească soluții și să planifice acțiuni care să contribuie la prevenirea situațiilor care ar putea degenera în conflicte inter-etnice locale.

Dacă din perspectiva asigurării păcii sociale la nivel local, autoritățile competente (poliția și jandarmeria) interveneau și implementau activități specifice care determină descurajarea acțiunilor și comportamentul populației majoritare de săvârși acte de violență împotriva romilor, din perspectiva dezvoltării comunitare procesul a fost mult mai complex, factorii interesați și implicați în proces făcând eforturi foarte mari pentru a realiza strategii locale de intervenție și de a atrage resurse financiare necesare pentru implementarea activităților planificate.

Primele inițiative în domeniul medierii sanitare au apărut în anul 1993, în localitatea Mihail Kogalniceanu din jud. Constanța, ca parte din procesul de reparare a prejudiciului moral adresat comunității cu romi din localitate. În seara zilei de 9 octombrie 1990, ca urmare a unui conflict¹ spontan apărut între un cetățean român și un grup de etnici romi, soldat cu agresarea și rănirea cetățeanului român, se bat clopotele la biserică, câteva sute de localnici se strâng în centrul localității și hotărăsc să îi izgonească pe romi din localitate și să distrugă prin incendiere toate casele acestora. Ca urmare a acestei acțiuni a populației majoritare, 25 de case aparținând romilor sunt incendiate și alte opt sunt distruse, 200 de persoane de etnie romă rămân fără adăpost, 26 de persoane de etnie romă sunt rănite prin agresiune directă sau victime ale incendiilor (dintre care 9 în stare foarte gravă), restul populației de etnie romă fugind din localitate de

¹ <https://www.g4media.ro/istoria-conflictelor-interetnice-din-anii-90-sute-de-case-distruse-si-populatii-stramutate-in-localitati-in-care-romanii-si-maghiarii-s-au-ridicat-impotriva-romilor.html>

furia localnicilor dezlanțuiți. După intervenția imediată a organelor abilitate (politici și jandarmerie) care a determinat stingerea conflictului, reprezentanții organizațiilor romilor împreună cu autoritățile locale și alți factori interesați, au demarat un proces de dezvoltare comunitară adresat comunității cu romi. Procesul de dezvoltare comunitară avea ca obiectiv, pe de o parte, reconstrucția caselor distruse, iar pe de altă parte îmbunătățirea situației membrilor comunității cu romi din perspectiva socială, economică, educațională și a stării de sănătate.

Ca orice proces de dezvoltare comunitară, la nivelul localității Mihail Kogalniceanu din jud. Constanta, în prima fază a procesului, activiștii romi implicați în grupul de lucru au realizat o diagnoză a comunității cu romi pentru a identifica problemele care afectează viața membrilor comunității și care necesită intervenție. În domeniul sănătății, activiștii au constatat faptul că nici un copil din comunitate, cu vârsta 0-3 ani, nu era vaccinat, romii erau reticenți la schema de vaccinare obligatorie și nu permiteau accesul echipelor medicale în locuința pentru efectuarea actului de vaccinare (în acea perioadă echipele medicale se deplasau la domiciliul copilului și efectuau schema de vaccinare obligatorie), femeile romi nu aveau cunoștințe în domeniul prevenirii sarcinilor nedorite și practicau avortul la domiciliu fără ajutorul unui medic specialist, nu aveau educație sanitară și nici cunoștințe minime cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor, număr mare de persoane de etnie romă care erau diagnosticate cu diferite boli (cardio-vasculare, diabet, boli respiratorii, hepatite, s.a) și care nu urmau nici o schema de tratament, adresabilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale din localitate erau foarte scăzute, pe de o parte, datorită atitudinii discriminatorii manifestate de personalul medical față de pacienții romi și, pe de altă parte, datorită neîncrederii manifestate de romi față de echipa medicală².

Pentru a aborda problemele legate de neîncredere și comunicarea dintre romi și cadrele medicale locale, una dintre soluțiile agreeate de comun acord de membrii grupului de lucru responsabil de realizarea planului de dezvoltare comunitară a fost aceea de a identifica o femeie din comunitatea cu romi, agreeată atât de către membrii comunității cât și de cadrele medicale, care să faciliteze accesul romilor la serviciile de sănătate locale și care să asigure comunicarea bi-direcțională dintre romi și cadrele medicale. Cu suportul societății civile romi care a participat la procesul de reconstrucție a relațiilor de conviețuire pașnică la nivel local, a fost angajată o femeie romă care a activat mai bine de 2 ani în poziția de educator sanitar, desfășurând activități în domeniul educației pentru sănătate, contribuind astfel la creșterea nivelului de educație sanitară în rândul romilor, creșterea ratei de vaccinare în rândul copiilor romi și creșterea accesului romilor la serviciile medicale primare.

Practic, printr-un dialog deschis purtat de activiștii romi și reprezentanții autorităților locale din localitățile afectate de conflictele inter-etnice, au fost găsite soluții pertinente la problemele care au generat situațiile neplăcute care au afectat membrii comunităților cu romi și astfel au fost create și premisele activității de mediere sanitară.

1.2. SCURT ISTORIC AL PROGRAMULUI DE MEDIERE SANITARĂ PENTRU COMUNITĂȚILE CU ROMI

Așa cum am menționat și mai sus, primele inițiative în domeniul medierii sanitare au fost implementate în perioada 1993-1995 în localitatea Mihail Kogalniceanu, jud. Constanta, ca parte din procesul de reparare a prejudiciului adus membrilor comunităților cu romi afectate de conflictul inter-etnic desfășurat în anul 1990.

În perioada de desfășurare a proiectului din localitatea Mihail Kogalniceanu, organizația Romani CRISS – Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii - a monitorizat tot procesul derulat la nivel local și a constatat importanța și eficiența activității educatorului sanitar în procesul de facilitare a comunicării dintre membrii comunității cu romi și cadrele medicale și în procesul de facilitare a accesului romilor la serviciile de sănătate.

Bazat pe această experiență, în perioada 1996-1998, Romani CRISS, în parteneriat cu asociația Equilibre din Franța au implementat un proiect finanțat din fonduri europene prin care și-au propus instruirea unui

² Daniel Radulescu, *Intre proiectare si necesitate: Evaluarea impactului politicilor publice pentru romi in domeniul sănătății*, SNSPA, 2014, pag. 153-156

număr de 10 femei rome pentru a deveni educatori de sănătate și pentru a activa la nivel comunitar în vederea îmbunătățirii accesului romilor la serviciile de sănătate și facilitării comunicării dintre populația de etnie romă și cadrele medicale. În această perioadă, deoarece nu existau cursuri de formare profesională în domeniul educator pentru sănătate, femeile rome participante în program au fost instruite și calificate în meseria *de infirmier*, acestea activând ulterior la nivel local, pe lângă cabinetele medicale, doar pe perioada de desfășurare a proiectului, fiind plătite de asociația Romani CRISS.

Dezvoltarea inițiativei de mediere sanitară a început propriu-zis în anul 1998, perioadă în care, România, ca stat aspirant la statutul de membru UE, la recomandarea raporturilor europene, a demarat un proces amplu de consultare cu membrii G.L.A.R.³ în vederea realizării unei strategii naționale în domeniul îmbunătățirii situației romilor.

Începând cu anul 1998, bazat pe lecțiile învățate în proiectele anterioare, organizația Romani CRISS, cu suportul financiar al fundației CCFD din Franța, a demarat procesul de dezvoltare și instituționalizare a activității de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi.

În prima fază, respectiv martie 1998 - februarie 2000, proiectul gestionat de Romani CRISS s-a derulat în 5 localități din România (Stefanesti-Botosani, Temelia-Bacau, Slobozia-Ialomita, Ploiesti-Prahova și Sf. Gheorghe-Covasna). În cadrul proiectului au fost implicate un număr de 7 persoane (6 femei și un barbat) care au activat la nivel comunitar și au desfășurat activități de mediere socio-sanitară. În această etapă, bazat pe activitatea celor 7 mediatori, echipa de coordonare a proiectului a dezvoltat fișa de post a mediatorului socio-sanitar din perspectiva nevoilor membrilor comunității. Tot în acesta perioadă, coordonatorul proiectului, în calitate de expert delegat de Romani CRISS în G.L.A.R a fost implicat în activitatea de negociere cu echipa Guvernului României în vederea stabilirii direcțiilor de acțiune în domeniul sănătății, direcții ce urmau a fi adăugate în documentul strategic al Guvernului României ce viza îmbunătățirea situației romilor. În cadrul sesiunilor de lucru, expertul Romani CRISS a prezentat activitatea derulată în domeniul sănătății romilor prin intermediul mediatorilor socio-sanitari și pe baza rezultatelor obținute la nivel comunitar, activitatea de mediere sanitară a devenit un domeniul prioritar în procesul de planificare a măsurilor ce vizau îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate. În această etapă, având în vedere nevoile comunităților cu romi și temele de educație pentru sanătate adresate în mod special femeilor, s-a constatat ca activitatea de mediere sanitară nu poate fi derulată de către un mediator barbat, la acel moment. Valorile culturale ale comunităților cu romi nu au permis interacțiunea dintre un mediator barbat și femeile din comunitate, acest tip de relație fiind considerată de către membrii comunității ca fiind imorală⁴, "*lajau*" = rușine (trad. din limba romani)

În faza a doua a proiectului, respectiv martie 2000 – februarie 2002, echipa Romani CRISS a continuat procesul de dezvoltare a activității de mediere sanitară lucrând în aceleași comunități însă având o altă abordare, respectiv a dezvoltat fișa de post a mediatorului sanitar și din perspectiva nevoilor autorităților locale și a personalului medical. În luna aprilie 2001, Guvernul României aproba prin HG 430/2001, strategia de îmbunătățire a situației romilor care, la capitolul D. Sanătate⁵, prevedea ca direcții principale de acțiune instituționalizarea sistemului de mediatori sanitari și formarea de mediatori sanitari, asistenți medicali și medici din cadrul comunităților de romi. Pornind la prevederile acestui document adoptat prin hotărâre de guvern și luând în considerare acordul de parteneriat semnat între Romani CRISS, Ministerul Sănătății și OSCE/ODIHR – Punctul de Contact pentru Romi și Sinti, începând cu luna septembrie 2001, Romani CRISS demarează o campanie amplă de advocacy în vederea instituționalizării activității de mediere sanitară și multiplicarea programului la scară națională. Astfel, în perioada septembrie – noiembrie 2001, Romani CRISS realizează documentația introducerii în COR (Codul Ocupațiilor din România) a meseriei de **mediator sanitar**. Ca urmare a acestui demers, în luna noiembrie 2001, Ministerul Muncii aproba includerea în COR a meseriei de mediator sanitar, cod COR 532901, grupa de bază ce

³ Asociațiile romilor din România s-au constituit în Grupul de Lucru al Asociațiilor Romilor (G.L.A.R) care a fost partenerul Guvernului României în procesul de realizare a primei strategii guvernamentale pentru romi, respectiv HG 430/2001.

⁴ În cultura romilor, femeia nu discuta cu un alt barbat despre problemele ei de sanătate sau subiecte legate de sanătate reproducere, în special dacă acesta este din aceeași comunitate. În plus, barbatii din comunitate nu accepta ca un alt barbat din aceeași comunitate să interacționeze cu femeile lor.

⁵ HOTĂRÂRE nr. 430 din 25 aprilie 2001 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor, capitolul D. Sanătate

cuprinde personalul de îngrijire din domeniul sănătății neclasificat în alta parte în grupa minora 532 - Personal de îngrijire în domeniul sănătății. După includerea în COR a meseriei de mediator sanitar, Romani CRISS realizează curricula de formare a mediatorilor sanitari, realizează ghidul mediatorului sanitar și organizează primele cursuri de formare în domeniul medierii sanitare. În perioada martie – iulie 2002, în baza acordului de parteneriat semnat cu Ministerul Sănătății, Romani CRISS instruieste un număr de 86 mediatori sanitar, cursuri organizate cu susținere financiară CCFD și OSCE/ODIHR.

Una dintre cele mai importante etape în procesul de dezvoltare a activității de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi a reprezentat-o preluarea inițiativei de către Ministerul Sănătății și multiplicarea acesteia la nivel național. Având la baza temeiul legal menționat în Hotărârea Guvernului nr. 430/2001 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor, capitolul D. Sanatate, în luna august 2002, Ministrul Sănătății și Familiei emite Ordinul 619/2002⁶ pentru aprobarea funcționării ocupației de **mediator sanitar** și a *Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari*.

Conform anexei 1 a Ordinului 619/2002, pentru anul 2002 au fost prevăzute un număr de 166 de posturi la nivel național pentru mediatorii sanitari/mediatoare sanitare. Însă, având în vedere faptul că, la nivelul lunii iulie 2002, erau instruite de către Romani CRISS un număr de 86 de persoane care erau pregătite să devină angajatele Ministerului Sănătății și Familiei prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene, începând cu luna septembrie 2002, principala provocare a organizației Romani CRISS, susținută de Ministerul Sănătății și Familiei, a fost selectarea persoanelor care să devină meditoare sanitare/mediatori sanitari, formarea acestora și asigurarea asistenței tehnice în vederea angajării acestora, în conformitate cu metodologia menționată în Ordinul 619/2002.

Instruirea mediatoarelor sanitare/mediatorilor sanitari a constituit o provocare pentru programul gestionat de Ministerul Sănătății. Din păcate, la nivelul anului 2002, meseria de mediator sanitar, inclusă în COR în 2001, nu avea un standard ocupațional, iar CNFPA (Centrul Național de Formare Profesională a Adultilor) nu putea să acrediteze un furnizor de formare profesională care să organizeze cursuri de calificare și să elibereze diplome de calificare în domeniul medierii sanitare. Având în vedere necesitatea ocupării pozițiilor vacante din anexa 1 a Ordinului 619/2002, Ministerul Sănătății a agreeat ca instruirea mediatorilor sanitari să fie asigurată de formatorii Romani CRISS iar organizarea administrativă a cursurilor să fie organizate la nivel județean de către Direcțiile de Sănătate Publică. S-a agreeat o formulă mai simplă de formare, anume organizarea de cursuri de formare inițială, pe durata a 4 zile de instruire, organizate la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică și susținute de formatorii Romani CRISS, precum și organizarea de cursuri de instruire continuă, organizate de Direcțiile de Sănătate Publică cu tematică din domeniul sanitar. Această formulă de lucru s-a menținut până în anul 2007, când Romani CRISS a realizat **standardul ocupațional al mediatorului sanitar**. Din perspectiva instruirii, în perioada 2002-2007, formatorii Romani CRISS au organizat cursuri de instruire de bază în meseria de mediator sanitar, la care au participat peste 2000 de femei romi. În ceea ce privește angajarea mediatorilor sanitari, în perioada 2002-2007, numărul acestora a crescut anual, ajungând la finalul anului 2007 la numărul de 788 persoane înregistrate în baza de date a Ministerului Sănătății⁷.

Anul 2007 a reprezentat apogeul programului de mediere sanitară din perspectiva numărului de meditoare sanitare angajate în sistemul Ministerului Sănătății și care livrau servicii la nivelul comunităților cu romi, coordonați direct de către Direcțiile de Sănătate Publică. Însă, în același timp, anul 2007 a reprezentat și anul schimbărilor în programul de asistență medicală comunitară.

În acesta perioadă, conform Programul Național de Dezvoltare (PND) pentru perioada 2007-2013, România și-a stabilit 6 obiective majore printre care și transferul unui ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale. Având în vedere acest obiectiv, la începutul anului 2008, Ministerul Sănătății demarează procesul de realizare a Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate care prevede, printre altele, și transferul de atribuții

⁶ ORDIN nr. 619 din 14 august 2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002, emis de Ministerul Sănătății și Familiei, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 655 din 3.09.2002.

⁷ Daniel Radulescu, *Programul de mediere sanitară între necesitate și inovatie*, Revista Perspective Politice, 2012, pag.100-106

și competențe exercitate de Ministerul Sănătății în domeniul asistenței medicale comunitare către autoritățile administrației publice locale.

Propunerea de transfer a mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare către administrația publică locală a fost analizată în cadrul sedințelor membrilor Comisiei Ministeriale pentru Romi, însă decidenții nu au ținut cont de recomandările experților și au continuat procesul de transfer fără o analiză a capacității APL de a gestiona programul de asistență medicală comunitară, fără o pregătire prealabilă a APL de a asigura coordonarea administrativă a personalului din programul de asistență medicală comunitară și fără pregătirea unor norme metodologice care să clarifice rolurile de coordonare a echipelor AMC de către APL și DSP Județene.

În luna noiembrie 2008, Guvernul României aproba *Ordonanța de urgență nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale*, care prevede la Capitolul II – Asistență medicală comunitară, transferul asistentului medical comunitar și a mediatorului sanitar către autoritatea publică locală, în cadrul serviciului public de asistență socială sau aparatului de specialitate al primarului.

Trebuie să menționăm faptul că în această primă formă a OG 162/2008, se menționează faptul că salarizarea categoriilor profesionale încadrate în asistență medicală comunitară se suportă din bugetul local, potrivit legii. Această prevedere din textul de lege a afectat foarte mult procesul de transfer al mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare și asistenților medicali comunitari către autoritatea locală. Lipsa resurselor financiare la bugetul local a determinat reprezentanții autorităților locale să refuze preluarea personalului din programul de asistență medicală comunitară. Chiar dacă în protocolul de preluare realizat de Ministerul Sănătății se menționa faptul că finanțarea activității asistenței medicale comunitare se suportă din bugetul Ministerului Sănătății și chiar dacă prin Hotărârea nr. 56/2009 pentru aprobarea *Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008* se menționează faptul că *finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari se suportă, potrivit legii, de la bugetul local, din sumele transferate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății*, în continuare autoritățile locale au refuzat preluarea, multe dintre mediatoarele sanitare continuând să își desfășoare activitatea la nivel comunitar în regim de voluntariat.

Organizațiile civice ale romilor, împreună cu Agenția Națională pentru Romi – Guvernul României, au încercat să identifice care sunt cauzele care determină reprezentanții APL să nu preia mediatorii sanitari și au constatat că o mare parte dintre reprezentanții autorităților locale au refuzat preluarea mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare deoarece nu aveau siguranța că Ministerul Sănătății va asigura sustenabilitatea financiară a salariilor, iar în unele cazuri, autoritatea locală nu a înțeles rolul acestor mediatorii sanitari/mediatoare sanitare și de ce trebuie să fie preluați de autoritatea locală pentru că nu a existat o metodologie foarte clară de predare a mediatorilor sanitari către autoritatea locală.

În luna martie 2010, într-un raport al Agenției Naționale pentru Romi, se menționează faptul că, în programul de asistență medicală comunitară preluat de către autoritățile locale și coordonat metodologic de Ministerul Sănătății prin DSP Județene erau activi un număr de 208 mediatorii sanitari, dintre care 103 preluați conform protocolului încheiat cu Ministerul Sănătății (cu un statut fragil în organigrama APL) și 105 persoane nou angajate, fără o pregătire prealabilă sau activitate anterioară în domeniul medierii sanitare, persoane care nu respectau condițiile minime menționate în Ordinul 619/2002 pentru a activa în domeniul medierii sanitare.⁸

Conștienți de riscul denaturării activității specifice de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi, experți din societatea civilă romă și pro-romă au demarat în anul 2009 o campanie amplă de conștientizare a factorilor de decizie cu privire la necesitatea de a consolida activitatea de mediere sanitară, astfel încât să se asigure sustenabilitatea activității în beneficiul membrilor comunităților cu romi și atingerea Țintelor asumate în cadrul strategiilor guvernamentale în domeniul incluziunii romilor. Trebuie să menționăm faptul că studiile, cercetările și analizele realizate în domeniul medierii sanitare până în anul 2009, scoteau în evidență activitatea de mediere sanitară ca fiind o practică pozitivă dezvoltată de Ministerul Sănătății în parteneriat cu societatea civilă romă și, totodată, o practică eficientă în procesul de îmbunătățire a

⁸ Daniel Radulescu, *Programul de mediere sanitară între necesitate și inovatie*, Revista Perspective Politice, 2012, pag.100-106

accesului romilor la serviciile de sănătate publică, deziderat al tuturor documentelor strategice în domeniul incluziunii romilor.

Începând cu anul 2009, odată cu aplicarea normelor OUG nr. 162 din 12 noiembrie 2008, privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale, în contextul dezvoltării programului de asistență medicală comunitară și conștienți de necesitatea dezvoltării capacității echipelor de asistență medicală comunitară pentru a oferi servicii persoanelor vulnerabile de la nivelul comunităților locale, inclusiv romi, activitatea de mediere sanitară a redevenit un punct de interes pe agenda de lucru a autorităților competente și a experților implicați în procesul de dezvoltare a legislației naționale în domeniul asistenței medicale comunitare.

1.3. ÎNCADRAREA INTERVENȚIEI DE MEDIERE SANITARĂ ÎN PROGRAMUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ⁹

Programul de asistență medicală comunitară a început să se dezvolte în România începând cu anul 1997, ca un răspuns la efectele adverse ale aplicării reformei asistenței medicale primare. Prin reformă asistenței medicale primare s-a transferat către noul furnizor de asistență medicală primară (medicul de familie) responsabilitatea sănătății membrilor comunității. Profesii precum medicul generalist, medicul pediatru, medicul școlar, moașa, asistentul școlar, asistență de igiena și asistență de ocrotire, care asigurau serviciile medicale de la nivelul comunității, au dispărut treptat.

Timp de un deceniu, disparitățile urban-rural în accesul la servicii de sănătate s-au accentuat, educația pentru sănătate și serviciile preventive s-au redus semnificativ, devenind o problemă de sănătate publică, conform indicatorilor stării de sănătate, în particular sănătatea femeii și copilului. Principalele efecte adverse ale reformei asistenței medicale primare care au determinat necesitatea intervenției de asistență medicală comunitară au fost: *număr mare de persoane neînscrise pe lista medicilor de familie, acces dificil la servicii de sănătate inclusiv preventive; activitatea medicului de familie centrată pe consultațiile în cabinet, cu participare foarte slabă la servicii în comunitate, la domiciliul pacienților.*

Pornind de la aceste considerente și luând în considerare și faptul că personalul care lucra în dispensarele medicale (asistente de ocrotire/comunitare și asistente de obstetrică-ginecologie/moase) și care ofereau servicii în comunitate nu aveau un statut juridic clar în noua reformă, în anul 1999, prin adresa cu nr. 3570/27.10.1999, specialiștii Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului - IOMC (Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului - noua titulatură), institut țe subordonată Ministerului Sănătății și Forumul metodologic în domeniul sănătății mamei și copilului, au sesizat Ministerul Sănătății asupra nevoii de a clarifica statutul juridic al acestor poziții importante pentru membrii comunităților locale, în special cei vulnerabili, și au propus implementarea unui program național de dezvoltare a rețelei de asistență medicală comunitară.

În anul 2001, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului a reușit să inițieze Programul Național de dezvoltare a rețelei de Asistență Medicală Comunitară și Mediere Sanitară pentru Comunitățile de Romi, în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei al Ministerului Sănătății, cu scopul declarat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și vulnerabile, din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază. Programul a fost gândit cu scopul de a dezvolta servicii integrate comunitare, prin implementarea serviciilor de asistență medicală comunitară și mediere sanitară pentru comunitățile de romi, ca parte integrată a altor servicii comunitare existente (ex. serviciile de asistență socială comunitară).

În contextul în care reforma serviciilor de sănătate a determinat un acces dificil la servicii de sănătate curative și preventive pentru populația vulnerabilă, în special din mediul rural, programul de asistență medicală comunitară a reprezentat o necesitate pentru membrii comunităților vulnerabile din România. În rândul acestei categorii de populație vulnerabilă se regăseau și o parte însemnată dintre membrii comunităților cu romi care, pe lângă barierele formale de acces la serviciile de sănătate (lipsa calității de asigurat medical necesară înscrierii pe listele unui medic de familie, s.a), se confruntau și cu bariere

⁹ Material realizat cu suportul dnei Prof. Luminita Marcu și al d-lui Prof.Dr. Alin Stanescu, specialiști în asistența medicală primară, inițiatorii programului de asistență medicală comunitară și mediere sanitară gestionat de IOMC.

culturale (limba, port tradițional, educație, prejudecăți/stereotipuri, discriminare din partea cadrelor medicale).

Trebuie să menționăm faptul că atenția oferită de Guvernul României procesului de îmbunătățire a situației romilor, proces demarat încă din anul 1998, a constituit o oportunitate pentru dezvoltarea inițiativei de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi și includerea acestora în Programul Național de dezvoltare a rețelei de Asistență Medicală Comunitară și Mediere Sanitară pentru Comunitățile de Romi inițiat de IOMC.

Reprezentanții Ministerului Sănătății, membrii în grupul de lucru al Guvernului României responsabil pentru elaborarea strategiei naționale pentru îmbunătățirea situației romilor, au conștientizat că mediatorea sanitară/mediatorul sanitar poate să aducă un plus valoare programului de asistență medicală comunitară și să sprijine activitatea asistenței medicale comunitare sau a personalului medical de la nivel comunitar în procesul de relaționare cu membrii comunităților vulnerabile cu romi, cu scopul creșterii accesului populației de etnie romă la serviciile de sănătate de bază.

Asistenții medicali comunitari, fiind cadre medicale, aveau un rol deosebit de important în supravegherea activă a stării de sănătate a populației dintr-o zonă arondată, în principal a populației neînscrise la medicul de familie, contribuind astfel la cunoașterea stării de sănătate a populației și implicit la implementarea programelor și măsurilor profilactice și curative dispuse de autoritățile competente.

În comunitățile cu romi, în special cele tradiționale, accesul asistenței medicale comunitare sau a echipelor medicale era foarte limitat deoarece existau aceste bariere culturale care determină o atitudine ostilă din ambele părți. Bazat pe experiențele pozitive în domeniul medierii sanitare documentate de echipa Romani CRISS și având în vedere scopul asumat de creștere a accesului populației, în special a populației sărace și vulnerabile, din mediul rural, la serviciile de sănătate de bază, programul gestionat de Ministerul Sănătății a inclus și activitatea de mediere sanitară pentru comunitățile cu romi, activitate recunoscută prin Ordinul 619/2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari¹⁰.

De asemenea, programul a fost gândit ca mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare, nefiind cadre medicale, să lucreze în echipă cu asistenții medicali comunitari, cei dintâi având responsabilitatea facilitării comunicării între comunitățile de romi și personalul medical, contribuind astfel la creșterea adresabilității și accesibilității romilor la serviciile medico-sociale, preventive și curative, informarea, educarea și consilierea populației romă asupra structurii și funcționării sistemului sanitar și a sistemului asigurărilor de sănătate, precum și creșterea nivelului de educație pentru sănătate în rândul populației de etnie romă în vederea prevenirii îmbolnăvirilor.

Implementarea acestui program pilot a început efectiv în anul 2002, în 7 județe pilot și 2 sectoare din București, ulterior acesta extinzându-se la nivel național, numărând în anul 2007 peste 1300 asistenți medicali comunitari și peste 700 mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare pentru comunitățile cu romi, personal angajat și coordonat de Ministerul Sănătății prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene și cu activitate la nivelul comunităților vulnerabile.

Chiar dacă, inițial, programul de asistență medicală comunitară și mediere sanitară pentru comunitățile cu romi pare să delimiteze cele două poziții în activitatea la nivel comunitar, respectiv asistentul medical comunitar era perceput ca fiind responsabil pentru activitatea cu beneficiarii neromi iar mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară era percepută ca fiind responsabilă pentru activitățile derulate doar în comunitatea cu romi, prin procesul de coordonare metodologică la nivelul DSP Județene și prin cursurile de formare organizate atât pentru mediatoarele sanitare cât și pentru asistentele medicale comunitare, permanent s-a promovat lucrul în echipă și s-a asigurat complementaritatea activității celor două poziții din echipa comunitară, ambele poziții având același scop și anume creșterea accesului populației, în special a populației sărace și vulnerabile, din mediul rural, la serviciile de sănătate și creșterea nivelului de educație pentru sănătate în rândul populației vulnerabile în vederea prevenirii îmbolnăvirilor.

¹⁰ Conform Ordin 619/2002, dezvoltarea sistemului de mediatorii sanitari comunitari pentru comunitățile cu romi reprezenta obiectivul 2 al intervenției 12 - Promovarea sănătății femeii și copilului la nivel comunitar din Programul de sănătate a copilului și familiei, implementat de Ministerul Sănătății.

În prezent, conform legislației în domeniul asistenței medicale comunitare, în comunitățile locale care au în componență un număr de peste 500 persoane de etnie romă, în echipa de asistență medicală comunitară se regăsește și mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, prin munca pe care o desfășoară alături de asistenta medicală comunitară și alte categorii profesionale în raport cu nevoile de sănătate ale comunității, contribuie la creșterea accesului populației, în special a persoanelor și grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate centrate pe prevenție și diminuarea diferențelor stării de sănătate la nivelul comunităților și între comunități.

CAPITOLUL 2 - ASPECTE PRIVIND DIVERSITATEA COMUNITĂȚILOR CU ROMI DESERVITE DE MEDIATOARELE SANITARE.

Autor: Dr. Mariana Sandu

2.1. ASPECTE GENERALE PRIVIND DIVERSITATEA COMUNITĂȚILOR CU ROMI

Dezvoltarea societății a adus de-a lungul timpului în prim plan noi seturi de valori pe diferite domenii, acestea devenind curând modele de progres social, economic sau cultural. Toate aceste seturi de valori vizează omul, individul, care le poate internaliza în funcție de contextul social în care trăiește.

Dacă omul trăiește într-un mediu propice dezvoltării și educația lui a contribuit la această dezvoltare, aceasta va avea un nivel de trai considerat ”dezirabil” în societate. Dacă, însă, acesta trăiește într-un mediu neprielnic, cu diferite tipuri de bariere sociale și economice, iar educația nu este una adecvată, acea persoană devine o persoană vulnerabilă. Problemele cu care această persoană se confruntă devin în timp factori modelatori ai respectivei persoane, iar societatea îi poate răspunde cu diferite tipuri de atitudini. Problemele individuale pot fi însă ale unei întregi comunități și atunci o problemă individuală devine o problemă a societății și pentru rezolvarea ei e nevoie de un plan de măsuri sau de acțiuni care să poată duce la rezolvarea ei parțială sau totală.

Într-un astfel de context al vulnerabilității unor comunități de romi a apărut activitatea de mediere sanitară, activitate care a trebuit adaptată de-a lungul timpului cerințelor comunităților aflate în nevoie sau cerințelor individuale ale unor membri din comunitate care se confruntau cu probleme de sănătate, ce puteau deveni probleme de sănătate publică la nivel de comunitate.

O stare de sănătate bună pentru individ, familie, comunitate și accesul la îngrijire medicală sunt principalele obiective ale activității de mediere sanitară.

De-a lungul istoriei, etnicii romi au fost considerați deseori persoane de ”rasă inferioară”, nefiind considerați factori ai progresului social, ci dimpotrivă. Cu toate acestea, progresul, dinamica societății, adoptarea uneori instrumente internaționale ce vizau eliminarea tuturor formelor de discriminare, au condus la dorința de a fi valorizată fiecare persoană în cadrul unei societăți și de a se ”asigura condiții pentru garantarea de șanse egale pentru etnicii romi, în vederea atingerii unui standard decent de viață”.

Apariția mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, persoană care să sprijine cu adevărat, într-o comunitate, accesul la îngrijirea medicală a persoanelor de etnie romă, a avut la bază gândirea potrivit căreia romii trebuie priviți nu doar ca niște indivizi aflați în nevoie și cu care se intră în contact cu dificultate, ci ca persoane cu nevoi fizice și sociale, dar mai ales emoționale și spirituale, generate de mediul de trai, de trecutul lor socio-economic, de cutumele și valorile care le conduc modul de viață. Astfel, manifestările lor, reacțiile lor, stabilirea relațiilor interumane, comunicarea cu ei pot fi optim înțelese de o persoană care face parte din același grup și care poate media această relație pentru populația de contact, în așa fel încât, atât persoana de etnie romă aflată în nevoie, cât și cadrul medical cu care se intră în contact, să relaționeze adecvat.

Sprijinul oferit de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară cadrelor medicale și persoanelor din comunități este unul extrem de important, acesta oferind în situații concrete soluții concrete. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, fiind familiarizat/ă cu aspecte din viața individului, familiei sau comunității în care își desfășoară activitatea, poate înțelege reacțiile diferite ale persoanelor în anumite situații și poate propune soluții de mediere care conduc în final la o armonizare de relații, la acceptarea procedurilor, tratamentului, sfaturilor cadrelor medicale, etnicul rom simțindu-se în același timp respectat și înțeles conform propriilor sale valori culturale.

Faptul că unele cadre medicale consideră că unele grupuri de romi trăiesc într-o realitate a lor și nu se adaptează normelor societății în care trăiesc, demonstrează clar că aceste cadre medicale, urmare statutului socio-profesional dobândit, nu vor să cunoască și realitatea în care trăiesc persoane de pe paliere sociale diferite de ale lor sau ”nu-și pierde timpul” cu astfel de persoane, chiar dacă și acestea ar avea dreptul la același îngrijiri și servicii medicale oferite în mod frecvent pacienților ”dezirabili”.

Raportându-ne la cele 18 grupuri de romi din România, putem afirma că diversitatea acestora se regăsește mai ales în ceea ce privește aspectele culturale ale grupului de bază, dar și în statutul social, în cel educațional sau în cel profesional. Contextele sociale în care aceștia au trăit, zonele geografice, familia, limba, portul, activitatea desfășurată, limitările umane ale unora dintre ei, relațiile dezvoltate cu populațiile de contact, au condus la ceea ce ei au devenit în timp. Socializarea, internalizarea propriilor valori, asimilarea valorilor populațiilor de contact, modificarea comportamentelor în funcție de valorile internalizate sau asimilate, relațiile informaționale cu lumea externă grupului lor, permanentă interacțiune cu mediul înconjurător, toate acestea sunt elemente care au contribuit la formarea acestor indivizi, iar cunoașterea lor poate fi atribuită în mod expres doar unei persoane care face parte din mijlocul lor și care empatizează cu repectivul grup, respectiv mediatorul sanitar/mediatoarea sanitarărom.

2.2. CE TREBUIE SA ȘTIM ATUNCI CAND LUCRĂM ÎN COMUNITĂȚI TRADIȚIONALE ?

Raportandu-ne la activitățile pe care mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare trebuie să le desfășoare în comunitățile deservite, vom încerca să descriem abordările optime ale anumitor neamuri de romi în anumite condiții date.

Astfel, în cazul activității de catagrafiere, activitatea care se bazează pe cuvântul ”a înregistra”, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară rom/ă este singur/a în măsură să o realizeze deoarece el/ea este singura persoană în care comunitatea poate avea încrederea că datele solicitate nu au alt scop decât cel declarat, respectiv de cunoaștere a fiecărei persoane din comunitate și a istoricului său medico-social, date care, ulterior, pot fi utilizate în caz de necesitate socio- medicală, doar în acest scop.

Așa cum se cunoaște, în mentalul colectiv al etnicilor romi, încă există” povestea” recensământului realizat de autoritățile române în anul 1942 pentru a deporta populația romă din România în Transnistria., urmare politicilor eugeniste. Ca urmare, a răspunde la întrebări care conduc la identificarea ca persoană și la cunoașterea tuturor caracteristicilor sociale și medicale ale respectivei persoane, determină reticență din partea oricărui individ chestionat și mai ales din partea unei persoane de etnie romă, din neamul romilor tradiționali, care cunoaște istoria traumatizantă cu care s-a confruntat poate chiar propria sa familie, urmare ”înregistrării” din cadrul recensământului amintit.

Catagrafierea trebuie realizată de către mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în curtea/locuința persoanei respective doar dacă mediatorul/mediatoarea este invitat/ă să intre, stabilește o relație de încredere cu respectiva persoană din momentul salutului, eventual vorbind în limba români, asigurând persoana că datele colectate sunt și vor rămâne confidențiale.

În cazul populației de romi tradiționali (căldărari, ciurari, lăieți, spoitori, romi-ungrii, cărămidari, argintari, gabori, ursari), discuția trebuie purtată la început cu capul familiei, cel mai în vârstă dintre bărbații casei, care își dă acordul cu privire la catagrafiere familiei sale și apoi, pentru chestiunile legate de statutul social și medical poate sa-și lase soția să continue acest dialog cu mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară sau să participe el însuși la întreaga discuție. În cazul în care familiile prezintă reticență la discuția propusă, nu se insistă și doar după alte vizite legate strict de campaniile de Informare – Educare - Conștientizare, legate de sănătatea copiilor sau femeii, care se dovedesc eficiente, comunitatea fiind mulțumită de rezultate, respectiva familie poate fi abordată din nou și discuția poate avea loc în condiții de încredere. În cazul acestei activități, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are nevoie de anumite abilități de comunicare, de capacitatea de a pune întrebări protrivite și de a asculta răspunsurile celor intervievați, interpretându-le exact așa cum au fost transmise, nefăcând presupuneri.

Următoarea etapă de discuție cu persoanele/famiile catagrafiate trebuie să se raporteze la întocmirea unui plan de informare și comunicare privind diferite moduri de îngrijire medicală în vederea sprijinirii persoanelor aflate în nevoie, Astfel, discutând cu asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate propune persoanelor identificate cu probleme prioritare de sănătate o serie de măsuri concrete, cu termene clare, cu zile sau ore de vizită, stabilite de comun acord cu persoana afectată în vederea obținerii unor rezultate așteptate. În acest proces de îngrijire planificat, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va colabora cu familia persoanei afectate doar dacă aceasta își dă acceptul pentru implicarea membrilor familiei sau doar a anumitor membri.

Cea de a treia activitate care va conduce la creșterea încrederii invizilor sau comunității în mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este aceea de punere în aplicare a măsurilor din planul agreed. Astfel, vizitele împreună cu membrii echipei comunitare a persoanei afectate, informarea acesteia cu privire la fiecare proces medical pe care îl parcurge, fie cu asistentul medical comunitar, fie cu medicul de familie sau cu specialistul, comunicarea cu persoana afectată într-un limbaj simplu, liniștitor și optimist, promisiunea că este alături de ea până la finalizarea planului propus sunt etape care vor sta la baza exercitării în mod optim a activității de mediere sanitară în comunitate.

După finalizarea pașilor/măsurilor din planul de intervenție, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să evalueze răspunsul la planul de îngrijire a persoanei afectate, dacă aceasta se simte bine din punct de vedere emoțional, dacă a apreciat și a înțeles rolul și informațiile transmise de mediatoarea sanitară/mediatorul sanitar, dacă sprijinul primit a ajutat la remedierea problemelor socio-medicale ce fuseseră identificate, dacă se impune adăugarea unor noi pași la planul de intervenție, dacă rezultatele apărute sunt cele așteptate sau nu și dacă acea persoană poate sprijini activitatea mediatorului sanitar devenind agent de multiplicare a informației primite în rândul familiei lărgite sau a unei părți a comunității, înțelegând să promoveze faptul că procesele de îngrijire ale sănătății pot veni în comunitate de la cadre medicale care, prin profesionalismul lor și având alături mediatoarea sanitară/mediatorul sanitar, vin în sprijinul persoanelor aflate în nevoie.

Încrederea câștigată trebuie cultivată în comunitate deoarece, în acest mod, cât mai multe persoane vor ajunge la dorința de a înțelege și accepta planurile de îngrijire comunitară care conduc la însănătoșirea unor indivizi și la sănătatea comunității, la relații inter-comunitare adecvate, la relații amiabile cu autoritățile sanitare și la schimbarea comportamentelor sanogene.

În ceea ce privește facilitarea accesului la servicii de sănătate, la măsuri și acțiuni de asistență socială și alte măsuri de protecție socială și servicii integrate adecvate nevoilor identificate, de asemenea trebuie avut în vedere faptul că unii romi nu vorbesc cu ușurință despre subiecte tabu, cum ar fi "boala" sau "sărăcia". Teama de a fi etichetați, marginalizați sau de a le scădea prestigiul în comunitate, de a nu fi catalogați de comunitate drept "nevoiași", "betegi" sau "contagioși", din cauza faptului că în familie există persoane suferinde sau aflate în nevoie, fiind vizitați mai des de persoana medicalo-socială comunitară, există la foarte multe familii de romi. Acestea nu acceptă cu ușurință sfaturile privind accesarea serviciilor medicilor de familie, convinși fiind că imunitatea proverbială a romilor și credința în Dumnezeu, îi va ține sănătoși. Cei mai mulți dintre ei se tratează apelând la plante medicinale, descânțec și leacuri băbești verificate, care și-au dovedit eficacitatea timp de generații. Astfel, dialogul cu astfel de comunități este unul mai anevoios și necesită timp de ambele părți. Însă, dialogul e posibil atât timp cât nu se încearcă schimbarea radicală a credințelor acestor oameni, ci se acceptă treptat și cunoștințele lor despre anumite boli și se introduc cu răbdare și informații noi privind medicamentele, ajutorul medical, creșterea încrederii lor în servicii medicale profesionale. Aceleași informații venite de la alt tip de cadru medical pot fi respinse, mai ales dacă acesta nu încearcă să înțeleagă ce înseamnă pentru ei, în cazul bolii, "a merge pe calea bătută", respectiv faptul că prima lor alegere în cazul bolii este un "leac bănesc" și de abia apoi, pot accepta sau se pot încrede în eficiența unui tratament medical recomandat.

Introducerea și familiarizarea etnicilor romi cu mediul îngrijirilor de sănătate se poate face doar cu acordul lor și cu un dialog care să încadreze și să se raporteze la părți ale modului lor de viață.

Referindu-ne la cea mai importantă activitate a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, respectiv cea de informare a membrilor colectivității locale cu privire la menținerea unui stil de viață sănătos și organizarea unor sesiuni de educație pentru sănătate de grup, pentru promovarea unui stil de viață sănătos, sesiuni realizate împreună sau cu sprijinul asistentului medical comunitar și/sau moașei și cu personalul din cadrul serviciului de promovare a sănătății din cadrul direcțiilor de sănătate publică, vom încerca să explicăm importanța acestora pentru comunitate, mai ales datorită nevoii de informare a populației vulnerabile de romi, însă prin prisma așteptărilor acestora de la echipele comunitare, respectiv la transmiterea informației **încadrat în sistemul cultural al populației deservite.**

Astfel, în cazul în care se organizează, de exemplu, o *sesiune de informare – educare – conștientizare* cu privire la *bolile respiratorii*, informația transmisă nu poate fi una științifică "cu privire la procesul fiziologic și reacțiile de oxido-reducere ale oxigenului". Mediatoarea sanitară va face parte din echipa

comunitară tocmai pentru a traduce oamenilor simpli ce presupune o respirație eficientă și ce atrage după sine disfuncționalitatea respiratorie, ce înseamnă senzația de sufocare, teama, atacurile de panică, de ce e importantă aerisirea locuinței, de ce renunțarea la fumat "face bine plămânilor", de ce nu trebuie să ia antibiotic în cazul unor răceli obișnuite, de ce tusea sufocantă apare predominant noaptea, care pot fi complicațiile în cazul unor boli respiratorii etc.

Sesiunea poate avea succes dacă mediatoarele vor avea cu ele instrumente adecvate pentru a putea arăta oamenilor ce anume se spune prin vorbe. Filmulețele sau imaginile bine realizate, folosite în timpul sesiunii, vor face participanții să înțeleagă mai bine informațiile, să le vizualizeze.

Se pot folosi diferite jocuri educaționale, păpuși, imagini adecvate, însă trebuie să existe o mare atenție la cuvintele folosite. Nu se dau niciodată ca exemplu persoanele participante sau familiile lor, nu se arată o anumită manevră și nu se exemplifică niciodată pe participanți, toată informația trebuie să fie general valabilă, iar participanții trebuie doar să fie conștientizați că boala poate atinge pe oricine, dar că, totul poate avea rezolvare și însănătoșirea există, dacă se vor urma anumiți pași de îngrijire medicală corectă.

Sesiunile de IEC vor avea întotdeauna părțile lor de întrebări și răspunsuri. În cadrul acestora, dialogul cu participanții va include și informații despre comunitate și grupul de romi cărui i se adresează sesiunea și unii dintre aceștia vor înțelege informația și se vor gândi la modificarea unor lucruri din stilul lor de viață pentru a se proteja, alții își vor începe discursurile cu: "*aici, la noi.....lucrurile se întâmplă așa*" sau "*noi nu mergem la doctor - bărbat*", "*nu ne dezbrăcăm noi așa orișunde și în fața oricui, că la noi e mare rușine să pună oricine mâna pe tine*", concluzionând cu "*mai bine-I tot așa cum știm noi cu leacuri de-ale noastre*". În acest caz, e foarte importantă intervenția mediatorii sanitare care poate asigura femeile din comunitate că se pot identifica doctori-femei pentru ele, că nu e obligatoriu să fie atinse în mod nepotrivit în dreptul sânilor pentru radiografiile pulmonare, că noua aparatură, fiind mai performantă, ajută în acest sens, că mediatoarea are disponibilitatea de a le însoți la medicul specialist pentru un control medical și că ele sau copiii lor se pot simți în siguranță din acest punct de vedere.

Reticența de a se "dezbrăca la medic", nu are la bază doar rușinea, ci mai ales atingerea celui ce solicită controlul de către o persoană considerată străină și, în gândirea lor, "spurcată, murdară". Trebuie știut că romii consideră că partea de sus a corpului este considerată "pură", iar cea de jos "spurcată". Așa cum se poate observa la cei ce își poartă portul tradițional, cămășile și bluzele nu ating partea de jos a corpului. Ele se îmbracă deasupra pantalonilor și fustelor și se spală separat tocmai pentru a nu fi "spurcate".

Spurcăciunea este privită și din punct de vedere al presupuselor obiceiuri ale strănilor, respectiv ale personalului medical nerom, energiile presupus negative ale acestuia făcând persoanei mai mult rău decât bine. Aici e nevoie de intervenția mediatorii sanitare, care să poată explica respectivelor persoane că, în prezent, lumea cunoaște multe metode de protecție și protejare, că se folosesc mănuși chirurgicale la orice intervenție/control asupra unui pacient, care sunt de unică folosință și că protecția respectivei persoane, cât și a cadrului medical este una ridicată și sigură.

Dacă ne raportăm la o altă activitate a mediatorilor sanitare, respectiv "*explicarea avantajelor igienei personale, a locuinței, a surselor de apă și a sanitației, precum și promovarea măsurilor de igienă*" dispuse de autoritățile competente, mediatoarele trebuie să cunoască cât de importante sunt noțiunile de **pur-impur/ curat - murdar**¹¹ pentru comunitate, pentru ca apoi să poată explica, atunci când e cazul, autorităților medicale, anumite atitudini comportamentale ale pacienților romi.

Modul de viață al romilor din comunități tradiționale (căldărari) sau comunități compacte de romi (cum ar fi romii ursari, cărora le lipsește portul tradițional, dar care respectă limba și tradițiile comunității), este ghidat de reguli interne, de superstiții, de credințe și obiceiuri transmise în familie și care constituie pentru ei un mod de comportare conformă cu buna – cuviință.

Astfel, în momentul în care echipa comunitară intră în curtea sau locuința unei familii tradiționale, trebuie să aibă în vedere faptul că femeile din familie răspund la salut, dar dacă echipa este însoțită de un bărbat, acestea nu vor avea nicodată îndreptată privirea către acesta. De aceea, e nevoie ca din echipa comunitară

¹¹ Delia Grigore, Curs de antropologie și folclor rrom / Introducere în studiul elementelor de cultură tradițională ale identității rrome contemporane, București, Credis, 2001

să facă parte mediatoarea sanitară, care să fie o persoană de etnie romă și eventual, bine cunoscută de comunitate.

Legat de transmiterea informațiilor privind igiena personală, trebuie avut în vedere faptul că femeile rome tradiționale nu au voie să-și dea jos acoperământul de pe cap, baticul semnalizând statutul de femeie măritată. Chiar dacă se vrea a li se explica de către echipa comunitară avantajele igienei capului și părului, este interzis a se atinge capul sau părul unei femei, dar mai ales al unui bărbat.

(Etnicii romi, acceptă cu greu spitalizarea sau controlul medical pentru că ochii, capul și gura sunt părți ale corpului considerate curate, iar în timpul contralelor medicale, doctorii ating foarte des aceste părți ale corpului. Capul, respectiv fruntea este locul pe care "Dumnezeu pune pecetea norocului", deci sunt considerate părți curate demne de sacru, iar dacă un cadru medical consideră că e necesar consultul acestora, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să ducă o anumită muncă de lămurire și conștientizare a avantajelor însănătoșirii persoanei respective pentru ca aceasta să-și dea acordul cu privire la atingerea corpului său și să meargă la control în deplină cunoaștere.)

Totodată, atunci când se explică familiilor rome tradiționale despre pediculoza capului sau a corpului, trebuie adoptat un limbaj prietenos, neutru, fără insinuări, făcându-se referire la o comunitate de persoane care nu are legătură cu cea din care face parte persoana informată sau se vorbește doar despre cazuri prezentate de presă sau televiziune și că informațiile transmise sunt doar informații de conștientizare. Trebuie să li se ofere informația potrivit căreia igiena este extrem de importantă, dar în cazul pediculozei nu igiena precară este cauza principală a apariției acesteia, infestările cu păduchi pot apărea la oricine, însă copiii sunt cei mai afectați pentru că stau foarte aproape unul de altul, se joacă sau dorm împreună.

Este foarte important ca mediatoarea să poată livra aceste informații, într-un dialog prietenesc, evitând contactul fizic cu persoanele informate, fiind conștientă de faptul că există romi care atunci când ei înșiși își ating capul cu mâna, trebuie să-și scuture imediat degetele, pentru a îndepărta influența negativă pe care o parte mai joasă a corpului o poate avea asupra capului.¹²

Mediatoarea sanitară care deservește comunități cu romi căldărari trebuie să cunoască informația potrivit căreia: *"părul femeii se ține strâns în cozi, acoperite cu batic. Acest batic nu se spală în fața altora și nu se atinge, pentru că este impur. Femeile nu se spală, nici măcar pe față în fața străinilor, iar de pieptănăt, de spălat părul, picioarele sau părțile intime, nu o fac nici în fața soțului. Totodată, genunchii și gleznela, în acord cu impuritatea părții inferioare a corpului, se consideră a fi cea mai rușinoasă parte a trupului omenesc, trebuind să se acopere."*¹³

Toate aceste credințe determină în cazul romilor tradiționali un comportament reticent față de personalul medical, nu din rea - voință, ci pentru că superstițiile au jucat și joacă încă un rol foarte important în viața unor grupuri de romi și credința că se pot apăra prin a nu accesa unele medii "spurcate" este una foarte bine internalizată.

Din motivele prezentate, explicațiile privind igiena capului, a corpului sau a locuinței în comunitățile cu romi sunt extrem de sensibile și trebuie livrate doar încadrat sistemului de valori a comunității deservite și conștientizând tot timpul persoanele vizitate că respectarea unor reguli de igienă și sănătate proprii țin întreaga comunitate sănătoasă și sunt general valabile.

O situația aparte, care ține de asemenea de sensibilitatea la anumite subiecte, este activitatea mediatorului/mediatoarei de a *"participa, prin facilitarea comunicării, împreună cu asistentul medical comunitar, la depistarea activă a cazurilor de tuberculoză și a altor boli transmisibile"*, sub îndrumarea medicului de familie sau a cadrelor medicale din cadrul direcției de sănătate publică sau al dispensarului de pneumoftiziologie;

În cazul tuberculozei, vorbim de același mod precaut de abordarea a comunității și a familiei afectate. Pentru psihicul persoanei afectate și a familiei acesteia, informarea trebuie să plece întotdeauna de la sintagma "tuberculoza se vindecă!". Dacă o comunitate este bine informată și i se comunică că

¹² Ibidem

¹³ Ibidem

”tuberculoza” poate afecta că orice persoană, indiferent de vârstă, mediu, etnie, studii sau statut social, prin simplul fapt că respiră, atunci stigma asupra unei persoane afectate va fi mai mică, se va reduce la compătimire.

Acest subiect este unul ”sensibil” pentru că în comunitățile tradiționale cu romi a avea ”plămânii slabi” semnifica că ești o persoană mai puțin aptă de muncă, de reproducere, de socializare. În trecut, nimeni din comunitate nu dorea să-și căsătorească copilul cu o persoană dintr-o familie cu istoric al bolilor de plămâni. Stigma tacită asupra respectivei familii se perpetua generații la rând pentru că respectivele comunități nu aveau informația potrivit căreia o persoană poate fi tratată de această boală și, odată întoarsă în comunitate după spitalizare, poate continua administrarea medicației specifice, în regim ambulator, până la vindecare. Persoanele din comunitate trebuie informate că un presupus bolnav de TBC nu trebuie decât să adopte un stil de viață foarte sănătos, să beneficieze de hrană cu aport caloric ridicat și echilibrat, să nu lucreze și să se odihnească și acesta **se va vindeca complet**.

Referitor la activitatea mediatorilor/mediatoarelor de a însoți cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau controlul *situațiilor epidemice*, facilitând implementarea măsurilor adecvate și explicând membrilor colectivității locale rolul și scopul măsurilor de urmărit, este de subliniat faptul că panica în comunitate poate duce la atitudini neconstructive și persoanele devin reticente la sprijinul venit din afară.

De exemplu, în cazul unei *epidemii de hepatită* dintr-un imobil nesalubrit în care locuiau mai multe familii vulnerabile, neînscrise la medicul de familie și care constituiau un focar de infecție pentru întreaga comunitate, dialogul cu aceste persoane a fost facilitat doar de mediatoarea sanitară. Aceasta le-a vorbit în limba română, a făcut apel la încredere lor într-o persoană de aceeași etnie, care dorește binele copiilor și persoanelor infectate, le-a promis confidențialitate și a discutat cu fiecare familie în parte despre igiena mâinilor și a locuinței. Rușinea și stigma de care erau afectați a determinat mediatoarea sanitară ca, pe lângă campania de informare necesară, să-și dedice timp pentru fiecare familie în parte și pentru a discuta cu fiecare persoană afectată, individual sau, în cazul copiilor, cu aceștia însoțiți de părinții, într-un dialog, atât profesional, cât mai ales prietenesc pentru ca aceștia să nu fie extrem de afectați și emoțional. Boala la care se adaugă și stigma pot afecta iremediabil o persoană adultă și mai ales un copil.

Hepatita este recunoscută în comunități ca fiind o boală a ”mizeriei”. Pentru persoanele afectate prin contact și pentru care curățenia casei și igiena personală nu sunt precare, afectarea psihică este mai puternică decât pentru cei care trăiesc într-un mediu insalubru și care conștientizează care au fost cauzele determinante. Pentru îmbolnăvirea de hepatită prima persoană ”acuzată” de a nu fi ”gospodină” este femeia casei - soția sau mama copiilor. Aceasta poate fi stigmatizată de toată comunitatea, chiar dacă nu a fost vina ei. Familia ei va suferi și oprobiul public, pe lângă suferința bolii. Mediatoarea trebuie să transmită comunității și familiei faptul că virusul hepatitei A este rar periculos și aproape totii cei care fac boala se recuperează complet, pentru ca alte persoane din comunitate să reacționeze adecvat. Însă, informațiile depre igienă trebuie punctate categoric, dar transmise neacuzator și fără a fi însoțite de grimase de dezgust, așa cum fac multe cadre medicale ce intră în contact cu persoane afectate.

Deși, conform H.G. 324/2019, cap. III, art 10, pct. e) asistentul medical comunitar ”furnizează servicii de sănătate preventive și de promovare a comportamentelor favorabile sănătății copiilor, gravidelor și lăuzelor, cu precădere celor provenind din familii sau grupuri vulnerabile, în limita competențelor profesionale” și conform art. 10, pct 17q) moașa este cea care ”supraveghează în mod activ starea de sănătate a sugarului și a copilului mic și promovează alăptarea și practicile corecte de nutriție; efectuează vizite la domiciliul sugarilor cu risc medical sau social și urmărește aplicarea măsurilor terapeutice recomandate de medic”, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să facă și ea parte din echipa care vizitează femeile rome vizate. Faptul că mediatoarea cunoaște mentalitatea comunității, obiceiurile la care se raportează femeile din comunitate și credințele internalizate de către acestea, îi subliniază locul în echipa comunitară. Cunoșcând cutumele comunității, mediatoarea va ști cum să motiveze o gravidă să se prezinte la primul controlul prenatal în primele luni de sarcină și apoi, cu regularitate, la controloarele prenatale următoare. Pentru comunitățile tradiționale, mediatoarea va cunoaște faptul că prima persoană căreia I se va adresa într-o locuință a unei familii rome este soțul și/sau soacra/mama - femeia responsabilă de treburile respectivei gospodării. Aceasta se îngrijește în mod

deosebit de sarcina tinerei și de viitorul moștenitor. Ca urmare, și ea va trebui să înțeleagă că igiena și alimentația gravidei este foarte importantă și că schimbările de mediu, vârsta, diferite afecțiuni care pot apărea în cursul sarcinii nu mai pot fi tratate cu ușurință sau ignorate prin afirmații de genul *"Lasă că e sănătoasă! Și eu am fost însărcinată și am născut foarte ușor și acasă, la vremea mea"*. Mediatoarea sanitară trebuie să vorbească cu tânara însărcinată și cu femeia care o sprijină în timpul sarcinii despre responsabilitatea ei asupra sarcinii. De multe ori, în comunitățile asimilate, și soțul dorește a fi informat și se implică în a-și sprijini soția pe perioada sarcinii.

Argumentul potrivit căruia gravida și familia sa poate accepta controalele prenatale, trebuie să plece de la faptul că: *"Dumnezeu a binecuvântat familia cu respectivul copil, iar oameni trebuie să aibă grijă de această creație, să nu mai creadă în magiile pentru ușurarea sarcinii, în descânțece sau buruieni de leac, ci să înțeleagă că mâna doctorului e mâna îngerului lui Dumnezeu care vine în sprijinul omului"*. Copilul care se va naște va fi sănătos, frumos, norocos și nu va exista niciun risc la nașterea lui pentru că medicul va avea grijă de sarcină până la naștere". Faptul de a fi sprijinite în a fi îngrijite de o femeie-doctor ușurează sentimentele de neliniște și nesiguranță pe care le pot trăi tinerele de etnie romă însărcinate, care nu acceptă ușor controlul de specialitate al unui doctor - bărbat.

Mediatoarea sanitară poate transmite informația privind grețurile, vărsăturile, somnolența, oboseala, modificările sânilor, ca fiind semne absolut normale, care demonstrează o evoluție pozitivă a sarcinii. Aceasta va explica familiei că acestea nu sunt semne de slăbiciune și nu trebuie ascunse, respectiva gravidă are simptome normale pentru o sarcină și are nevoie de puțin mai multă înțelegere din partea celor apropiați.

Există în comunitățile tradiționale și femei rome care, urmare modelelor cu care au crescut, refuză să facă controalele medicale aferente, motivând că *"femeile din familiile lor au născut și 3-4 copii și toți au fost sănătoși și au văzut doctorul doar la naștere!"* Rezistența la schimbare vine mai ales din lipsă de informație, din lipsa de educație sanitară și din faptul că, în zonele în care traiesc, ele se raportează doar la femeile din jurul lor, considerând valabile și pentru ele respectivele comportamente.

Există comunități tradiționale în care viitoarele soții au fost alese pentru că mama și femeile din familia acesteia sunt cunoscute ca femei *"sănătoase și care pot naște copii fără betșuguri sau boli"*. O asemenea moștenire genetică face ca tânăra să fie aleasă și respectată de comunitate și mai ales să fie considerată ca neavând nevoie de ajutor medical.

În comunitățile tradiționale trebuie ținut cont de faptul că de boli se vorbește foarte rar sau deloc pentru a nu *"chema bolile"* și se refuză informarea cu privire la posibilele riscuri de pe perioada sarcinii pentru a nu se îndeplini superstițiile care, uneori, le "conduc" acestor femei modul de trai. Aici, rolul mediatoarei sanitare este unul foarte important, pentru că va trebui să vină cu exemple pozitive cu privire la alte tinere a căror sarcini au fost urmărite de medici specialiști, eliminând orice posibil risc care poate apărea, nu din cauza femeii gravide sau a medicului, ci din cauza noului context social, a mediului, a alimentației modificate etc

În prezent există și femei rome din comunități mai sărace care apreciază foarte mult faptul că mediatoarea sanitară le sprijină în efectuarea unor controale medicale la medici specialiști. Acestea, din lipsa asigurării medicale, consideră că nu au nicio șansă să fie văzute de un medic, astfel încât informarea și sprijinul oferit lor de mediatoarea sanitară vine în întâmpinarea nevoilor lor privind sarcina. Mediatoarea sanitară, care le și acompaniază în tot acest demers, este singura lor șansă la un control de specialitate. Aceasta le sprijină prin sfaturi utile care să le facă și pe ele să se simtă confortabil, dar și să ușureze contactul cu sistemul medical. Sfaturi privind igiena, modul de a se îmbrăca și comunica cu cadrele medicale pot fi mai ușor de acceptat de la o femeie romă despre care ele știu că empatizează cu ele și le înțelege.

Munca mediatoarelor sanitare a condus de multe ori și o poate face în continuare la faptul că chiar și femeile rome căldărărese, mult rezistente la schimbare, acceptă, în prezent, să facă *consultații ginecologice*. Mediatoarele știu că acestea acceptă să fie văzute doar de doctori - femei și își respectă propriile ritualuri de îmbrăcare și dezbrăcare în cadrul consultului și sunt însoțite tot timpul de o femeie sau două de încredere din familie. Frica de doctori și de sterilizare a femeilor rome căldărărese există mai ales la cele în vârstă (*poveștile din comunități privind istoria din timpul deportărilor, dar și din timpul*

perioadei comuniste își spun și acum cuvântul asupra unor atitudini și comportamente pe care le au femeile rome față de actul și personalul medical) și faptul că sunt prevăzătoare și temătoare trebuie bine înțeles.

Revenind la activitatea mediatorilor sanitară de a însoți moașa sau asistență medicală comunitară în cadrul sesiunilor de informare – educare – conștientizare atunci când vizitează gravide ce trebuie bine informate cu privire la starea de graviditate și la alimentația din timpul sarcinii, aceasta va avea rolul de introduce echipa comunitară în locuința gravidei, de a menține o atmosferă prietenească și a face informația mai accesibilă persoanelor participante. Acestea trebuie conștientizate de faptul că alimentația este esențială pentru sănătatea acestora și a bebelușului.

În familiile rome, femeii însărcinate i se impune de către familie *să se alimenteze și să bea ”cât pentru doi,”* însă nu obligatoriu mai calitativ. Mediatorii sanitară, care cunosc mentalitatea persoanelor din comunitate, trebuie să vorbească cu gravida și familia acestora pentru a-i face să înțeleagă că viitoarea mamă trebuie hrănită mai ales calitativ. Trebuie să le vorbească de importanța acidului folic sau al vitaminelor prenatale care pot acoperi carențele existente în corpul viitoarei mame pentru ca aceasta să rămână o persoană sănătoasă.

Totodată, mediatoarea sanitară, care cunoaște respectiva comunitate, trebuie să conștientizeze femeile gravide cu privire la *”pofte”*, dar și la faptul că *obiceiurile anterioare sarcinii*, referitoare la sucurile acidulate, cafea, ciocolată sau țigări, trebuie evitate pentru sănătatea copilului. Mediatoarea trebuie să le conștientizeze de faptul că de multe ori ceea ce se consideră a fi *”pofte normale”*, pot crește ritmul cardiac al mamei și că acest lucru se transmite la făt și îl poate afecta.

Rolul mediatorii în comunitate, atunci când discută cu femeile gravide, este acela de *”prietena a lor mai bine informată”*. Si mediatoarea sanitară va face cunoscut că și ea cunoaște faptul încetățenit că femeii însărcinate *trebuie să i se îndeplinească toate poftele pentru a nu pierde copilul, că aceasta trebuie să vadă numai oameni frumoși, pentru a naște - un copil frumos, că vederea unei persoane cu dizabilități poate duce la nașterea unui copil cu un semn stigmatizant sau o malformație, că unele pofte la ”crema de gheț” sau la a ”ronțâi cărămidă”*, însă, le va comunica faptul că toate aceste *credințe sau superstiții pot ține gravida în stres* și, pentru acest lucru, mediatoarea este cea care o poate detensiona, fără a bagateliza credința acestora, ci printr-o informare corectă, accesibilă și prin exemple simple și ușor de înțeles.

Mediatoarea sanitară este cea care va putea gestiona în comunitate generalizările folosite de femeile mai în vârstă, cele a căror experiență arată că și ele au trecut prin situații similare și folosind doar **leacuri băbești** au depășit respectivele situații. Aceste *”experiențe”* povestite determină de multe ori din partea gravidei o atitudine de neacceptarea a sfaturilor celor avizați, respectiv medicilor sau echipei medicale comunitare (deoarece oferă mai multă credibilitate mamei sau bunicii decât personalului medical) și doar comunicarea cu mediatoarea sanitară poate schimba într-un răspuns pozitiv opinia gravidei vizavi de sfaturile avizate, vizitând-o cât mai des și conștientizând-o că fiecare femeie răspunde diferit în situații similare și fiecare femeie e unică.

Mediatoarea trebuie să combată de multe ori experiențele femeilor mai în vârstă și vizavi de *munca pe care gravida o poate realiza pe toată perioada celor 9 luni*. De foarte multe ori există în comunități femei care-și consideră experiențele reprezentative pentru orice femeie însărcinată. Ele consideră că munci precum - *munca la câmp, cărățul lemnului sau al apei, al cumpărăturilor, spălatul zilnic al rufelor la mână, curățenia generală a casei* - sunt munci care fac cinste unei femei și este de datoria ei să le realizeze atât timp cât se simte bine. Ele chiar nu concep că munca în exces poate fi factor ce poate afecta sarcina negativ. În astfel de cazuri, mediatoarea sanitară trebuie să se folosească de toată diplomația necesară pentru a sprijini femeia însărcinată în fața soțului sau a soacrei, conștientizând întreaga familie că munca fizică în exces și alimentația insuficientă sau incorectă în timpul sarcinii poate duce la avort, naștere prematură, nașterea unor copii cu greutate mică.

Un alt subiect dificil de abordat în comunități este cel al *sexului în perioada sarcinii*. Despre acest subiect femeile gravide rome din comunități nu pun întrebări din cauza sentimentului rușinii. Mediatoarea sanitară este singura care poate aborda subiectul, în particular, doar cu acceptul femeii gravide, pentru a o informa

măcar de faptul că activitatea sexuală trebuie redusă în ultimul trimestru de sarcină și practic este interzisă din a-37-a săptămâna de sarcină, iar în cazul în care apar modificări ale colului uterin activitatea sexuală trebuie oprită pentru a evita riscul nașterii premature și/sau a rupturii bruște a membranelor și pierderea apei. Ea nu trebuie să proiecteze informația asupra sarcinii respectivei femei, ci doar să-I comunice că aceste lucruri se pot întâmpla sau chiar s-au întâmplat altor femei însărcinate. Respectiva gravidă va înțelege informația și va ști că poate găsi sprijin la mediatoarea sanitară și la echipa cu care aceasta lucrează, în cazul în care ar avea nevoie.

Conștientizate de riscul pe care îl poate reprezenta *un animal de casă pentru femeia însărcinată*, femeile rome reacționează imediat. Acest lucru nu se datorează obligatoriu informației potrivit căreia prezența animalelor poate reprezenta o posibilă amenințare pentru sarcina în dezvoltare, ci pentru faptul că, fiind supersițioase, *”nu pot lăsa pisica sau câinele să le treacă printre sau pe lângă picioare ca să nu nască un copil păros pe suprafața corpului.”*

O sesiune de IEC bine documentată este și cea legată de *fumat la femeile însărcinate*. Ele trebuie informate că, la gravidele care nu renunță la fumat, proporția de copii născuți prematur sau cu greutate mică, este de 2-4 ori mai mare decât la femeile nefumătoare. Mediatoarea sanitară le va conștientiza ca, măcar pe perioada sarcinii, acestea să renunțe la fumat pentru că două - trei țigări/zi sunt extrem de dăunătoare pentru dezvoltarea bebelușului, iar femeile care nu renunță la fumat pot sângera în timpul sarcinii, pot face hipertensiune arterială sau riscă avortul spontan. Motivația însă, potrivit căreia gravida se va alege cu diminuarea producției de lapte matern după naștere, se pare că are cel mai mare efect la femeile din comunități, pentru că neputința de a-ți alăpta copilul este privită ca un ”handicap” al respectivei femei, ceea ce o dezavantajează ca imagine în comunitate.

Dacă în ceea ce privește *medicamentele administrate în timpul sarcinii* care dau reacții adverse, iar copilul poate suferi de pe urma acestora, femeile rome chiar le evită, mediatoarea sanitară trebuie să le explice de multe ori că și ceaiurile din plante medicinale sau poțiuni de ieburi pe care le iau unele femei, fără a consulta medicul, pot favoriza apariția contracțiilor uterine. Deși convinse că majoritatea ceaiurilor nu sunt periculoase, ele pot fi conștientizate de unele efecte adverse.

În ceea ce privește *nașterea*, trebuie sublinat faptul că acesta este un moment foarte important în familiile rome. Viitoarea mămică va fi însoțită, la spital, de aproape toate rudele care doresc să participe. Există credința la romi că mama sau bunica vor aduce noroc gravidei dacă vor fi lângă ea și că rugăciunile acestora o vor întări pentru a trece cu bine de ”durerile facerii”. Pe de altă parte, susținerea unui număr mare de persoane, care se bucură de venirea copilului pe lume, este de asemenea o credință bine întipărită, aceștia considerând că, toate gândurile bune și energia pozitivă transmise, vor întări nou-născutul care va veni sănătos în familie.

Mediatoarele sanitare, mai ales cele ce locuiesc în comunitățile deservite, prin activitatea desfășurată, reușesc să aibă grijă ca gravidele din comunitate să evite *nașterile la domiciliu*.

Este de sublinat și faptul că mediatoarea sanitară care va însoți echipa comunitară la vizitele nou-născutului, în cazul în care este observat un *hemangiom pe corpul copilului* să nu lase mama să creadă că respectivul hemangiom este semn de pedeapsă a faptului că, *”în timpul sarcinii, femeia ar fi luat fructe din pomi sau obiecte ce nu-i aparțineau și formă acestora a apărut pe chipul sau trupul copilului”*. Ea va conștientiza mama, fără a crea panică, că unele dintre aceste ”semne” se pot retrage în timp, dar că un consult medical poate fi benefic copilului.

În cazul *femeilor lăuze* cărora echipa comunitară le face vizite pentru livrare de informații privind sănătatea mamei și a bebelușului, dar și informații privind *partea de igienă a femeii lăuze*, trebuie ținut cont de faptul că, în comunitățile rurale, femeile lăuze nu au voie, timp de șase săptămâni de la naștere, să meargă la fântână și să aducă apă, fiind considerate spurcate. Astfel, informația necesară sănătății mamei și copilului trebuie livrată și către familia extinsă a lăuzei, către persoanele care o ajută în această perioadă, pentru ca ea să simtă confortabil. Informația trebuie livrată în mod clar de către mediatoarea sanitară, care respectă credința comunității și care poate empatiza cu persoana vizitată, mai ales dacă face parte din același neam de romi.

Mediatoarea sanitară, cunoscătoare a obiceiurilor femeilor din zonă, conștientă că, după naștere, multe dintre femeile rome nu mai merg la *controalele post – natale*, ele așteaptând ”*să se curețe singure și după 40 de zile să meargă la biserică și să-și facă aghiazma mare*”, va face vizite, împreună cu echipa comunitară, lăuzelor pentru a se asigura că respectivele femei, fie acceptă acompanierea la un control medical, fie respectă regulile de igienă impuse de situația medicală în care se află și nu riscă infectarea. Bineînțeles că vor exista cazuri în care sfaturile echipei comunitare se pot ignora, iar lipsa de bani sau condițiile precare în care unele dintre ele trăiesc fac vindecarea lor mai dificilă și chiar ajung să aibă nevoie de sprijin medical de urgență. Generalizările existente în comunități, portivităților ”zeci de femei au născut și nu s-au mai dus la controale, s-au curățat singure” pot conduce la asumarea unor riscuri care pot conduce la complicații. Rolul mediatorii sanitare, faptul că poate vorbi în limba români cu ele, este de a le face să înțeleagă că *urmarea protocolului medical ulterior nașterii*, duce la evitarea de complicații și asigură respectiva mamică că sănătatea ei nu este amenințată.

Un subiect extern de sensibil de abordat de către mediatorii sanitare și echipele comunitare este cel al *copilului cu handicap/ dizabilitate*. Au existat cazuri în care tinere mămici din comunități tradiționale s-au adresat mediatorii sanitare pentru a le sprijini în comunicarea cu familia soțului în cazul în care născuseră copii cu diferite probleme medicale, descoperite după naștere. În cazul unei tinere, deși soțul acesteia acceptase situația și încercau împreună să găsească soluții medicale pentru vindecarea copilului, familia extinsă considera că mama era de vină pentru *nașterea ”cu defecte”* și cereau soțului să se despartă de respectiva mamică. Intervenția mediatorii sanitare a fost salvatoare deoarece aceasta a invitat la o sesiune de informare – educare – conștientizare o doamnă-medic care a încercat să explice participanților, printre care se regăsea și respectiva familie, ce înseamnă accidentele genetice sau moștenirea genetică și totodată, prin întrebările puse apoi în particular, a conștientizat familia extinsă de faptul că în familia soțului existau persoane cu dizabilități asemănătoare copilului și nu în cea a mamei. Astfel, medicul a sprijinit familia în a înțelege că respectivul copil putea fi ajutat de medici până la vindecare completă.

Mediatoarea sanitară care va însoți echipa comunitară la vizitele la domiciliul nou-născutului, va fi conștientă și își va informa și colegii de echipă de faptul că după revenirea din maternitate, în familiile tradiționale de romi, femeile mai în vârstă cunosc se ocupă de *ritualurile de protecție ale copilului*. Astfel, ”*noului-născut i se pun lucruri care să-l păzească: ”o punguță de cârpa roșie, legată la gât care conține un ban de argint, un fir de busuioc și o bucată de zahăr; sub pernă i se așează un cuțit sau un foarfece, să-l apere de duhurile rele ale nopții; i se fac descântece de deochi, în jurul încheieturii mâinii stângi, din dreptul inimii, nou-născutului i se leagă ață / panglică roșie, cu rol apotropaic.*”¹⁴

Echipele comunitare trebuie să înțeleagă că aceste ritualuri sunt adânc internalizate în viețile acestora familii, fiind create din nevoia lor de protecție. De obicei, aceste cutume nu sunt înțelese și sunt sfătuiți să renunțe la ele, însă pentru o posibilă schimbare în bine, ei nu vor renunța, convinși fiind că micuțul va fi protejat doar de talismane și riturile practicate de ei din vechime. Cu toate acestea, au fost cazuri când mediatorii sanitare au putut convinge familia că punguța să nu stea la gâtul sugarului, ci lângă el, iar cuțitul sau foarfecele să poate fi pus sub pătuțul copilului doar pentru noaptea în care este adus din maternitate, ulterior acesta fiind oricum protejat de descântecele bătrânelor familiei.

Referitor la îngrijirea nou-născutului și alăptarea acestuia, în unele comunități și neamuri de romi, există obiceiuri care pot avea efecte asupra mamei și nou-născutului.

Una din activitățile importante ale mediatorii sanitare este participarea la organizarea de sesiuni de informare privind alăptarea și diversificarea sugarului. Acestea le vor organiza chiar și pentru o singură mamică, dacă doar aceasta va avea nevoie de sfaturi și sprijin. În general, tinerele mămici se bazează pe femeile din familia extinsă pentru sfaturi privind alăptarea sau diversificarea, dar un sfat specializat, de la echipa comunitară poate fi foarte binevenit.

Așa cum am menționat, romii tradiționali atribuie părții superioare a corpului partea de sacralitate, de puritate așa încât ”*femeile pot umbla cu pieptul dezgolit și își pot alăpta copii în public. În plus, o femeie*

¹⁴ Delia Grigore, Curs de antropologie și folclor rrom / Introducere în studiul elementelor de cultură tradițională ale identității rrome contemporane, București, Credis, 2001

cu un copil în brațe, considerată a fi purificată de prezența copilului, poate trece oricând prin fața bărbaților.¹⁵

Mediatoarea sanitară este conștientă de faptul că asistentul comunitar și moașa vor recomanda mamei care alăptează să aibă o dietă echilibrată, bogată în proteine, lactate, legume găsite, carbohidrați, recomandând mai puțin grăsimile și dulciurile concentrate. Ea însă, cunoscând comunitatea, va ști că există soacre și mame care sfătuiesc proaspetele mămici să nu mănânce mazăre, fasole sau varză pentru a nu-i provoaca bebelusului colici și insistă ca aceasta să mănânce multă ceapa sau mult usturoi, să bea bere sau lapte pentru a avea o lactație bună. Tinerele mămici au tendința de a respecta ce li se spune în familie, deși, uneori berea sau usturoiul nu le fac bine unora dintre mame, dar acestea, din respect, ascund acest lucru de familie. Mediatoarea îi va comunica tinerei mămici faptul că sfaturile echipei comunitare sunt numai în folosul ei și al copilului, că nu există alimente care să dăuneze copilului, dacă mamei nu-i fac rău, așa cum, de altfel, li se comunică mamelor și la ieșirea din maternitate.

Sfaturi ale femeilor din comunitate, cum ar fi cel prin care li se recomandă tinerele mămici să alăpteze copilul cât mai des ca să nu-l doară burtica de la colici, nu ar trebui luate ca literă de lege doar pentru că sunt date de femei care "au trecut prin asta". Mediatoarea sanitară și echipa comunitară sunt cel mai în măsură să recomande alăptarea la cerere, alăptare care permite bebelușilor să primească exact cantitatea de lapte matern de care au nevoie și își regleze singur programul de masă și care reprezintă modul ideal de a asigura bebelușului o dezvoltare armonioasă.

Mediatoarea sanitară are și rolul de a informa tinerele mame de faptul că atunci când copilul este în inconfort și plânge, nu înseamnă obligatoriu că acesta este "deochiat", cum tind să creadă, ci cauza ar putea fi una medicală și un control medical la medicul pediatru ar putea ajuta în plus, pe lângă descântecul acceptat.

În cazul *campaniilor de vaccinare* sau a acțiunilor de educație și prevenire a unor boli în comunitățile dezavantajate, rolul mediatorei sanitare este, de asemenea, unul delicat pentru că, în prezent, subiectul privind vaccinările este unul extrem de sensibil. O parte a populației este ferm convinsă că vaccinarea contribuie la apărarea organismului uman împotriva unor boli transmisibile, iar o altă parte este convinsă că vaccinarea afectează persoanele vaccinate în mod negativ, vaccinurile au reacții adverse și indică drept motiv pentru evitarea vaccinării teama de posibilele urmări pe termen lung ale acestora. Ca urmare, mediatoarea sanitară are un rol dificil. Înainte de a mobiliza persoanele din comunități la vaccin, aceasta este nevoită ca, împreună cu echipa comunitară, să organizeze sesiuni de informare în care persoanele ce urmează a fi vaccinate sau părinții copiilor mici ce urmează schemele de vaccinare să fie bine informate, să li se răspundă la întrebările dificile și să fie asigurați că efectuarea unui vaccin are urmări mai degrabă și mai multe pozitive decât negative. **Frica de efectele adverse, frica de boli precum autismul, frica de paralizie, frica de nu rămâne cu dureri de cap sau cu senzație de sufocare, frica de tromboze cerebrale și miocardite, frica ca aceste vaccinuri să nu genereze daune organismului care ar putea influența sănătatea pe termen lung**, toate aceste frici se transformă în întrebări extrem de dificile și doar medicii de familie sau specialiștii pot furniza informații adecvate. Problema mediatorilor sanitare este că populația romă participantă la campanii, după ce ascultă informația dată de specialiști, vrea să fie asigurată de mediatore că ceea ce s-a spus e corect, că ea garantează pentru sănătatea copiilor lor și că și ea și-ar supune copiii acelor vaccinuri dacă ar fi în locul lor. Această "garanție" în fața comunității este una extrem de grea, mediatoarea neputând asigura 100% comunitatea de inexistența efectelor adverse, rolul acesteia fiind doar de a mobiliza persoanele adulte și mamele cu copii la vaccin, de a merge din casă în casă, de a discuta cu familiile despre importanța vaccinarilor și totodată de a îndruma populația către medicul de familie. În cazuri mai dificile, mediatoarea sanitară însoțește mamele la medicul de familie, însă decizia de a se vaccina sau de a-și vaccina copiii, este întotdeauna a persoanei informate.

Mediatoarea sanitară informează comunitatea despre campaniile de vaccinare/imunizare și are rolul de a facilita relația de comunicare dintre romi și personalul medico-sanitar, însă informația de specialitate se primește doar de la medic, iar decizia de vaccinare este numai a părinților copilului.

¹⁵ Delia Grigore, Curs de antropologie și folclor rrom / Introducere în studiul elementelor de cultură tradițională ale identității rrome contemporane, București, Credis, 2001

Mediatoarele sanitare își cunosc bine atribuțiile pentru a nu fi puse în situația de a efectua unele activități care să contravină principiilor lor de lucru, dar și de viață și creează puntea de încredere în serviciile medicale și de îngrijire a sănătății în comunități.

Mediatoarea sanitară este cea care asigură comunitatea că sfaturile neavizate, bazate pe obiceiuri, superstitii, credințe fondate sau nefondate pot afecta negativ creșterea unui bebeluș sau evoluția unui copil sau adult, că, uneori, ele pot fi benefice într-o anumită măsură, dar dublate de sfaturile profesioniste ale personalului medical sunt în avantajul bebelușului, copilului, adultului, aflat în nevoie.

Educația pentru sănătate și promovarea unui stil de viață sănătos în comunitățile vulnerabile cu romi, se dovedesc a fi de un real folos respectivelor comunități, iar identificarea unei mediatore romă, care să transmită informații avizate persoanelor aflate în nevoie și deschise schimbării, însă încadrat în sistemul lor de valori, este un plus-valoare pentru respectiva comunitate și pentru societatea în care trăim.

BIBLIOGRAFIE

Daniel Radulescu “*Mediere sanitară in contextul programului de asistență medicală comunitară- ghid practic pentru APL*”, Sastipen, 2015

Daniel Radulescu “*Mediere sanitară in contextul programului de asistență medicală comunitară- ghid practic pentru APL- editie revizuita*”, Sastipen, 2021

Daniel Radulescu, “*Suport curs calificare mediere sanitară*”, Sastipen, 2020.

Daniel Radulescu, *Intre proiectare si necesitate: Evaluarea impactului politicilor publice pentru romi in domeniul sănătății*, SNSPA, 2014

Daniel Radulescu, Mariana Sandu, Eugenia Bratu, Georgel Radulescu, “*Suport curs instruire mediere sanitară*”, Sastipen, 2014.

Daniel Radulescu, *Programul de mediere sanitară intre necesitate si inovatie*, Revista Perspective Politice, 2012

Lavinia Nanu, Daniel Rădulescu, Hanna Dobronăuțeanu, Cristina Jitariu, Corina Raicu, “*Manualul mediatorului sanitar*”, Agentia Națională pentru Romi, 2008

Mariana Buceanu, “*Ghidul mediatorului sanitar*”, Romani CRISS, 2001

Mariana Buceanu, Daniel Radulescu, Daniela Iancu, “*Manualul mediatorului sanitar pentru sanatatea familiei si a comunității*”, JSI Reseach & Training Institute, 2004

DESPRE AUTORI

	Dr. Daniel RADULESCU Daniel Radulescu, doctor în sociologie, este expert de etnie romă specializat în domeniul politicilor publice de sănătate și incluziune socială a romilor, cu peste 20 de ani de activitate în mișcarea romilor. Este membru-fondator al organizației Sastipen, cu experiență în domeniul medierii sanitare de peste 20 de ani, formator în domeniul medierii sanitare încă din anul 2002, cu experiență în realizarea de manuale/ghiduri, articole în domeniul medierii sanitare, cu experiența de peste 10 ani în realizarea de recomandări de politica publică în domeniul sănătății romilor și cu o experiență de peste 15 ani în realizarea de recomandări de îmbunătățire a legislației care reglementează activitatea de mediere sanitară. De asemenea, experiența sa, de peste 15 de ani în activitatea de asistență tehnică, monitorizare și evaluare a activității de mediere sanitară, face ca, în prezent, acesta să coordoneze echipa de formatori ai Sastipen, responsabili de procesul de calificare și instruire continuă a mediatoarelor sanitare.
	Dr. Mariana SANDU Mariana Sandu, doctor în sociologie, vorbitoare de limba romani, este expert de etnie romă, specializată în domeniul politicilor publice pentru romi, incluziunea socială a comunităților vulnerabile cu romi, elemente de cultură, identitate și istoria romilor, antropologie și lucru în comunități vulnerabile. În perioada 2012-2018 a coordonat Unitatea de Asistență Tehnică Monitorizare și Evaluare a activității de mediere sanitară din cadrul organizației Sastipen și are o experiență de peste 10 ani în domeniul monitorizării activității de medierii sanitare. Este formator în domeniul medierii sanitare și are experiența în dezvoltarea de concepte de campanii IEC, adaptate diversității culturale ale comunităților cu romi, având și experiență în documentarea de studii de caz din domeniul medierii sanitare care au stat la baza dezvoltării de ghiduri și instrumente de lucru pentru mediatoarele sanitare. În prezent face parte din echipa de master-formatori ai Asociației ”Sastipen” și este, în specul, responsabilă de familiarizarea și informarea participantelor la cursurile de calificare și instruire continuă cu privire la elementele de cultură și tradiție a comunităților tradiționale cu romi.

Centrul Romilor pentru Politici de Sanatate - Sastipen este o neguvernamentală care are ca principală arie de interes întărirea și dezvoltarea rețelei de mediere sanitară, ca resursă importantă în procesul de incluziune socială a comunităților cu romi precum și îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților vulnerabile.

Încă din anul 2010, Sastipen este un furnizor de formare profesională în domeniul medierii sanitare în conformitate cu normelele ANC și cu standarul ocupațional al meseriei de mediator sanitar. În vederea întăririi rețelei de mediere sanitară, Sastipen organizează sesiuni de instruire de bază, cursuri de perfecționare și formare continuă a mediatoarelor sanitare, precum și cursuri de calificare în meseria de mediator sanitar.

Sastipen consideră că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un cultivator de încredere care, prin activitatea derulată la nivel local, contribuie semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă și creșterea speranței de viață în rândul femeilor din comunitățile vulnerabile.

VOLUMUL 2

- GHID PRACTIC ÎN DOMENIUL MEDIERII SANITARE -

Material realizat de experții asociației Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen în cadrul proiectului cu numărul 8362-RO “*Reformă în Sectorului Sănătății – Îmbunătățirea calității și eficienței sistemului de sănătate/ Health Sector Reform – Improving Health System Quality and Efficiency Project*” implementat de Ministerul Sănătății, prin Unitatea de Management al Proiectului (UMP), cu sprijin financiar oferit de International Bank for Reconstruction and Development (IBRD).

-2023-

CUPRINS

CAPITOLUL 1 – METODE SI TEHNICI DE LUCRU IN DOMENIUL MEDIERII SANITARE

Aspecte organizatorice a activității de mediere sanitară

Importanța activității mediatorului sanitar pentru comunitățile vulnerabile cu romi

Fișa de post a mediatorului sanitar

Instrumentele de lucru ale mediatorului sanitar

Realizarea catagrafiei populației din comunitate

Planificarea și implementarea activității

Activitatea de consiliere desfășurată de mediatorul sanitar

Monitorizarea și raportarea activității zilnice

Autoevaluarea activității de mediere sanitară – culegere opinii de la beneficiari

Raportarea activității lunare

Elemente de comunicare - pregătirea și susținerea unui discurs public

Raportarea cazurilor de îngrădire a accesului beneficiarilor la servicii medico-sociale

Codul deontologic al mediatorului sanitar – ce are și ce nu are voie să facă mediatorul sanitar

Aspecte ce țin de instruirea mediatorilor sanitari

Principalele acte normative incidente activității de mediere sanitară

CAPITOLUL 2 – ORGANIZAREA SESIUNILOR DE INFORMĂRE, EDUCARE, CONȘTIENȚIZARE (IEC)

Cum organizăm o sesiune de informare- educare- conștientizare

Temă nr. 1 - Prevenirea Bolilor Asociate Consumului de Alcool & Tutun și Substanțe Psihotrope (droguri)

Temă nr. 2 - Importanța igienei personale și a spațiului de locuit pentru prevenirea îmbolnăvirilor

Temă nr. 3 – Corpul uman, dezvoltarea umană și igiena în rândul elevilor

Temă nr. 4 – Prevenirea bolilor transmisibile

Temă nr. 5 – Monitorizarea bolilor cronice

Temă nr. 6 – Importanța sănătății reproducerii și planificării familiale

Temă nr. 7 – Noțiuni de bază privind îngrijirea gravidelor și a lăuzelor

Temă nr. 8 – Noțiuni de bază privind alimentația nou-născuților

Temă nr. 9 – Noțiuni de bază privind îngrijirea copiilor

Temă nr. 10 – Prevenirea bolilor/infecțiilor cu transmitere sexuală (BTS/ITS)

CAPITOLUL 1– METODE ȘI TEHNICI DE LUCRU ÎN DOMENIUL MEDIERII SANITARE

Autori: Dr. Soc. Daniel Rădulescu, Dr. Soc. Mariana Sandu

1.1. ASPECTE ORGANIZATORICE ALE ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ ȘI IMPORTANȚA ACTIVITĂȚII MEDIATORULUI SANITAR/MEDIATOAREI SANITARE PENTRU COMUNITĂȚILE VULNERABILE CU ROMI

Inițial, activitatea de mediere sanitară a fost concepută pentru a îmbunătăți comunicarea dintre membrii comunităților cu romi și personalul autorităților locale sanitare, comunicare denaturată datorită diferențelor culturale dintre cele două părți și datorită prejudecăților și stereotipurilor personalului medical față de membrii comunităților cu romi. Programul era proiectat astfel încât să contribuie efectiv la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică, respectându-se principiul egalității de șansă. Programul avea obiective clare atât pentru societatea civilă, cât și pentru autoritatea centrală, fiind un program inovativ care, pe termen mediu și lung, își propunea să contribuie la schimbarea comportamentelor sanogene ale romilor din comunitățile vulnerabile și adoptarea unui stil de viață sănătos.

Ulterior, după o serie de analize de impact realizate și cercetări, activitatea de mediere sanitară a devenit parte din **programul de asistență medicală comunitară** și este considerată de mulți specialiști ca fiind unul dintre programele de succes derulate de Ministerul Sănătății în beneficiul membrilor comunităților cu romi. Îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate și creșterea nivelului de instruire în domeniul prevenirii îmbolnăvirilor este dezideratul tuturor documentelor de politică publică care vizează procesul de incluziune a populației de etnie romă. Prin activitățile specifice derulate la nivel comunitar, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare contribuie la atingerea acestui deziderat și demonstrează că incluziunea socială este un concept care necesită implicare activă la firul ierbii.

Revenind la aspectele organizatorice ale activității de mediere sanitară, subliniem:

- Medierea sanitară - ocupație regasită în nomenclatorul de meserii COR 532901 – este defășurată de un mediator /o mediatore sanitară, care are rolul de a fi „puntea de legătură”, de a media relația dintre membrii comunităților locale cu romi și autoritățile locale medico-sociale.
- Activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare se concentrează pe creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică, cu scopul de a crește adresabilitatea și accesibilitatea membrilor comunităților deservite la serviciile de sănătate și medico-sociale.
- Rolul mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este și acela de a întări legăturile între reprezentanții autorităților locale și comunitatea locală de romi, bazat pe principiul egalității de șansă și parteneriatului local.
- Mediatorul sanitar/ Mediatore sanitară își desfășoară activitatea în cadrul APL, în echipa de asistență medicală – comunitară, sub coordonarea metodologică a DSP.

Care sunt avantajele unei comunități care beneficiază de activitatea unui mediator sanitar/unei mediatore sanitare?

- Reducerea riscurilor asociate îmbolnăvirilor în rândul membrilor comunităților vulnerabile cu romi datorate lipsei educației sanitare;
- Identificarea și controlul eficient al surselor de îmbolnăvire care pot afecta membrii comunităților vulnerabile cu romi;
- Reducerea inegalităților privind accesul membrilor comunităților vulnerabile cu romi la serviciile de sănătate publică și îmbunătățirea stării de sănătate la nivel local/comunitar;
- Reducerea vulnerabilităților în rândul membrilor comunității locale prin identificarea posibilelor situații deosebite care pot afecta securitatea sănătății cetățenilor;
- Conștientizarea populației cu privire la necesitatea schimbării comportamentului față de propria sănătate prin promovarea unui stil de viață și mediu sănătos;

- Creșterea numărului de persoane din rândul populației vulnerabile asigurate medical și înscrise pe listele medicilor de familie;
- Contact permanent al autorității locale cu membrii comunităților vulnerabile și identificarea la timp a problemelor medico-sociale care pot afecta viața cetățenilor la nivel local.

Conform legislației în vigoare, activitatea de mediere sanitară este parte din programul de asistență medicală comunitară derulat de Ministerul Sănătății și are ca obiectiv general **creșterea accesului populației, în special a persoanelor din comunitățile vulnerabile cu romi, la servicii de sănătate centrate pe prevenție.**

Potrivit prevederilor art. 8 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, activitățile de asistență medicală comunitară sunt realizate de către asistenți medicali comunitari, **mediatori sanitari** și moașe. **Practic, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este parte din echipa de asistență medicală comunitară și, acolo unde este cazul, lucrează în echipa cu asistentul medical comunitar și cu alți lucrători implicați în echipa de asistență medicală comunitară.**

Conform legislației în domeniul asistenței medicale comunitare¹, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate fi inclusă în echipa de asistență medicală comunitară **cu normă întreagă de lucru** doar dacă, la nivelul unității administrativ teritoriale, regăsim un număr minim de **700 de persoane de etnie romă**, care se încadrează în categoria de persoane vulnerabile, supuse riscului de excluziune socială, proces documentat de autoritatea locală.

În situații deosebite, dacă la nivel local regăsim **un număr mai mic de romi** și autoritatea locală consideră justificat că aceștia au nevoie de suportul unui mediator sanitar, conform HG 459/2010, cu modificările ulterioare și ținând cont de prevederile art. 6 din Carta europeană a autonomiei locale, adoptată la Strasbourg la 15 octombrie 1985, ratificată de România prin Legea nr. 199/1997, **autoritatea locală poate să solicite DSP Județene aprobarea unui post de mediator sanitar cu normă parțială de lucru**, care să deservească membrii comunității locale și care să contribuie la creșterea accesului romilor la servicii de sănătate preventive și curative.

Mediatorul sanitar/Mediatoarea sanitară este angajatul/a autorității locale care, în condițiile prezentate în HG 324/2019 și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017 și în limitele resurselor umane și financiare existente, este responsabil/ă de asigurarea cu servicii de asistență medicală comunitară a populației/ servicii de mediere sanitară, în special a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social.

Munca de mediere sanitară este una foarte complexă. În primul rând, ca să poată fi puse în practică activitățile din fișa de post, mediorii sanitari/mediatoarele sanitare trebuie să dețină anumite abilități care să le permită să-și ducă la bun sfârșit sarcinile. Lucrul cu oameni aflați în nevoie și reușita în sprijinirea acestora în procesul de rezolvare a problemelor lor este una dintre cele mai mari satisfacții ale unui lucrător comunitar. *”Așteptările sunt mari, oamenii aflați în nevoie au credința că problema lor este prioritară și este de datoria ta în calitate de mediator sanitar să le rezolvi problemele.”* (mediator sanitar - București)

Scopul muncii mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este de a evita situațiile neplăcute care pot apărea în comunitate din punct de vedere medico-social și, în acest sens, bagajul de cunoștințe al mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare trebuie să fie unul foarte complex. În plus, această ocupație impune persoanei care ocupă postul calități etice și morale deosebite, disciplină, simț de răspundere, abilități de lucru cu oamenii, comportament nediscriminatoriu și capacitatea de a păstra confidențialitatea informațiilor și a datelor cu caracter personal.

Atenție!!! Nu oricine poate să desfășoare activitatea de mediere sanitară. Condiția de bază pentru a activa în poziția de mediator sanitar/mediatoarea sanitară este cunoașterea specificului comunității

¹ Art. 4, din HOTĂRÂRE nr. 459 din 5 mai 2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările și completările ulterioare.

în care activează, manifestarea empatiei față de problemele comunității și acceptarea persoanei de membrii comunității.

Așa cum menționează legislația în vigoare, pentru a putea participa la concursul de ocupare a poziției de mediator sanitar organizat de autoritatea locală, obligatoriu, o persoană trebuie să fie absolventă a cursurilor de formare profesională cu certificat de calificare în ocupația de mediator sanitar conform legislației în vigoare².

Care sunt condițiile pe care trebuie să le îndeplinească o persoană pentru a participa la un curs de calificare în meseria de "mediator sanitar"?

Având în vedere faptul că activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare se desfășoară în comunitatea cu romi și pentru că în munca de mediere sanitară este important ca persoana care activează să cunoască foarte bine specificul comunității, procesul de selecție a persoanelor care să devină mediatori sanitari/mediatoare sanitare pentru comunitățile vulnerabile cu romi este un proces complex care necesită implicarea societății civile sau a liderilor formali sau informali activi la nivel comunitar.

Condițiile ideale pe care trebuie să le îndeplinească o persoană pentru a fi selectată să participe la cursurile de mediere sanitară, sunt:

- să locuiască în comunitatea cu romi și să cunoască problemele cu care se confruntă membrii comunității;
- să fie o persoană recunoscută ca model comportamental de familiile din comunitate (de preferat ca respectiva persoană să fie femeie și să fie recunoscută ca model comportamental de alte femei din comunitate);
- să aibă calități etice și morale recunoscute de către comunitatea din care face parte;
- să cunoască cultura și tradițiile membrilor comunității pe care o deservește;
- să fie recunoscută de membrii comunității ca fiind o persoană integră și empatică;
- să aibă abilități de comunicare și să cunoască limba vorbită de membrii comunității;
- să fie o fire energică și concentrată pe procesul de rezolvare a problemelor;
- să aibă studii minime, în conformitate cu legislația în vigoare;

În procesul de selecție, autoritatea locală împreună cu responsabilii de la nivel comunitar (lideri formali sau informali ai romilor) trebuie să aibă în vedere principiul meritocrației.

Persoana/persoanele identificate, trebuie să participe la un curs de calificare în domeniul medierii sanitare, curs organizat de un furnizor acreditat³ de formare profesională în meseria de mediator sanitar, cu durată de 720 de ore (respectiv 240 ore teorie și 480 ore practică la nivel comunitar). La finalul cursului, furnizorul va elibera **certificatul de calificare în activitatea de mediere sanitară și suplimentul descriptiv al certificatului care conține informații cu privire la competențele profesionale dobândite** (Unități de competențe generale și unități de competențe specifice).

Este foarte important de subliniat că, abia după obținerea certificatului de formare profesională sau a adeverinței care certifică faptul că este absolvent/ă a cursului de calificare în meseria de mediator sanitar, persoana este eligibilă să participe la concursul de ocupare a postului de mediator sanitar organizat de autoritatea locală în conformitate cu prevederile HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

Mediatorul sanitar/Mediatoarea sanitară care este declarat/ă admis/ă la concursul de ocupare a postului, va fi angajat/ă de autoritatea locală cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată, acesta/aceasta beneficiind de drepturile și obligațiile ce decurg din această calitate, conform legislației muncii.

Atenție!!! Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare care desfășoară activități în domeniul asistenței medicale comunitare au în fișa postului doar atribuțiile prevăzute la art. 13 din HG 324/2019 pentru

² Art 18, (3), litera c din HG 324/2019.

³ Asociația Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – SASTIPEN este acreditată ca furnizor de formare profesională în meseria de mediator sanitar, cod COR 532901, curs 720 ore conform autorizatie Serie B nr. 0012701 și număr în R.N.F.P.A. 40/5486/10.12.2020.

aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

Programul de lucru al mediatorului/mediatoarei sanitar/e este de 8 ore pe zi, conform orarului stabilit de autoritatea executivă a administrației publice locale și avizat de Direcția de sănătate publică județeană și a municipiului București. Programul de lucru al mediatorului/mediatoarei sanitar/e trebuie să prevadă activitate de teren de cel puțin două treimi din timpul zilnic de lucru, raportat ca medie pe fiecare lună, cu excepția zilelor în care sunt organizate întâlnirile de lucru sau instruirile profesionale.⁴

Conform Normelor metodologice de aplicare a Legii asistenței medicale comunitare, activitatea mediatorului sanitar este coordonată tehnic și metodologic de către Ministerul Sănătății prin structurile sale deconcentrate din teritoriu, respectiv direcțiile de sănătate publică județene.

Care sunt elementele definitorii ale activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare ?

Mediatorul sanitar/Mediatoarea sanitară:

- facilitează comunicarea dintre membrii comunităților locale cu romi și autoritățile sanitare și locale;
- desfășoară o activitate cu competențe bine stabilite în fișa de post;
- conștientizează indivizii și comunitatea de importanța tratării eficiente a îmbolnăvirilor și prevenirii acestora, dar, mai ales vizează promovarea sănătății și educația pentru sănătate;
- oferă încredere și empatie membrilor comunității deservite;
- este prima persoană care intră în curtea/locuința unei familii romi, atunci când echipele comunitare vizitează comunitățile cu romi, comunitatea și colegii de echipă sau de instituție solicitându-i acest lucru;
- oferă sprijinul solicitat de membrii comunității “traducând” pentru personalul medical și alte autorități locale dorințele/nevoile unor persoane cu grad scăzut de educație și informare, care, din punct de vedere emoțional sau lingvistic, nu se pot exprima coerent în fața unei autorități, nu reușesc să-și susțină punctul de vedere sau cauza;
- are disponibilitatea și capacitatea emoțională pentru a deservi o comunitate vulnerabilă din punct de vedere sanitar și socio-economic;
- este o persoană care înțelege dialectul, cutumele, tradițiile și comportamentele comunității cu romi pe care o deservește;
- are disponibilitatea de a oferi servicii de acompaniere persoanelor vulnerabile la medicii de specialitate sau în mediul spitalicesc, aceștia deseori solicitând sprijinul mediatorului;
- oferă încredere și personalului medical din diferite instituții medicale, implicat în actul de îngrijire medicală a unei persoane aparținând etniei romi și facilitează comunicarea dintre cele două persoane;
- oferă servicii de acompaniament personalului medical care trebuie să facă vizite de constatare în comunitate – ex. caz de deces, morți cu suspiciune, cazuri grave din punct de vedere medical, cu risc de transmitere a bolii;
- este singura persoana care poate convinge persoanele din comunitățile deservite să participe la campaniile de promovare a sănătății, la screening-uri, prin exemplu personal sau încrederea de care se bucură în cadrul comunității etc;
- împreună cu asistentul medical comunitar, are disponibilitatea de a identifica, pentru femeile romi, medici specialiști - femei pentru ca acestea să poată avea confort fizic și psihic-emoțional pentru a se prezenta la medic în vederea unei intervenții sau control medical;
- are disponibilitatea de a oferi timp comunității și în afara orelor de program, mai ales în cazul în care locuiește în comunitatea deservită;
- oferă informația necesară pentru ca o persoană să-și poată solicita drepturile și sprijină întreg procesul obținerii unei asigurări medicale, activării cardului de sănătate, obținerii venitului minim garantat care stă la baza calității de asigurat medical, acompaniind persoana în cadrul fiecărei etape;
- colaborează cu toate autoritățile (inclusiv culte religioase) pentru finalizarea unor cazuri precum înmormântările unor persoane, fără părtinire sau discriminare;

⁴ Art.19 din HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

- ia atitudine în cazul cazurilor de discriminare legate de sistemul de sănătate;
- este solicitată atât de autorități, cât și de familii pentru a sprijini membrii familiilor care necesită acompaniament la morgă /unitate de primire a cadavrelor și locul unde se fac autopsii în vederea constatării motivului morții unui membru al familiilor din comunitățile deservite;
- alături de AMC, este persoana cu cea mai de încredere pentru a transmite informații gravidelor și proaspetelor mămici, mai ales dacă acestea sunt și minore și au nevoie și de sprijin emoțional;
- este cea care poate convinge părinții sau familia extinsă, în caz de abandon al nou-născutului în maternități, să regândească introducerea acestuia în familie, oferindu-i informația necesară care să sprijine creșterea și susținerea acestuia;
- este reprezentantul cert al autorităților, prezent în comunitățile cu romi, mai ales dacă este membru al respectivei comunități, în perioadele de pandemie sau situații de urgență;

1.2. FIȘA DE POST A MEDIATORULUI SANITAR/MEDIATOAREI SANITARE

Activitatea de mediere sanitară se adresează populației de etnie romă și poate fi realizată de către mediatoarele sanitare calificate, conform prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și normele metodologice de aplicare regăsite în HG 324/2019.

Conform Art. 13 din HG 324/2019 pentru aprobarea *Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*, (1) pentru îndeplinirea activităților și furnizarea de servicii de asistență medicală comunitară, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare au următoarele atribuții:

- a) realizează catagrafia populației din comunitatea deservită, precum comunitățile de etnie romă, cu prioritate copii, gravidele, lăuzele și femeile de vârstă fertilă;**

Beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară sunt identificați în mod activ și continuu prin catagrafierea populației aparținând comunității locale și prin actualizarea lunară a acestora în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro. Prioritate pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în activitatea de catagrafiere o reprezintă copii, în vederea aducerii la cunoștința medicului de familie situația vaccinărilor și aspecte ce țin de sănătatea copiilor, femeilor însărcinate, lăuzelor și femeilor de vârstă fertilă. Prin munca pe care o desfășoară în comunitate, mediatorul sanitar / mediatoarea sanitară are posibilitatea să identifice femei romă care fie sunt însărcinate și nu sunt luate în evidență de medicul de familie, fie au născut și nu conștientizează necesitatea efectuării unor controale periodice sau femei de vârstă fertilă care nu au noțiuni de educație sanitară. În aceste cazuri, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară le catagrafiază (le ia în evidență), aduce în atenția medicului de familie aceste cazuri și le convinge pe femeile catagrafiate să meargă la control, explicându-le, totodată, importanța acestor controale.

- b) facilitează accesul copiilor, gravidelor, lăuzelor și femeilor de vârstă fertilă la servicii de sănătate, la măsuri și acțiuni de asistență socială și alte măsuri de protecție socială și servicii integrate adecvate nevoilor identificate;**

În funcție de problemele medico-sociale cu care beneficiarii se confruntă, pe baza unui plan individualizat realizat cu participarea beneficiarului, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară îi îndrumă și dacă este nevoie îi însoțește la serviciile livrate de autoritățile medico-sociale de la nivel local pentru a beneficia de suport specializat. Trebuie menționat faptul că nu este suficientă doar îndrumarea sau facilitarea accesului la servicii medico-sociale, ci trebuie monitorizată și evoluția situației beneficiarilor.

- c) identifică membrii de etnie romă din comunitate, neînscrși pe listele medicilor de familie, și sprijină înscrierea acestora, inclusiv cu sprijinul serviciului public de asistență socială;**

De multe ori membrii comunității nu știu care este procedura de înscriere pe listele unui medic de familie și nici nu conștientizează importanța calității de asigurat medical. Așa cum s-a menționat anterior, factorii care influențează starea de sănătate a romilor se facorează și faptului că, de multe

ori, membrii comunității consultă medicii de familie sau de specialitate numai în cazuri de urgență. Ei cunosc faptul că neavând calitatea de asigurat medical ca și pacient trebuie plătită consultația. Există situații când mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară identifică persoane care plătesc contribuția la CAS însă nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie. Ca urmare, aceasta trebuie să îndrume membri comunității către serviciile de specialitate în vederea obținerii calității de asigurat medical. După obținerea acestei calități, este foarte simplu ca respectiva persoană să poată fi înscrisă pe lista unui medic de familie. În calitate de asigurat, orice persoană beneficiază de unele drepturi, însă acestea atrag după sine și obligații care trebuie respectate. Îndeplinind funcția de educator, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are sarcina de a informa și explica care este procedura de obținere a calității de asigurat medical și, totodată, să explice drepturile și obligațiile pe care le au pacienții.

- d) semnalează medicului de familie persoanele care necesită acces la servicii de sănătate preventive sau curative și asigură sau facilitează accesul acestora la serviciile medicale necesare;**

Având în vedere activitatea de catagrafiere pe care o derulează mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară precum și natura activității de mediere sanitară, respectiv organizarea de vizite la domiciliul beneficiarilor, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are posibilitatea să identifice persoanele care au probleme de sănătate și au nevoie de servicii medicale, însă care nu se adresează medicului de familie din diferite motive. În această situație, în prima fază, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară comunică cu beneficiarul și îl convinge că afecțiunea sa necesită adresabilitate către un medic de familie și în faza următoare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară comunică medicului o listă cu persoanele (asigurate sau neasigurate) care necesită o vizită la cabinet. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară se asigură că beneficiarii vizitează cabinetul medicului de familie și, dacă este cazul, facilitează accesul sau procesul de comunicare dintre medic și beneficiar.

- e) în colectivitățile locale în care activează, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară participă la implementarea programelor naționale de sănătate, pe teritoriul administrativ respectiv, adresate cu precădere persoanelor vulnerabile din punct de vedere medical, social și economic, împreună cu asistentul medical comunitar și/sau moașa și cu personalul de specialitate din cadrul direcțiilor de sănătate publice județene și a municipiului București;**

Programele naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt programe cu acoperire națională care răspund nevoilor de sănătate publică din următoarele domenii:

- prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile,
- monitorizarea factorilor determinanți din mediul de viață și muncă,
- realizarea procedurilor de transplant de organe, țesuturi sau celule,
- prevenirea, supravegherea și controlul bolilor netransmisibile, al
- promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos,
- asigurarea unor servicii de sănătate publică specifice destinate copiilor, gravidelor, lehzelor.

Responsabili pentru implementarea acestor programe sunt Direcțiile de Sănătate Publică, respectiv coordonatorii metodologici ai mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare. În calitate de angajat în cadrul programului de asistență medicală comunitară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a sprijini echipele responsabile de implementarea programelor, să faciliteze comunicarea cu beneficiarii, să-i mobilizeze la diferite acțiuni și să le explice care este importanța acestor acțiuni pentru sănătatea lor și a comunității din care fac parte.

- f) sprijină personalul medical care activează în unitățile de învățământ în procesul de monitorizare a stării de sănătate a elevilor prin facilitarea comunicării dintre cadrele medicale școlare și părinți;**

Prin natura activității sale, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară colaborează și cu personalul din cadrul unităților școlare de la nivel comunitar. Fiind lucrător comunitar și vizitând des membrii comunității, la solicitarea cadrelor medicale școlare sau a medicului de familie, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a monitoriza starea de sănătate a elevilor din

comunitatea romă, de a discuta cu părinții despre evoluția stării de sănătate și de a facilita relația de comunicare dintre părinți și personalul medical. Totodată, în cadrul acestei activități, cu acordul conducerii unității de învățământ și alături de alte cadre medicale (medic, asistent medical comunitar, ș.a) mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să organizeze sesiuni de educație sanitară pentru elevi, pe teme ce țin de educația pentru sănătate, igienă personală și prevenirea îmbolnăvirilor în rândul copiilor.

- g) explică avantajele igienei personale, a locuinței, a surselor de apă și a sanitației, promovează măsurile de igienă dispuse de autoritățile competente;**

Activitatea de mediere sanitară este strâns legată de partea preventivă a actului medical. Prevenția îmbolnăvirilor se realizează prin organizarea de sesiuni de educație sanitară cu participarea beneficiarilor și prin identificarea eventualelor probleme ce țin de alimentarea cu apă sau sanitație. O igienă personală corespunzătoare și o locuință îngrijită corespunzător sunt factori determinanți pentru prevenirea îmbolnăvirilor în rândul populației. Sunt situații când, datorită calității apei sau a sistemului deficitar de colectare a apelor uzate din gospodărie (canalizare sau hazna/fosă septică) beneficiarii manifestă anumite simptome de îmbolnăvire și pot apărea focarele de infecție (ex. hepatita). În acest caz, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să anunțe organele competente (DSP, autoritate locală, medic de familie), să îndrume și să faciliteze accesul beneficiarilor la controale medicale și să organizeze sesiuni de informare în vederea promovării măsurilor dispuse de autoritățile competente. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să sprijine inițiativele DSP sau a medicului de familie în vederea prevenirii situațiilor de epidemie. De asemenea, trebuie să informeze comunitatea cu privire la necesitatea implementării măsurilor adecvate în astfel de cazuri.

- h) informează membrii colectivității locale cu privire la menținerea unui stil de viață sănătos și organizează sesiuni de educație pentru sănătate de grup, pentru promovarea unui stil de viață sănătos, împreună cu asistentul medical comunitar și/sau moașa și cu personalul din cadrul serviciului de promovare a sănătății din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București;**

Așa cum am menționat și mai sus, activitatea de mediere sanitară se concentrează foarte mult pe partea de **educație pentru sănătate**, partea de prevenție a îmbolnăvirilor. Conform atribuțiilor din cadrul fișei postului, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară organizează sesiuni de educație cu participarea beneficiarilor alegând temele de interes în vederea promovării unui stil de viață sănătos. Sesiunile de educație în grup nu trebuie să adune mai mult de 10 beneficiari, nu trebuie să dureze mai mult de 2 ore și, cel mai important, nu trebuie să decurgă ca o activitate în care mediatoarea vorbește și participanții ascultă. La aceste sesiuni trebuie creat un climat de încredere, deschis la dialog, în care participanții să poată pune întrebări astfel încât să își satisfacă nevoile de informare. Ideal ar fi ca la aceste sesiuni să participe și personal medical calificat (medic, asistentă medicală, asistentă medicală comunitară) deoarece, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară neavând studii de specialitate, nu poate oferi sfaturi legitime atunci când se discută despre tratament sau alte intervenții medicale. De exemplu, temă legată de **prevenirea cancerului de col uterin** este o temă sensibilă care necesită explicații mai amănunțite din partea unui cadru medical. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu poate decât să discute despre importanța controalelor periodice în vederea prevenirii, despre riscuri și să comunice participanților la sesiune unde se poate prezenta o persoană pentru un consult de specialitate. Ca urmare, este indicat este ca la sesiunile de educație sanitară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să fie asistată de un cadru medical sau măcar însoțită de o asistentă medicală comunitară, care să poată sprijini transmiterea corectă și specifică a unor informații care pot fi solicitate de către participanți.

- i) participă, prin facilitarea comunicării, împreună cu asistentul medical comunitar, la depistarea activă a cazurilor de tuberculoză și a altor boli transmisibile, sub îndrumarea medicului de familie sau a cadrelor medicale din cadrul direcției de sănătate publică sau al dispensarului de pneumoftiziologie;**

În munca de teren pe care o efectuează zilnic în comunitate, un mediator sanitar/o mediatoare sanitare interacționează permanent cu beneficiarii și are posibilitatea să recunoască semnele unor posibile îmbolnăviri (TBC, virus gripal, COVID 19, Hepatita A, sau alte boli transmisibile) care pot afecta întreaga comunitate. În acesta situație, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare trebuie să anunțe imediat medicul de familie sau să informeze de urgență coordonatorul activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP pentru luarea unor măsuri adecvate situației. Totodată, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare trebuie să convingă beneficiarii care prezintă simptome de îmbolnăvire, precum și contacții acestora, să mergă la control medical și să urmeze tratamentul prescris, eventual chiar să îi însoțească la unitățile medicale pentru a facilita comunicarea dintre pacienți și cadrele medicale. În faza următoare, dacă beneficiarii sunt tratați ambulatoriu sau primesc tratament la domiciliu, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare trebuie să urmărească evoluția beneficiarilor și să monitorizeze dacă pacientul continuă schema de tratament prescrisă și respectă recomandările medicilor. În caz contrar, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare trebuie să anunțe imediat cadrele medicale pentru luarea unor măsuri în vederea reducerii riscurilor îmbolnăvirii și altor membrii din comunitate.

j) însoțește cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau controlul situațiilor epidemice, facilitând implementarea măsurilor adecvate, și explică membrilor colectivității locale rolul și scopul măsurilor de urmărit;

Cel mai bun exemplu pentru a detalia sarcinile mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare referitor la această atribuție o reprezintă situația pandemică COVID 19 cu care s-a confruntat România și întreaga lume în perioada 2019 - 2021. Infecția cu Coronavirus (COVID-19) a îmbolnăvit și poate continua să îmbolnăvească comunități întregi și, dacă nu sunt respectate măsurile de protecție impuse de autoritățile competente, cu atât cresc șansele ca virusul să se modifice și să provoace decese în rândul populației. Trebuie subliniat că, din lipsa informației asupra acestei boli, foarte multe persoane au decedat pentru că nu au crezut în boală, pentru că au avut rețineri cu privire la campania de vaccinare sau nu respectat măsurile de protecție impuse de autoritățile competente. În perioada pandemiei COVID 19, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare și asistentele medicale comunitare au fost în linia întâi și au asigurat comunicarea, atât cu beneficiarii sănătoși, cât și cu beneficiarii bolnavi sau aflați în carantină. Autoritățile sanitare au organizat în perioada respectivă campanii de informare cu privire la măsurile de prevenire a îmbolnăvirilor și măsurile de distanțare socială, ulterior implementând campanii cu privire la vaccinare. În aceste situații, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare au însoțit pe teren echipele DSP și au facilitat implementarea acțiunilor la nivel comunitar, explicând membrilor comunității locale rolul și scopul măsurilor impuse de autoritățile competente.

k) facilitează acordarea primului ajutor, prin anunțarea asistentului medical comunitar, moașei, personalului cabinetului/cabinetelor medicului de familie, cadrelor medicale/serviciului de ambulanță, și însoțesc în colectivitatea locală echipele care acordă asistență medicală de urgență;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare nu are pregătire medicală, însă direcția de sănătate publică poate organiza cursuri de instruire a acestora în **domeniul oferirii măsurilor de prim ajutor**. În cazul în care, în comunitate, se întâmplă un eveniment grav atunci principala sarcină a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este să anunțe ambulanța și să se asigure că pacientul primește îngrijire corespunzătoare. În situațiile care nu au un grad mare de risc, atunci mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare va solicita intervenția asistenței medicale comunitare sau a medicului de familie.

l) facilitează comunicarea dintre autoritățile publice locale și comunitatea din care fac parte și comunicarea dintre membrii comunității și personalul medico-social care deservește comunitatea;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare este un cultivator de încredere între populația de romi și autorități locale și trebuie să creeze un cadru de încredere între cele două părți. În comunitate, trebuie să transmită populației mesaje clare prin care aceasta să înțeleagă și limitele unane ale medicului și faptul că stresul la care este supus zilnic medicul de familie îl face pe acesta să se comporte uneori în mod diferit față de așteptările unora dintre pacienți. În relația cu medicul de familie, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitare trebuie să îl sprijine și pe acesta să înțeleagă situația unora dintre

pacienții romi care îi solicită ajutorul, respectiv să-l facă să înțeleagă pe medic că datorită culturii, tradiției sau a situației în care se află comunitatea din punct de vedere social, membrii se comportă diferit de pacienții neromi. De multe ori, persoanele care merg la medicul de familie nu știu cum să se adreseze medicului sau nu cunosc limba română și atunci intervine o barieră de comunicare între cei doi. De multe ori, pacienții romi care ies din cabinetul medicului nu respectă indicațiile acestuia deoarece nu au înțeles ce trebuie să facă. În acest caz, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are sarcina de a sprijini dialogul dintre cele două părți, prin "traducerea" mesajului pacientului către medic și "traducerea" mesajului medicului către pacientul rom. Este vorba fie de o traducere din limba română în limba romani fie o "traducere" a mesajului în limbajul folosit de medic pe înțelesul pacientului și viceversa.

m) întocmesc evidențele necesare și completează documentele utilizate în exercitarea atribuțiilor de serviciu, respectiv registre, fișe de planificare a vizitelor la domiciliu, alte documente solicitate, conform atribuțiilor;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să țină evidența documentelor utilizate în exercitarea atribuțiilor de serviciu. Registrul cu persoanele catagrafiate, fișele de planificare a activităților, fișele de monitorizare a beneficiarilor, rapoartele de vizită la domiciliul beneficiarilor și rapoartele de activitate - sunt documentele care probează eficiența și eficacitatea intervenției de mediere sanitară. Acestea trebuie păstrate la birou și nu trebuie înstrăinate decât superiorului ierarhic și coordonatorului activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP. Aceste materiale conțin date de identificare personală, precum și informații cu privire la situația medico-socială a beneficiarilor și, în conformitate cu legislația în vigoare, trebuie asigurată confidențialitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal.

n) elaborează raportările curente și rapoartele de activitate, în conformitate cu sistemul de raportare definit de Ministerul Sănătății, și raportează activitatea în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro, cu respectarea confidențialității datelor personale și a diagnosticului medical al beneficiarilor;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a raporta lunar activitatea în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro. Fiecărui utilizator al aplicației on-line i se asigură un cod de utilizare și o parolă proprie pentru contul de utilizator și are obligația de a le accesa singur și de a nu permite altor persoane accesul în cont. Tot în această aplicație, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să introducă și informațiile privind persoanele catagrafiate, cu asigurarea protecției datelor personale, precum și a celor medicale. Coordonatorii județeni de asistență medicală comunitară, din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, monitorizează respectarea introducerii lunare a datelor activității personalului din asistență medicală comunitară și vor întocmi rapoartele de analiză privind evoluția indicatorilor propuși și a impactului acestora la nivelul comunității, conform prevederilor prezentelor norme metodologice. Direcțiile de sănătate publică județene au obligația de a instrui mediatoarele sanitare în vederea utilizării aplicației on-line funcționale cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro .

o) desfășoară activitatea în sistem integrat cu asistentul medical comunitar, moașa, asistentul social/tehnicianul în asistență socială, consilierul școlar și/sau mediatorul școlar pentru gestionarea integrată a problemelor medico-socio-educative ale persoanelor vulnerabile;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este parte din echipa comunitară alături de asistentul medical comunitar, asistentul social/tehnicianul în asistență socială, consilierul școlar și/sau mediatorul școlar. Având în vedere complexitatea problemelor cu care se confruntă beneficiarii și ținând cont de specificul fișei de post, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu poate să rezolve singură toate problemele beneficiarilor (multe dintre problemele beneficiarilor nu au legătură cu fișa de post a mediatorului sanitar) și atunci trebuie să colaboreze cu alți experți/lucrători de la nivel local. De exemplu, dacă în activitatea din teren, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară identifică o situație de abandon al copiilor, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are calitatea de a interveni, ci trebuie să informeze autoritățile competente (departamentul de asistență socială și protecția copilului) pentru a prelua cazul și a face demersurile necesare protejării copilului. Totodată,

dacă în activitatea de teren, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară identifică o persoană care se tratează la domiciliul în baza unui tratament prescris de medic și are nevoie de efectuarea unei injecții, în această situație mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să anunțe asistentă medicală comunitară sau asistentă de la cabinetul medicului de familie. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are voie să efectueze acte medicale (injecții, administrare tratament, etc), ci trebuie doar să faciliteze accesul beneficiarilor la serviciile medicale.

p) participă la realizarea planului comun de intervenție a echipei comunitare integrate, din perspectiva serviciilor de mediere sanitară din cadrul serviciilor de asistență medicală comunitară;

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, fiind parte din echipa de asistență medicală comunitară, lucrează în echipă cu personalul responsabil de implementarea activităților de asistență medicală comunitară. Pe baza informațiilor culese din teren, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară participă la ședințele de lucru ale echipei comunitare și contribuie la realizarea planului comun de intervenție a echipei comunitare integrate. În cadrul acestor ședințe de planificare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are posibilitatea să solicite ajutorul colegilor sau să delege responsabilitățile ce nu țin de fișa sa de post. În plus, ori de câte ori este nevoie, participă la ședințele de planificare, monitorizare și evaluare organizate de DSP în calitate de coordonator tehnic și metodologic al activității de asistență medicală comunitară.

q) colaborează cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizațiile neguvernamentale, pentru realizarea de programe, proiecte și acțiuni care se adresează persoanelor sau grupurilor vulnerabile de etnie romă;

Având în vedere natura activității de mediere sanitară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să participe alături de alți experți la ședințele de lucru ale grupului de acțiune locală, organizat la nivelul UAT, responsabil pentru realizarea planurilor de acțiune în domeniul incluziunii romilor, conform HG 560/2022 pentru aprobarea Strategiei Naționale în domeniul incluziunii populației de etnie romă, poate să participe la sedintele Birourilor Județene pentru Romi din cadrul Institutiei Prefectului pentru a împărtăși experiența și pentru a face cunoscute problemele medico-sociale reale ale membrilor comunităților locale cu romi, poate să colaboreze cu ONG-uri în procesul de planificare și implementare de acțiuni/proiecte care vizează îmbunătățirea situației medico-sociale a membrilor comunității locale cu romi, poate să ofere suport cercetătorilor care analizează situația membrilor comunității locale și realizează recomandări de politică publică. Important de reținut este faptul că, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, în calitate de angajat al primăriei, are obligația de a informa superiorul ierarhic cu privire la acest aspect și de a solicita acordul implicării în acțiunile realizate de alte entități.

r) realizează alte activități și acțiuni de sănătate publică adaptate nevoilor specifice ale comunității și persoanelor sau grupurilor vulnerabile de etnie romă;

În funcție de problemele de sănătate identificate și de nevoile de instruire în domeniul sănătății, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să abordeze și alte teme de interes general, ca de exemplu, temă legată de **sănătatea reproducerii și planificare familială**. Planificarea familială este un subiect delicat de abordat în comunitățile cu romi. Având în vedere rata mare a avorturilor și a deceselor în rândul femeilor rome cu siguranță că subiectul trebuie abordat de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în comunitățile cu romi. Aceasta nu trebuie să ofere beneficiarilor rețete sau să înlocuiască medicul specialist de planificare familială, ea doar discută cu femeile despre importanța sănătății reproducerii, bineînțeles, încadrat în sistemul cultural tradițional al comunității, și le invită la cabinetul specializat de planificare familială în care activează un medic de specialitate. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu trebuie să le convingă pe femei să folosească o metodă de contracepție, doar trebuie să le explice că metoda de contracepție este propria alegere a femeii informate, fiind consiliată de medicul specialist. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să discute cu femeile rome despre avantajele și dezavantajele utilizării unei metode de contracepție. Dacă sunt comunități religioase sau tradiționale și membrii acestora nu doresc să discute despre acest subiect, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va respecta dorința comunității și nu va aborda

subiectul, decât în anumite limite și referindu-se la faptul că în alte comunități există persoane care solicită astfel de informații și apreciază o astfel de consiliere.

s) colaborează cu asistentul medical comunitar, asistentul social/tehnicianul în asistență socială, moașa, cadrele didactice din unitățile școlare din unitatea/subdiviziunea administrativ-teritorială.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, fiind parte din echipa de asistență medicală comunitară, este obligat/ă să lucreze în echipă cu personalul responsabil de implementarea activităților de asistență medicală comunitară. Așa cum am spus, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu poate să rezolve singură toate problemele cu care se confruntă beneficiarii însă poate să aducă la cunoștință colegilor din cadrul echipei de asistență medicală comunitară sau altori colegi din cadrul UAT problemele cu care se confruntă beneficiarii, facilitând comunicarea dintre părți.

Atribuțiile enumerate, din fișa de post a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, arată foarte clar faptul că aceasta nu are dreptul de a efectua acte medicale curative. În caz de urgență, ea anunță imediat medicul de familie și/sau apelează numărul unic de urgență 112, iar în exercitarea atribuțiilor de serviciu, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară respectă normele eticii profesionale și asigură păstrarea confidențialității datelor la care are acces.

Munca mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare contribuie la armonizarea condițiilor sociale, în care se desfășoară activitățile din domeniul medical, oferind șansa îmbunătățirii stării de sănătate a comunității.

O persoană aptă de a fi mediator sanitar, trebuie să dispună de abilități de comunicare și să fie acceptată și respectată atât de către membrii comunității, cât și de către reprezentanții autorităților locale.

1.3. INSTRUMENTELE DE LUCRU ALE MEDIATOAREI SANITARE

În continuare sunt prezentate cele mai importante instrumente de lucru utilizate în activitatea de mediere sanitară, respectiv: fișa de post, registrul cu persoanele catagrafiate, fișa de planificare a activităților, plan individualizat de intervenție, fișa de monitorizare a beneficiarilor, fișă de consiliere, rapoartele de vizită la domiciliul beneficiarilor, rapoartele de activitate, fișă de autoevaluare, discurs public, raport privind cazurile de îngrădire a accesului beneficiarilor la servicii medico-sociale

Prin atribuțiile menționate în HG 324/2019, ca persoana resursă la nivel local, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este responsabil/ă de facilitarea accesului non discriminatoriu al persoanelor din grupul țintă la servicii de sănătate de calitate și la alte servicii oferite de administrația locală, de cultivarea încrederii între autoritățile medico-sociale și beneficiari, de identificarea și de sesizarea situațiilor tensionate care pot genera conflicte și, în calitate de cultivator de încredere, de a contribui la informarea personalului medico-social despre sistemul cultural tradițional al membrilor comunității cu romi pe care îi deservește, de a crește nivelul de informare și conștientizare cu privire la importanța prevenirii îmbolnăvirilor și adoptarea unui stil de viață sănătos.

Facilitând dialogul între comunitate și cadrele medicale, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară identifică problemele de sănătate ale romilor și le supune atenției cadrelor medicale, vizitează periodic comunitatea de romi pentru a monitoriza cazurile de îmbolnăvire a persoanelor din cadrul comunității informând autoritățile sanitare asupra eventualelor schimbări care se produc.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să dețină în permanență un carnetel pe care își notează diferite aspecte din munca de zi cu zi (jurnalul său de activitate).

1.3.1. Registrul cu persoanele catagrafiate /FORMULARE DE CATAGRAFIERE UTILIZATE PENTRU CATAGRAFIEREA POPULAȚIEI DIN COMUNITATE

Activitatea de catagrafiere a beneficiarilor este o activitate permanentă pe care o realizează mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară deoarece beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară sunt identificați în mod activ și continuu prin catagrafierea populației colectivității locale și prin actualizarea lunară a acesteia în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro. Catagrafierea populației se realizează conform

formularului/***machetei regăsite în aplicația on-line*** a Ministerului Sănătății, cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, înscrisă în REGISTRU GOV.RO, cu asigurarea protecției datelor personale, precum și a celor medicale, conform Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare.

Principalele caracteristici care sunt avute în vedere la catagrafierea populației sunt reprezentate de: nivelul socio-economic al gospodăriei, numărul membrilor gospodăriei, genul și vârsta membrilor familiei, condițiile de locuit, starea de igienă a gospodăriei, statutul de încadrare în muncă a membrilor familiei și în sistemul de asigurări sociale de sănătate, starea curentă de sănătate și eventuale patologii cronice ale fiecărui membru al familiei, statusul privind serviciile preventive - cum ar fi vaccinare și screening, conform vârstei, riscuri personale și familiale, alte caracteristici specifice populației din colectivitățile locale deservite.

Deoarece scopul procesului de catagrafiere este acela **de a identifica problemele medico-sociale cu care se confrunta beneficiarii** precum și alte caracteristici specifice populației din colectivitățile locale deservite, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să țină cont de următoarele recomandări:

- Catagrafierea trebuie să fie un proces care să contribuie la dezvoltarea unei relații de încredere între mediatorul sanitar și beneficiar. Nu trebuie realizată forțat. Trebuie lucrat cu grijă deoarece oamenii din comunitate au tendința de a răspunde automat la întrebările din formular.
- Beneficiarii nu ar trebui să observe mediatorul/mediatoarea bifând acel formular de catagrafiere, informațiile necesare completării formularului să rezulte din discuția liberă cu beneficiarul.
- Întrebările din formularul de catagrafiere trebuie să le aibă în mare parte memorate, iar identificarea problemelor trebuie să se realizeze printr-o discuție liberă purtată cu beneficiarul. Trebuie folosite tehnicile de comunicare dobândite la cursul de formare. Trebuie să se realizeze o apropiere de membrii familiilor și o empatizare cu problemele lor.
- Pentru o familie alcătuită din 6 membri, timpul minim pe care trebuie să-l aloce mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară discuției cu membrii acestei familii este de minim 30 minute și maxim 60 minute. Timpul se stabilește și în funcție de cât de deschiși la comunicare sunt interlocutorii.
- După ce s-au abordat toate întrebările din formular și după ce s-a notat discret în carnețel, ulterior se va completa formularul de catagrafiere cu datele obținute.
- Pentru ca procesul de catagrafiere a populației să se realizeze conform machetei regăsite în aplicația on-line a Ministerului Sănătății, cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, înscrisă în REGISTRU GOV.RO, recomandat este ca, periodic, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să verifice modificările care apar pe platformă și să își adapteze formularul în funcție de aceste modificări.

Care sunt informațiile pe care le culegem în procesul de catagrafiere a adulților?

1. **Nr. crt.** : Numărul de ordine din registrul de catagrafiere.
2. **Nume și prenumele** – Aici trebuie notat numele real al beneficiarilor. De obicei oamenii în comunitate sunt recunoscuți după anumite porecle. În formularul de catagrafiere se notează însă numele și prenumele oficial al persoanei și, apoi se poate adăuga în paranteză numele cu care este recunoscută persoana în comunitate.
3. **Domiciliul** – se notează adresa oficială (conform cărții de identitate). Dacă persoana nu are domiciliul stabil în comunitate, atunci se notează adresa oficială și în paranteze adresa unde locuiește fără forme legale.
4. **Data și locul nașterii:** Se completează exact data și locul nașterii. Pentru mediatorul sanitar este foarte important să știe ce vârstă are beneficiarul și unde s-a născut. Sunt multe cazuri înregistrate în care beneficiarii nu au acte de identitate. Certificatul de naștere se eliberează de către Primăria unde s-a născut beneficiarul. *Ex: Copil născut în Brăila și, după naștere, copilul locuiește în Țândărei. Certificatul de naștere se obține de la serviciul de stare civilă din cadrul Primăriei Brăila și nu de la Primăria Țândărei.*
5. **Etnia beneficiarului:** Recomandat este faptul ca mediatoarea sanitară/mediatorul sanitar, chiar dacă știe etnia beneficiarului, să întrebe și să noteze etnia așa cum a menționat beneficiarul.
6. **Situația actelor de identitate:** La această rubrică mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu trebuie să ceară actul de identitate. Este suficient să întrebe dacă persoana are acte de identitate și dacă nu sunt deteriorate. De multe ori, se întâmplă ca beneficiarul să vină direct cu actul de identitate la mediatorul sanitar. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un cultivator de încredere și, la rândul său, trebuie să acorde încredere beneficiarului când acesta spune că are act de identitate și că nu este rupt sau

distrus. În tabel, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota că beneficiarul are act de identitate. Sunt cazuri în care beneficiarii au cărți de identitate și le lipsește certificatul de naștere. Atunci, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota acest lucru în formular.

7. **Medic de Familie:** La această rubrică mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota numele medicului de familie la care este înscris beneficiarul, doar în cazul în care acesta are medic de familie. În cazul în care nu are medic de familie, se va nota în formular “nu are medic de familie”.
8. **Ocupația și condiții locuire:** În permanență, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să ia în calcul calitatea de asigurat medical a beneficiarului. La această rubrică trebuie cunoscut dacă acesta plătește contribuția obligatorie la C. A. S. În formular trebuie notat dacă are sau nu un venit stabil, dacă este salariat cu carte de munca sau este beneficiar al Legii 416/2001 - legea venitului minim garantat. Totodată, trebuie avute în vedere și condițiile de locuire. În formular trebuie notate câteva detalii despre condițiile de locuire (dacă au apă potabilă, dacă au suficient spațiu de locuit, igiena spațiului de locuit etc.).
9. **Boli cronice:** Din discuțiile purtate cu beneficiarul, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate identifica dacă acesta suferă de o boală cronică. Dacă suferă de o astfel de boală, acest lucru se notează în formularul de catagrafiere. Tot în această rubrică se notează și dacă suferă de alte boli diagnosticate de un medic, inclusiv dacă urmează tratament și este monitorizat.
10. **Observații:** La rubrica Observații, mediatorul sanitar poate nota orice element pe care îl consideră semnificativ. Ideea principală este ca această rubrică să ajute mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în a-și nota propriile păreri cu privire la beneficiarul asistat. De obicei, la această rubrică mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară notează ceea ce nu rezultă din formularul de catagrafiere. *De exemplu, dacă beneficiarul este bolnav TBC, poate nota dacă este sau nu sub influența tratamentului. La observații, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate face și alte aprecieri cu privire la situația spațiului de locuit, relevante pentru sănătatea familiei, nevoile de instruire sanitară, etc.*

Care sunt informațiile pe care le culegem în procesul de catagrafiere a copiilor?

1. **Nr. crt. :** Numărul de ordine din caietul de catagrafiere.
2. **Nume și prenume:** Se va completa numele întreg al copilului.
3. **Domiciliul:** În formularul de catagrafiere a copiilor se nota adresa la care locuiesc părinții împreună cu copilul. Este important atât pentru mediatorul sanitar cât și pentru medicul de familie să știe unde își are domiciliul copilul. În cazul unei vizite la domiciliu, medicul de familie trebuie să știe unde locuiește copilul.
4. **Data și locul nașterii:** Se va nota locul și data nașterii.
5. **Situația actelor de identitate:** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota în formularul de catagrafiere dacă există sau nu certificat de naștere.
6. **Numele părinților:** În formularul de catagrafiere, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota numele complet al părinților. De multe ori părinții nu au același nume de familie și de aceea trebuie să se noteze în formular numele ambilor părinți.
7. **Nivelul studiilor:** în funcție de vârsta copilului, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară menționează dacă este înscris la școală și în ce clasă (gradiniță, învățământ primar sau gimnazial, liceu sau altă formă de învățământ).
8. **Numele medicului de familie:** La această rubrică mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va nota numele medicului de familie la care este înscris copilul, doar în cazul în care are medic de familie. În cazul în care nu are medic de familie va nota în formular “nu are medic de familie”. După cum știți, copii au acces gratuit la medicul de familie. Copiii până la 18 ani sunt în mod gratuit beneficiari ai asigurărilor de sănătate.
9. **Situația vaccinărilor:** Situația vaccinărilor, fie se află de la părinți, fie de la medicul de familie. În general, copii au un carnet de vaccinare în care medicul de familie a notat toate vaccinările efectuate. În acest caz se poate solicita părinților carnetul de vaccinare. În cazul în care părinții nu știu care este situația vaccinărilor, trebuie colaborat cu medicul de familie pentru a putea solicita aceasta situație.
10. **Boli cronice:** Ca și în cazul adulților, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să identifice eventuale boli cronice de care suferă un copil. În funcție de situația reală, se va nota în formularul de catagrafiere bolile de care suferă copilul sau în cazul în care nu se înregistrează astfel de boli, mediatorul sanitar va nota în formular că nu suferă de boli cronice.
11. **Observații:** La această rubrică se va nota orice informație cu privire la situația copilului catagrafiat. Dacă este bine îngrijit, dacă igiena spațiului de locuit este optimă pentru creșterea copilului, dacă mama știe cum să-l îngrijească, ș. a.

Care sunt informațiile pe care le culegem în procesul de catagrafiere a gravidelor/lehuze?

1. **Nr. crt.** : Numărul de ordine din caietul de catagrafiere.
2. **Nume și prenume:** Numele și prenumele gravidei/lehuzei.
3. **Domiciliul:** În formularul de catagrafiere se va nota atât domiciliul legal al gravidei/lehuzei, cât și adresa unde locuiește fără forme legale. În comunitățile de romi sunt întâlnite frecvent cazuri în care în actul de identitate persoana să aibă un domiciliu și în realitate să locuiască în altă parte.
4. **Data și locul nașterii:** Se completează exact data și locul nașterii. Pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este foarte important să știe ce vârstă are beneficiara și unde s-a născut, cu atenție sporită în cazul minorelor.
5. **Etnia gravidei:** Recomandat este faptul ca, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, chiar dacă știe etnia beneficiarului, să întrebe și să noteze etnia așa cum a menționat beneficiara.
6. **Situația actelor de identitate:** Se va nota dacă gravidă are sau nu act de identitate. Dacă nu deține act de identitate, principala sarcină a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este să sprijine gravida în procesul de obținere a actului de identitate. Dacă gravida nu are act de identitate, după naștere va fi foarte greu să obțină certificatul de naștere al copilului. Conform legislației, pentru eliberarea certificatului de naștere, la dosar este nevoie de actele de identitate ale mamei, dar și de actele de identitate ale tatălui, dacă acesta recunoaște copilul.
7. **Medic de familie:** Gravidă are nevoie de un medic care să-i monitorizeze sarcina. Dacă gravida nu este înscrisă pe lista unui medic de familie, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are ca principală sarcină să o sprijine în procesul de înscriere pe lista unui medic deoarece gravidele beneficiază prin lege de asigurare medicală.
8. **Trimestrul de sarcină:** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va completa în formular luna de sarcină a gravidei.
9. **Situația monitorizării:** Aici mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să completeze dacă gravida merge sau nu regulat la controalele medicale, conform fisei de monitorizare. Dacă nu merge la monitorizare, sarcina mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este de a convinge gravida să meargă la controalele periodice deoarece o sarcină monitorizată corect, dă confort psihic gravidei și încredere că sarcina evoluează bine.
10. **Boli cronice:** În cazul în care gravida suferă de boli cronice, ele vor fi notate în formular.
11. **Observații:** La observații, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate nota orice informație relevantă care să vină în sprijinul gravidei.

Atenție!!! Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a încărca lunar beneficiarii catagrafiați în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro cu asigurarea protecției datelor personale, precum și a celor medicale, conform Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare. Formularele completate pe suport de hârtie trebuie depozitate în loc sigur, într-un fișet de la locul de muncă, deoarece conțin date cu caracter personal iar mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, în conformitate cu legislația în vigoare, trebuie să asigure protecția datelor cu caracter personal ale beneficiarilor.

NUMELE MEDIATORULUI SANITAR/MEDIATOAREI SANITARE:
DATA ÎNTOCMIRII :

FORMULAR DE CATAGRAFIERE BENEFICIARI NR.....

Nume Prenume	
Acte identitate	Carte identitate DA NU Certificat naștere DA NU CNP :
Adresa domiciliul	
Telefon / email	

Etnie	Rom ☐ Nerom ☐ ALTA.....
Nivelul studiilor	☐ Fără studii ☐ Studii primare ☐ Studii obligatorii ☐ Studii medii ☐ Studii superioare
Ocupația	
Starea civilă	☐ Căsătorit ☐ Necăsătorit ☐ Văduv(ă) ☐ Căsătorit(ă) fără forme legale
Asigurare medicală	☐ Fără asigurare medicală ☐ Asigurat medical
Medic de familie	☐ Fără medic de familie ☐ Înscriș pe lista medicului de familie Numele medicului de familie
Condiții de Locuire	Locuiește în locuința proprietate personală ☐ Locuiește în locuința închiriată ☐ Locuiește cu părinții ☐ Locuința are act de proprietate? Da ☐ Nu ☐ Descriere starea locuinței:
Boli cronice sau probleme medicale diagnosticate de medic	Boli Cronice Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU Numele medicului care monitorizează cazul Alte boli cu diagnostic..... Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU Numele medicului care monitorizează cazul
Prestații sociale	Beneficiază de alocație pentru copii DA NU Beneficiază de ajutor social DA NU Beneficiază de alt tip de ajutor? Detaliați
Observații ale mediatorilor sanitari	

NUMELE MEDIATORULUI
DATA ÎNTOCMIRII :

SANITAR/MEDIATOAREI

SANITARE:

FORMULAR DE CATAGRAFIERE BENEFICIARI MINORI NR.....
☐ 0-6 ANI ☐ 7-14 ANI ☐ 15 – 18 ANI

Nume Prenume copil	
Acte identitate	Certificat naștere DA NU CNP :
Data și locul nașterii	
Adresa domiciliul	
Numele părinților	Numele mamei: Numele tatălui:
Date de contact părinți	
Etnie copil asumata de părinți.	Rom ☐ Nerom ☐ ALTA.....
Nivelul studiilor	☐ ÎNVĂȚĂMÂNT PREȘCOLAR ☐ ÎNVĂȚĂMÂNT PRIMAR (0-4) ☐ GIMNAZIU (5-8) ☐ ÎNVĂȚĂMÂNT LICEAL ALTE FORME DE ÎNVĂȚĂMÂNT Observații:
Ocupația	
Starea civilă	☐ Căsătorit ☐ Necăsătorit ☐ Vaduv(ă) Căsătorit(ă) fără forme legale
Medic de familie	☐ Fără medic de familie ☐ Înscriș pe lista medicului de familie Numele medicului de familie.....
Situația vaccinărilor	
Boli cronice sau probleme medicale diagnosticate de medic	Boli Cronice Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU Numele medicului care monitorizează cazul Alte boli cu diagnostic..... Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU Numele medicului care monitorizează cazul
Prestații sociale (dacă este cazul)	Beneficiază de alocație pentru copii DA NU Beneficiază de alt tip de ajutor? Detaliați

Observații ale mediatore sanitare	
--	--

NUMELE MEDIATORULUI SANITAR/MEDIATOAREI SANITARE:

DATA ÎNTOCMIRII :

FORMULAR DE CATAGRAFIERE GRAVIDE/LEHUZE NR.....

GRAVIDĂ ☐ LEHUZĂ ☐

Nume Prenume	
Acte identitate	Carte identitate DA NU Certificat naștere DA NU CNP : _____ Data și locul nașterii: _____
Adresa domiciliul	
Telefon / email	
Etnie	Rom ☐ Neron ☐ ALTA.....
Nivelul studiilor	☐ Fără studii ☐ Studii primare ☐ Studii obligatorii ☐ Studii medii Studii superioare
Ocupația	
Starea civilă	☐ Căsătorita ☐ Necăsătorită ☐ Văduvă ☐ Căsătorita fără forme legale
Asigurare medicală	☐ Fără asigurare medicală ☐ Asigurat medical
Medic de familie	☐ Fără medic de familie ☐ Înscriș pe lista medicului de familie Numele medicului de familie..... Medicul cunoaște dacă beneficiara este însărcinată sau lehuze? DA NU
Informații despre sarcină și lăuzie	Pentru gravide, menționați trimestrul de sarcină: Pentru lehuze, menționați data când a născut:
Monitorizare sarcină sau stare lăuzie	Sarcină este monitorizată DA NU Numele medicului care monitorizează sarcina: Lehuza a mers la control postnatal DA NU Numele medicului care a efectuat controlul postnatal:
Boli cronice sau probleme medicale diagnosticate de medic	Boli Cronice Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU

	Numele medicului care monitorizează cazul Alte boli cu diagnostic..... Urmează tratament DA NU Este monitorizat DA NU Numele medicului care monitorizează cazul
Prestații sociale	Beneficiază de alocație pentru copii DA NU Beneficiază de ajutor social DA NU Beneficiază de alt tip de ajutor? Detaliați
Observații ale mediatore sanitare	

După completarea acestor formulare de catagrafiere, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitarătrebuie să centralizeze într-un tabel informațiile identificate (recomandat este să creeze un fișier Excel în calculator ca bază de date, cu toate rubricile regăsită în formularele de catagrafiere) și, ulterior, să încarce informațiile pe platformă AMCMSR.gov.ro, butonul MEDIERE, secțiunea CATAGRAFIERE.

ASISTENTA MEDICALA COMUNITARA - MEDIERE SANITARA

[Prima pagina](#) [MEDIERE](#) [Agenda](#) [Utile](#) [Contact](#)

[Delogare](#)

Nume:		Initiala:	Prenume:	Data nasterii:		
				an ▼	luna ▼	zi ▼
Certificat nastere:	CNP:	Gen:	Status medical:			
▼		▼	▼			
BI/CI:	CI Serie:	CI Numar:	Etnie:			
▼			▼			
Judet:	Org. administrativa:	UAT:	Localitate:			
Giurgiu	▼	▼	▼			
Adresa:	Observatii:	Latitudine:	Longitudine:			
Locul nasterii:	Greutatea la nastere:	Varsta gestationala:	Varsta mamei la nasterea copilului:			
Varsta tatalui la nasterea copilului:	Varsta la stabilirea diagnosticului:	Data stabilirii diagnosticului:			Diagnostic clinic:	
		an 1901 ▼	luna 01 ▼	zi 01 ▼		
Confirmare prin test:	Dizabilitati asociate:	Cu/fara retard mintal:			Coeficient inteligenta:	
		▼				
Varsta dezvoltare:	Specialitate medic diagnostic:	Unitate medicala diagnostic:			Cod boala:	
Tratament:	Reevaluari:	Complicatii:			Incadrare grad handicap:	
Gradul de incadrare:						

NOTA: Campurile cu verde sunt folosite numai pentru persoanele cu boli rare

ATENTIE la introducerea datelor, trebuie sa fie EXACTE(fara greseli), campurile colorate sunt obligatorii.

powered by: apache, php, mysql
Copyright © AMC-MSR România 2014-2020
created by: Ioan HORODINCUI (tel. 0742406687), horodincu@yahoo.com

Macheta catagrafiere AMCMSR.gov.ro – in curs de actualizare

3.3.2. PLANUL DE LUCRU UTILIZAT PENTRU PLANIFICAREA ȘI IMPLEMENTAREA ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ

Așa cum menționam mai sus, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este parte din echipa de asistență medicală comunitară și, în această calitate, are responsabilitatea de a-și planifica activitățile lunare și zilnice bazat atât pe competențele profesionale cât și pe competențele celorlalți colegi din echipa de asistență medicală comunitară (asistent medical comunitar, asistent social, medic, etc).

Pentru activitățile sale zilnice, aceasta va utiliza o fișă de planificare, așa cum este menționat în fișa de post la punctul m)

Fișă de planificare zilnică

Nr crt.	Data	Activitate planificată (ex)	Observații
		Catagrafierea familie.....	
		Vizitare familiile	
		Vizitare gravide	
		Participare Campanie de vaccinare în cartierul/pe ulița/pe str	
		Organizare sesiune de IEC cu tema	

Totodată, este de subliniat faptul că, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară își poate planifica activitatea zilnică în funcție de nevoile comunității pe care o deservește, însă, atunci când există posibilitatea de a-și armoniza activitățile cu cele ale colegilor de departament/compartiment, activitatea sa poate intra și în planificarea săptămânală a Departamentului/compartimentului

Exemplu - Plan de Lucru armonizat cu cel al echipei comunitare din care face parte

Săptămâna 17-21	Activitate planificată - ex	Responsabili	Observații
	Verificare documente depuse pentru acordare VMG	Asistent social	
	Vizitare familii aflate în situații vulnerabile	Asistent social, Asistent medical comunitar, mediator sanitar	

De exemplu, în munca de teren mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară identifică o familie care se confruntă cu probleme de sănătate, membri nu au medic de familie și nici calitatea de asigurat medical. În plus, constată că această familie nu are venituri care să le permită traiul zilnic și nici nu beneficiază de un ajutor din partea autorităților competente. Acesta este o situație cu care se confruntă permanent mediatoarele sanitare. În acest caz, scopul mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este să îi aducă pe membri familiei la un control medical, să îi sprijine în procesul de obținere a calității de asigurat medical și să îi înscrie pe listele medicilor de familie pentru a fi monitorizați. Însă, până ajunge în acest stadiu, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să colaboreze cu specialiștii în asistență socială din cadru UAT pentru a identifica soluții pentru ca aceste persoane să poată beneficia de venitul minim garantat și să capete statutul de asistați social. Acest statut le permite să aibă și calitatea de asigurat medical, implicit dreptul de a se înscrie pe listele unui medic de familie și de a beneficia de drepturile pe care le oferă statutul de asigurat medical. Această situație ne arată clar cât de important este ca procesul de planificare a activității mediatoarei sanitare. Acesta trebuie să fie un proces care se

realizează în echipă, în sistem integrat, așa cum se menționează și în normele metodologice de aplicare a legislației în domeniul asistenței medicale comunitare. La ședințele de planificare a activității, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să aducă în atenția celorlalți colegi astfel de situații și să solicite sprijin. Eventual, după ședință, să lase și în scris o adresă de informare către serviciul de asistență socială prin care să solicite intervenție pentru cazul menționat.

Procesul de catagrafiere oferă mediatoarei sanitare posibilitatea de a identifica problemele medico-sociale ale beneficiarilor și de a planifica intervențiile. Pentru fiecare caz în parte, în funcție de problemele identificate, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să identifice și cine poate să o sprijine în procesul de implementare a activităților.

Atenție!!! Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are competențe să se implice în alte activități care nu țin de fișa postului. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să își decline competența, să informeze superiorul ierarhic și să delege responsabilitatea unui expert care are competențele necesare rezolvării situației.

Ce trebuie să facă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în situația în care preda un caz altui colaborator?

Raspuns: Să urmărească evoluția cazului, eventual să asigure comunicarea dintre beneficiar și expert și să se asigure că expertul depune toate eforturile pentru ca beneficiarul să primească suportul necesar.

Cazul nu este rezolvat doar dacă se declină competența și se delegă responsabilitatea. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară a identificat cazul, a intrat în contact cu beneficiarul și are obligația să urmărească tot procesul de rezolvare a problemei.

Managementul de caz

În practica medierii sanitare, managementul de caz presupune coordonarea intervențiilor necesare beneficiarului de către managerul de caz sau responsabil de caz, care poate fi medicul de familie, asistentul medical comunitar, asistentul social sau mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, în funcție de context, în funcție de problemă, de nevoia identificată și în raport de competențele profesionale solicitate.

Managerul de caz este profesionistul care asigură coordonarea activităților de asistență medicală, socială sau medico-socială desfășurate prin activități specifice derulate de echipa multidisciplinară (echipa de asistență comunitară). Acesta stabilește împreună cu furnizorii de servicii la nivel comunitar (asistență medicală primară, asistență socială, îngrijiri la domiciliu) criteriile de eligibilitate ale accesului beneficiarului la anumite servicii, facilitează interacțiunea între membrii echipei comunitare din domenii diferite implicate în procesul de îngrijire.

Fiecare caz complex, prin problemele medico-sociale identificate, poate beneficia de un responsabil de caz căruia managerul de caz îi poate delega anumite competențe pentru coordonarea activităților specifice și implementarea intervențiilor medico-sociale specializate.

În practica medierii sanitare, managerul de caz este de obicei coordonatorul ierarhic al activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, care are capacitatea de a coordona procese și a delega responsabilități membrilor echipei comunitare, iar responsabilul de caz poate fi mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară.

Din motive ce țin de complexitatea muncii sale, coordonatorul ierarhic al mediatoarei sanitare delegă această responsabilitate mediatoarei sanitare care trebuie să facă toți pașii necesari și legali care pot conduce la rezolvarea totală sau parțială a cazului.

Ce trebuie știut atunci când se primește responsabilitatea unui manager de caz?

În asistență medicală comunitară rezolvarea unui caz complex medico-social presupune alocarea unui algoritm, respectiv parcurgerea unor etape menite să soluționeze sau să amelioreze nevoile identificate după cum urmează:

1. Evaluarea inițială – culegerea datelor

Orice semnalare sau identificare a unei situații medico-sociale în cazul unui beneficiar presupune o evaluare inițială a existenței problemelor cu care acesta se confruntă. Această evaluare complexă are în vedere cunoașterea tuturor problemelor și a resurselor persoanei beneficiare pentru elaborarea planului de intervenție. Pentru o evaluare corectă, membrii echipei multidisciplinare trebuie să înțeleagă modul în care elementele contextului social, familial și individual afectează starea de sănătate și situația socială a persoanei identificate.

În cadrul acestei etape este necesară și prioritizarea problemelor persoanei beneficiare în funcție de gravitate dar și în funcție de resursele disponibile.

Este important pentru membrii echipei multidisciplinare, mai ales pentru responsabilul de caz să-și apropie beneficiarul și familia prin:

- Ascultarea activă a beneficiarului: planul de intervenție, aspecte de natură emoțională, elemente de legislație privind calitatea de asigurat, aspecte economice ale asiguratului.
- Examinarea cadrului familial: Relațiile dintre membrii familiei, situații medico-sociale de care au mai beneficiat membrii familiei, modul în care s-au urmat recomandările medicale.
- Relațiile beneficiarului cu comunitatea din care provine: apartenența la anumite grupuri sociale, responsabilități asumate în comunitate.

2. Diagnoza medico-socială și stabilirea obiectivelor de intervenție

După evaluarea inițială (este necesară trecerea unui interval cât mai scurt de timp între semnalarea unei situații medico-sociale în comunitate și analiza cazului în funcție de urgența și gravitatea cazului) în cadrul echipei multifuncționale se analizează situația, se realizează planul intervenției și se desemnează un manager și un responsabil de caz din rândul membrilor echipei, în funcție de problemele medicale sau sociale și de competențele membrilor echipei; se poate alege ca manager de caz medicul de familie, asistent social, asistentul medical comunitar etc.

Planul individualizat de intervenție se va baza în primul rând pe stabilirea obiectivelor de intervenție adică a schimbărilor necesare dorite pentru îmbunătățirea stării de sănătate a persoanei identificate sau rezolvarea unor probleme de natură socială.

3. Planificarea intervențiilor

Este necesară o planificare participativă a beneficiarului pentru eficientizarea intervențiilor furnizate de sistemul de mediere sanitară. La baza planului de intervenție individualizată stau următorii factori:



4. Implementarea și monitorizarea planului de intervenție

Intervenția este partea cea mai vizibilă a planului de asistență medico-socială comunitară. Un plan de intervenție nu are nicio valoare dacă nu există o înțelegere clară a modului cum va fi implementat. Pe parcursul implementării, realizării activităților planificate, membrii echipei multidisciplinare și mai ales managerul de caz trebuie să monitorizeze modul de implementare. În funcție de rezultatele intervențiilor asupra problemelor de sănătate și problemelor sociale ale beneficiarului se va decide continuarea sau modificarea acțiunilor prevăzute în planul de intervenție comunitară.

Monitorizarea implică verificarea alocării resurselor și efectele acțiunilor propuse asupra beneficiarului. Monitorizarea are ca scop cunoașterea, pe de o parte, a faptului că intervențiile medico-sociale propuse sunt în concordanță cu nevoile beneficiarului, iar pe de altă parte, reliefează posibilele

modificări ce pot fi făcute în funcție de rezultatele așteptate și evoluția situației beneficiarului respectiv.

5. Evaluarea rezultatelor

Intervențiile personalizate în cazul asistenței complexe comunitare trebuie să-și dovedească eficiența prin atingerea rezultatelor așteptate. De asemenea, în acordarea asistenței medico-sociale comunitare, membrii echipei multidisciplinare și mai ales managerul de caz trebuie să se preocupe de performanța metodelor folosite în rezolvarea cazului și cunoașterea schimbărilor necesare pentru îmbunătățirea calității serviciilor medico-sociale. Gradul de satisfacție al beneficiarului va fi stabilit prin evaluarea opiniei pacientului cu privire la rezultatele intervențiilor dar și asupra serviciilor de care a beneficiat.

Anexa 1 la Formularul de catagrafiere (care reprezintă și Fișa beneficiarului)/Registrul de catagrafiere nr.....

3.3.3. Plan individualizat de intervenție pentru membrii grupului țintă

1. Date de identificare ale beneficiarului

Nume Prenume	
Adresa	
Telefon / email	

2. Plan de intervenție

Activitatea	Descrierea intervențiilor ce urmează a fi implementate pentru beneficiar
Sprijin emitere acte de identitate	
Sprijin înscriere medic de familie	
Monitorizare sarcina/monitorizare stare de lăuzie.	
Vizita la domiciliu și monitorizare/consiliere	
Campanie vaccinare copii minori	
Sprijin obtinere prestatii sociale	
Depistare activa cazuri îmbolnavire	
Educație pentru sănătate – sesiuni IEC	
Alte intervenții necesare	

Întocmit Mediator sanitar Semnatura Data	Am luat la cunoștință Nume Beneficiar Semnatura Data

Anexa 2 la Fișa beneficiarului/ Registrul de catagrafiere nr.....

3.3.4 Fișa monitorizare intervenție pentru membrii grupului țintă

Data întocmirii

1. Date de identificare ale beneficiarului

Nume Prenume	
Adresa	
Telefon / email	

2. Descriere intervenții

Activitatea conform plan de intervenție	Descrierea activităților implementate

3. Planificarea următoarelor intervenții

Activitatea conform plan de intervenție	Observații și acțiuni ce urmează a fi implementate în continuare

4. Observații, recomandări, dovezi privind finalizarea intervenției (menționați care sunt documentele care atestă finalizarea intervenției).

--

Întocmit
Mediator sanitar
Semnatura
Data

Am luat la cunoștință
Nume Beneficiar
Semnatura
Data

3.3.5. FIȘA DE CONSILIERE UTILIZATĂ ÎN CADRUL ACTIVITĂȚII DE CONSILIERE DESFĂȘURATĂ DE MEDIATORUL SANITAR/ MEDIATOAREA SANITARĂ

FIȘA DE CONSILIERE este concepută respectându-se principiile consilierii în practica mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare. Activitatea de mediere sanitară se bazează foarte mult și pe capacitatea de înțelegere și suport oferită beneficiarilor. De multe ori, aceștia se confruntă cu un amalgam de probleme care le afectează inclusiv capacitatea de a se exprima într-o discuție simplă cu mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară. Acesta/Aceasta trebuie să aibă răbdare, să înțeleagă situația, să fie empatic/ă cu beneficiarii, să ofere suport emoțional, manifestând în acest fel și calități de consilier.

Consilierea este un proces în cadrul căruia o persoană este ajutată să își exprime problemele și să identifice soluțiile posibile dar și consecințele deciziei sale.

Activitatea de consiliere este o cale de comunicare “față în față” în cadrul căreia mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, ca furnizor de servicii, ajută un beneficiar să-și înțeleagă mai bine problemele, situația, sentimentele, pentru a lua o decizie și apoi a o pune în practică.

Procesul de consiliere îl ajută pe beneficiar să decidă dacă dorește să practice un anumit comportament, metodă terapeutică sau profilactică care, din punct de vedere personal și medical, îi este potrivită (metoda pe care o dorește, înțelege cum să o folosească și este capabil să o folosească în mod corect pentru asigurarea unei bune stări de sănătate și siguranță). Activitatea de consiliere comunică în general mesajul: *“problema și decizia îți aparțin și am încredere că ești capabil să-ți rezolvi problemele prin luarea celei mai bune decizii pentru tine”*.

Atenție!!! Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu trebuie să influențeze luarea deciziei, ci trebuie să ajute beneficiarul să ia o decizie, bazat pe cunoașterea tuturor informațiilor sau aspectelor ce țin de luarea deciziei. Este vorba de alegerea informată pe care beneficiarul trebuie să o facă.

Alegerea informată este o alegere voluntară sau o decizie bazată pe cunoașterea tuturor informațiilor relevante pentru alegere sau decizie. Pentru o alegere informată beneficiarul trebuie:

- Să știe despre toate metodele disponibile (la serviciul medical respectiv sau unde se face trimiterea).
- Să cunoască avantajele și dezavantajele fiecărei metode sau procedeu.
- Să înțeleagă efectele secundare ale fiecărei metode sau procedeu.
- Să înțeleagă riscurile legate de neutilizarea unei metode sau neaplicarea unui procedeu.
- Să știe cum să folosească metoda aleasă în siguranță și eficient.

Rolul mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare în asigurarea unei alegeri informate este de a ajuta beneficiarul să ia în considerație toate aspectele problemei sale sau ale nevoilor sale precum și pentru a alege ceea ce i se potrivește mai bine.

Condiții de respectat în practica mediatorului sanitar privind consilierea

- a) stabilește o relație de încredere cu beneficiarul folosind un ton cald al vocii, evită criticile și judecățile; ascultă cu atenție beneficiarul/beneficiarul și este atent la sentimentele și mesajele ascunse în spatele cuvintelor;
- b) respectă confidențialitatea;
- c) asigură derularea logică a discuției în cursul consilierii;
- d) limitează întrebările închise ("da" / "nu") care nu ușurează comunicarea;
- e) culege informații despre nevoile beneficiarului, așteptările și îngrijorările sale, prin întrebări deschise.
- f) evidentiază informațiile care îl pot ajuta pe client în luarea și punerea în practică a deciziilor;
- g) ia în considerare problemele și îngrijorările exprimate de client / beneficiar (nu trebuie să le ignore sau să le nege, recunoașterea problemelor exprimate de beneficiarul/beneficiarul consilierii contribuie la întemeierea unei relații de încredere și permite mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare să afle informații care pot fi importante în schimbarea sau adoptarea unui comportament);
- h) trebuie să aibă o atitudine neutră în prezentarea problemelor legate de un anumit comportament;
- i) trebuie să-I arate respect beneficiarului (dacă unii clienți/beneficiari se simt inconfortabil, înainte de a-și împărtăși problemele, temerile sau de a pune întrebări, în mod inconștient vor testa mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să vadă dacă acesta îi accepta. Dacă beneficiarul/beneficiarul devine defensiv, poate însemna că acesta se simte amenințat sau stingherit. Acest lucru se poate datora faptului că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu-i arată respect beneficiarului);
- j) dă informații concrete, corecte, obiective;
- k) ajută și încurajează beneficiarul, deoarece consilierea este o experiență nouă pentru acesta;
- l) manifestă răbdare și încurajează întrebările din partea beneficiarului;
- m) acordă timp suficient;
- n) verifică dacă a răspuns la toate întrebările și îngrijorările beneficiarului;
- o) verifică dacă beneficiarul a înțeles toate informațiile necesare.
- p) identifică eventualele obstacole în calea alegerii unei metode sau adoptarea unui anumit comportament (prin intermediul întrebărilor deschise privitoare la statutul beneficiarului/beneficiarul, cunoștințele și preferințele acestuia);
- q) folosește un limbaj pe care beneficiarul îl înțelege;
- r) corectează zvonurile, punând întrebări pentru a identifica sursa acestora și ajută beneficiarul să înțeleagă lipsa logicii acestora;
- s) respectă intimitatea beneficiarului/beneficiarul și nu-i judecă comportamentul;
- t) folosește materiale ajutătoare vizuale și mostre pentru a ajuta beneficiarii să înțeleagă mai bine;
- u) este atent la comunicarea nonverbală a beneficiarului/beneficiarul;
- v) vorbește simplu și reduce la minimum explicațiile care nu sunt necesare, subliniind informațiile esențiale pentru nevoile și cererile beneficiarului;
- w) dezvoltă câte o idee pe rând; explică termenii înainte de dezvoltarea ideii;
- x) stabilește o legătură între ideile noi și cunoștințele sau experiențele anterioare ale beneficiarului/beneficiarul, asociază cunoștințele noi cu ceva cunoscut;
- y) repetă informațiile și conceptele importante și dificile utilizând exemple;
- z) nu încearcă să convingă beneficiarul să adopte punctul său de vedere, nici nu ofera soluții (cu excepția recomandărilor medicale).

Beneficiile consilierii pentru beneficiar:

- 1) rezolvarea problemelor sale.
- 2) satisfacția găsirii unui rezultat / soluție.
- 3) încredere în sine crescută și independența în luarea deciziilor viitoare.
- 4) aptitudini mai bune în luarea deciziilor.
- 5) alegeri mai bune.
- 6) decizia de a adopta un anumit comportament.
- 7) folosirea corectă a metodelor alese.
- 8) probabilitatea mare de a utiliza constant metoda, comportamentul ales.
- 9) beneficiarul respectă vizitele de urmărire a cazului său.

- 10) beneficiarul nu mai este influențat de povești, mituri sau zvonuri.
- 11) beneficiarul are o calitate a vieții mai bună fiind mai sănătos sau își îmbunătățește calitatea vieții prin ameliorarea stării de sănătate.

Beneficiile consilierii pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară:

- 1) creșterea reputației serviciului de mediere sanitară (al primăriei sau a direcției de sănătate publică, etc); beneficiarii satisfăcuți recomandă și altor persoane serviciile respective.
- 2) continuitate în folosirea unei metode.
- 3) scăderea numărului de vizite (care consumă timpul furnizorului) neprogramate pentru plângeri sau acuze minore.
- 4) stabilește încrederea și respectul între beneficiar și mediatorul sanitar.

Consecințele lipsei consilierii

Pentru beneficiar	Pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară
- nerezolvarea problemei. - lipsa satisfacției din cauza negăsirii unei soluții. - creșterea dependenței de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară sau personalul UAT - nici o învățătură (în termenii luării unei decizii). - demotivare.	- zvonuri și prejudecăți cu privire la lipsa de profesionalism a mediatoarei sanitare - număr mare de persoane care nu știu că pot fi consiliați de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară. - reputație negativă a serviciului public în care activează mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară/ - vizite inutile: Mediatorul sanitar/mediatoarea încerca folosirea timpului pentru corectarea și recorectarea unor probleme ce ar fi putut fi ameliorate cu ajutorul consilierii.

Eficiența mediatoarei sanitare în procesul de consiliere?

Fișa de consiliere va sta la baza analizei și autoevaluării cu privire la propria eficiență în activitatea de consiliere și mediatorul/mediatoarea trebuie să reflecte la următoarele întrebări:

- 1) *Îmi respect beneficiarul și nu îl judec?*
- 2) *Am suficiente cunoștințe cu privire la informațiile ce trebuie transmise beneficiarului pentru a-l ajuta să aleagă informat?*
- 3) *Ascult beneficiarul și îi acord întreaga mea atenție?*
- 4) *Folosesc limbajul nonverbal pentru a arăta interes și preocupare față de beneficiar?*
- 5) *Pune întrebări deschise atunci când sunt potrivite?*
- 6) *Încurajez beneficiarul să pună întrebări?*
- 7) *Folosesc un limbaj accesibil beneficiarului?*
- 8) *Folosesc mijloace vizuale potrivite atunci când explic metodele sau procedeele?*

Drepturile beneficiarului în cadrul sesiunilor de consiliere

Fiecare beneficiar indiferent de gen, vârstă, rasă, etnie, religie, statut social, material, profesional, economic, identitate sau orientare sexuală are dreptul la:

- Informație (primește informații despre servicii, metode),
- alegere (să decidă fără constrângeri asupra metodei de intervenție socială),
- intimitate (să i se creeze un climat plăcut, indiferent de serviciile solicitate),
- demnitate (să fie tratat cu considerație, respect și interes),
- continuitate (să primească metode, proceduri, informații, consiliere cât își dorește și are nevoie),
- acces (să obțină servicii de mediere sanitară de calitate),

- siguranță (să aibă posibilitatea de a practica o metoda de intervenție socială lipsită de riscuri pe termen lung cum ar fi ajutorul umanitar),
- confidențialitate (să aibă certitudinea că informațiile personale vor rămâne secrete),
- confort (să se simtă bine indiferent de serviciile primite),
- opinie (să i se creeze oportunități pentru a-și formula opiniile în legătură cu serviciile primite).

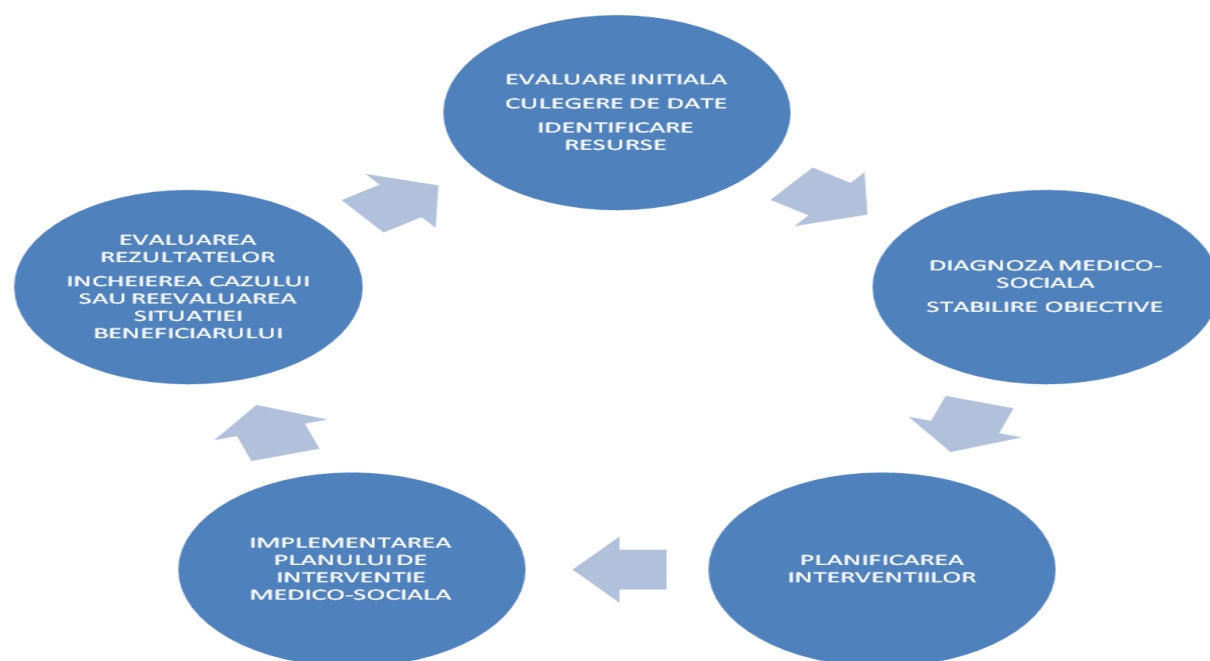
Așadar, munca de mediere sanitară înseamnă cunoașterea lucrului cu beneficiarul, astfel încât acesta să fie sprijinit să conștientizeze problemele cu care se confruntă, să fie determinat să înțeleagă că trebuie să ia atitudine și să facă schimbări atunci când e cazul, să fie sprijinit să ia o decizie bazându-se pe o informare corespunzătoare, luând în considerare toate aspectele problemelor sau nevoilor sale și să poată alege o soluție care i se potrivește cel mai bine.

3.3.6. RAPORTUL ZILNIC/JURNALUL ZILNIC UTILIZAT PENTRU RAPORTAREA ACTIVITĂȚII ZILNICE

Activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare presupune o planificare foarte atentă a activităților și capacitatea de a lucra în echipă cu alți membrii ai echipei comunitare, dar și o corectă raportare activității sale de peste zi, raportare care să sprijine apoi completarea corectă a fișelor de monitorizare și planificarea viitoarelor activități.

Activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare se desfășoară după următoarea formulă:

1. Evaluarea inițială a situației beneficiarului
2. Realizarea diagnozei medico-sociale și stabilirea obiectivelor de intervenție
3. Realizarea planului de intervenție și planificarea acțiunilor
4. Implementarea planului de intervenție și monitorizarea progresului
5. Evaluarea rezultatelor și încheierea cazului.



După cum vedem în figura de mai sus, raportările corecte și făcute la timp, sprijină procesul de monitorizare a cazului și ajută mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să reevalueze situația beneficiarului și, dacă este cazul, să regândească strategia de intervenție centrată pe obținerea celor mai bune rezultate, bineînțeles cu participarea beneficiarului și a partenerilor de lucru din echipa comunitară.

În activitatea de mediere sanitară trebuie să ținem cont de faptul că, zilnic, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară intră în contact cu mai mulți beneficiari care au nevoi diferite și care necesită atenție individuală. În plus, munca de mediere sanitară înseamnă nu doar rezolvarea problemelor ce țin de accesul beneficiarilor la servicii medico-sociale ci și organizarea de sesiuni de educație sanitară pe diferite teme, precum și sprijinirea procesului de implementare a acțiunilor de sănătate publică organizate de DSP sau alți furnizori de servicii de sănătate.

Raportul zilnic poate sta de cele mai multe ori la baza procesului de monitorizare a propriului plan de intervenție, ceea ce îi/ ajută de multe ori pe mediatorii/mediatoarele sanitare să înțeleagă mai bine situația beneficiarului și mai ales să vadă care sunt oportunitățile care pot determina o intervenție mai rapidă în procesul de rezolvare a cazurilor ce țin de accesul beneficiarului la servicii medicale. Ulterior, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară se poate concentra strict pe activitatea de instruire a acestuia în domeniul prevenirii îmbolnăvirilor și adoptării unui stil de viață sănătos.

Procesul de monitorizare a activității de mediere sanitară se realizează, în cadrul instituției, prin intermediul ședințelor operative zilnice, organizate de coordonatorul ierarhic al echipei comunitare, în care se discută de activitățile implementate cu o zi înainte și se planifică activitățile din ziua curentă. Procesul este sprijinit prin ținerea unui jurnal zilnic de activitate de către mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în care sunt notate informații cu privire la situația cazurilor aflate în derulare, cât și de stadiul implementării activităților zilnice planificate în cadrul ședințelor operative.

Jurnalul zilnic de activitate al mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare îl/o ajută pe acesta/aceasta să raporteze zilnic activitatea și în platformă AMCMSR.gov.ro, butonul AGENDA, secțiunea INTRODUCERE ACTIVITATE ZILNICĂ.

Macheta de raportare activități zilnice AMCMSR.gov.ro- în curs de actualizare

De ce trebuie să existe un jurnal zilnic dacă se raportează activitatea în platformă AMCMSR?

Este de subliniat faptul că în macheta de raportare, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare au la dispoziție maxim 1000 de caractere (litere) cu care să descrie toată activitatea derulată zilnic. Acest lucru înseamnă că trebuie activitatea derulată va fi descrisă foarte schematic, ceea ce înseamnă că anumite informații (multe dintre ele importante) trebuie să fie omise.

În plus, trebuie ținut cont de faptul că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară desfășoară mai multe tipuri de activități într-o zi, ceea ce presupune o ținere a evidenței a activităților prestate foarte atentă.

De exemplu, într-o zi mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să viziteze comunitatea și să monitorizeze beneficiarii care sunt în proces de obținere a suportului unui asistent social (la finalul vizitei de monitorizare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să completeze fișa de monitorizare cu informații noi și să stabilească activitățile următoare în funcție de stadiul cazului), însă la solicitarea medicului de familie, trebuie să sprijine și activitatea de vaccinare a copiilor 0-7 ani (aici trebuie să țină evidența copiilor vaccinați, tipul vaccinului, etc), de asemenea, trebuie să continue procesul de catagrafiere a beneficiarilor (activitate permanentă), să viziteze o mamă cu copil nou-născut pentru a discuta despre importanța îngrijirii nou-născutului, importanța controalelor medicale, starea leuzei, etc), precum și alte activități stabilite în ședința de planificare cu membrii echipei comunitare. Cu siguranță, pentru a detalia toată această activitate prestată în această zi, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să utilizeze mult mai multe caractere decât acceptă platforma on line.

Așadar, un jurnal zilnic de activitate, în sprijină pe mediatorii să-și monitorizeze corect activitatea și în același timp să-și întocmească un rezumat al zilei pentru a raporta schematic activitatea și pe platformă AMCMSR, fără să viciere procesul de informare.

Nume prenume mediator sanitar/mediatoarea sanitară

Localitate

Județ

Jurnal de activitate

ZiuaAnulinterval orar

Nr. Crt	Activitate Planificată	Descriere implementare / stadiu indicatori indepliniți ⁵	Observații/Replanificare

⁵ Indicatori cf. ANEXA nr. 5 (2) din HG 324/2019, respectiv: 1.Sprîjin emitere acte de identitate 2.Înscriere la medicul de familie 3.Obținere certificat de handicap 4.Caz nou luat în evidență 5.Vizită și consiliere la domiciliu 6.Campanie de vaccinare copii 7.Consemnare de probleme sociale 8.Consemnare de deces copil 0-1 an; 9.Demers instituire legislație privind protecția drepturilor copilului 10.Consemnare probleme în comunități de romi 11.Persoană sprijinită în obținerea unor beneficii sociale 12.Caz de violență 13.Solicitare S.J.A. 14.Campanie/Acțiune de sănătate publică

Alte informații utile:

--

1.3.7 RAPORT DE ACTIVITATE UTILIZAT PENTRU RAPORTAREA ACTIVITĂȚII LUNARE

În cadrul activității de mediere sanitară, unul din instrumentele importante utilizate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este **Raportul de activitate lunar**, în care acesta/aceasta își reflectă toată activitatea pe care a desfășurat-o pe parcursul unei luni.

Raportarea activității de asistență medicală comunitară utilizează un sistem informațional unic la nivel național, aplicația on-line cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, înscrisă în REGISTRU GOV.RO.

Direcțiile de sănătate publică județene au responsabilitatea instruirii mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare în vederea utilizării aplicației on-line funcționale cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro. Așa cum am mai menționat, fiecărui utilizator al aplicației on-line i se asigură un cod de utilizare și o parolă proprie pentru contul de utilizator și are obligația de a le accesa singur și de a nu permite altor persoane accesul în cont.

Coordonatorii județeni de asistență medicală comunitară din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București vor monitoriza respectarea introducerii lunare a datelor activității mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare și vor întocmi rapoartele de analiză privind evoluția indicatorilor propuși și a impactului acestora la nivelul comunității.

Conform ANEXEI nr. 5 (2) din HG 324/2019, pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, indicatori urmăritți în activitatea de mediere sanitară sunt:

1. Sprijin emitere acte de identitate
2. Înscriere la medicul de familie
3. Obținere certificat de handicap
4. Caz nou luat în evidență
5. Vizită și consiliere la domiciliu
6. Campanie de vaccinare copii
7. Consemnare de probleme sociale
8. Consemnare de deces copil 0-1 an
9. Demers instituire legislație privind protecția drepturilor copilului
10. Consemnare probleme în comunități de romi
11. Persoană sprijinită în obținerea unor beneficii sociale
12. Caz de violență
13. Solicitare S.J.A.
14. Campanie/Acțiune de sănătate publică

Pornind de la acești indicatori și luând în considerare activitatea zilnică desfășurată în conformitate cu planificările realizate, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să realizeze un raport de activitate lunar.

Raportul de activitate urmărește două aspecte importante:

- **aspecte calitative** (ex: felul în care s-a schimbat situația în comunitate, schimbarea comportamentului beneficiarilor față de propria sănătate, felul în care sunt respectate normele sanitare la nivel comunitar, creșterea accesului beneficiarilor la servicii de sănătate, etc).
- **aspecte cantitative** (ex: număr persoane catagrafiate, număr persoane fără medic de familie sprijinite, număr persoane fără acte de identitate sprijinite, număr cazuri îmbolnăviri, ș.a.).

Chiar dacă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a raporta zilnic activitatea pe platformă AMCMSR.GOV.RO, butonul AGENDA, secțiunea INTRODUCERE ACTIVITATE ZILNICĂ, aceasta nu trebuie să omită faptul că are și obligația de a realiza și un raport de activitate lunar ce va fi înaintat, atât angajatorului APL, cât și coordonatorului din cadrul DSP Județene.

Pentru a veni în sprijinul mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare, pe platformă AMCMSR.GOV.RO, butonul UTILE, secțiunea Resurse, se regăsește și un formular de raportare a activității care poate fi descărcat de pe platformă în format editabil și utilizat lunar pentru raportare activității.

Nume și prenume:

RAPORT DE ACTIVITATE/FIȘA DE RAPORTARE - MEDIERE SANITARĂ⁶

LUNA..... ANUL.....

1. Număr de familii raportate:

2. Neamuri de romi:

3. Număr de persoane sprijinite în emiterea actelor de identitate: Total..... din care Copii
Adulți

4. Număr de persoane sprijinite în înscrierea la medicul de familie: Total..... din care Copii
Adulți

5. Număr de persoane sprijinite în obținerea certificatului de încadrare în grad de handicap:

Total..... din care Copii Adulți

6. Boli frecvente:

7.Probleme deosebite din cadrul comunității de romi:
.....

8. Cazuri noi luate în evidență:

Din care : - gravide :
 - lehuze:
 - nou-născuți :
 - copii 0-1 an :
 - copii > 1 an :

9. Vizite și consiliere la domiciliu:

Din care: - gravide:
 - Lehuze :
 - Nou –născuti:
 - Copii 0-1 an :
 - Copii> 1 an :

10. Număr decese copii 0-1 an:

11. Campanii de vaccinare copii: - Anunțați :

⁶ Formular de raportare a activității care poate fi descărcat în format editabil de pe platforma AMCMSR.GOV.RO, butonul UTILE, secțiunea Resurse și utilizat lunar pentru raportare activității.

- Vaccinați :

12. Număr persoane depistate cu TBC sau cu alte boli transmisibile: Total..... din care Copii
Adulți

13. Probleme sociale:

Din care: - abandon familial :

- abandon școlar :

- abandon în unități medicale (copii) :

- abandon în unități medicale adulți :

14. Număr copii pentru care s-au făcut demersuri de instituire a unei măsuri de protecție conform Legii nr.272/2004 :

15. TOTAL BENEFICIARI din care: Copii Adulți

Semnătura mediator sanitar

Formularul regăsit pe platformă AMCMSR.GOV.RO reflectă activitatea lunară de mediere sanitară?

Dacă se analizează indicatorii regăsiți în Anexa 5 (2) din HG 324/2019, acest model de fișă de raportare scoate în evidență aspectele cantitative ale muncii de mediere sanitară, respectiv câți beneficiari au primit suport din partea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare.

În fișa menționată, există o singură întrebare care poate să evidențieze aspectele calitative ale muncii mediatoarei sanitare, respectiv punctul 7 **Probleme deosebite din cadrul comunității de romi**, unde mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are posibilitatea să descrie aspecte ce țin de nevoile membrilor grupului țintă și care necesită intervenție urgentă (probleme ale apei și sanitației, probleme ce țin de accesul la servicii medico-sociale, nevoi de instruire ale membrilor comunității pe teme ce țin de prevenirea îmbolnăvirilor, respectarea măsurilor dispuse de autoritățile medicale competente, etc).

Recomandare: considerând că trebuie scoasă în evidență și partea calitativă a activității de mediere sanitară, recomandăm adăugarea la formularul existent a câtorva întrebări/rubrici, respectiv:

Planificarea/Organizarea de sesiuni de IEC organizate și impactul așteptat în rândul beneficiarilor

Perioada planificată	Tematica abordată	Materiale utile	Număr persoane participante	Impact așteptat

Implementarea de campanii IEC organizate și impactul acestora în rândul beneficiarilor

Perioada	Tematica abordată	Materiale folosite	Număr persoane informate	Impact
Descrierea lecțiilor învățate: Descrierea impactului general asupra beneficiarilor : Propuneri pentru îmbunătățirea activității:				

Cazuri de discriminare identificate

Unul dintre factorii care influențează starea de sănătate a romilor este DISCRIMINAREA. În munca pe care o desfășoară mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare se pot identifica astfel de cazuri de discriminare care pot influența negativ comunitatea de romi și relațiile comunitare și care pot fi aduse în atenția coordonatorului din cadrul DSP spre informare și soluționare.

La descrierea cazului, trebuie avute în vedere următoarele întrebări:

- Unde s-a întâmplat evenimentul?
- Când s-a întâmplat?
- Cine a fost implicat?
- Cum s-a întâmplat?

Atunci când este raportat un astfel de caz nu este suficientă notarea faptului că cineva din comunitate a relatat acest aspect. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să documenteze cazul respectiv. În general, oamenii sunt subiectivi, adică spun lucrurile așa cum le văd ei din punctul lor de vedere, iar un astfel de caz trebuie documentat cu obiectivitate.

Atenție!!! Informațiile menționate mai sus se pot constitui ca anexă la formularul de raportare regăsit pe platformă AMCMSR.GOV.RO.

1.3.8. FIȘĂ DE AUTOEVALUARE A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ – CULEGERE OPINII BENEFICIARI

Deoarece, în multe cazuri, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare sunt prea solicitați/te și au foarte mult de lucru, omit un aspect important din munca lor de lucrători la nivel comunitar și anume să culeagă feedback-opiniile beneficiarilor prin care să afle părerea acestora despre munca depusă și despre profesionalismul lor.

Autoevaluarea activității înseamnă să avem un simț critic față de munca noastră, să vedem ce am făcut bine, să vedem unde greșim și să găsim soluții care să contribuie la îmbunătățirea activității noastre.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu trebuie să uite că opiniile beneficiarilor sunt la fel de importante pentru munca lor cum sunt pentru formatorii cursurilor de mediere sanitară, opiniile participanților la cursuri.

Prin munca pe care o desfășoară, de consiliere, de îndrumare, de instruire, de facilitare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un formator de opinie. Este persoana care, prin tehnici de comunicare, ajută beneficiarul să își formeze o părere, opinie care îl ajută să ia o decizie pentru schimbarea comportamentului său sanogen. Cu alte cuvinte, în calitate de formator de opinie, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are nevoie să știe ***dacă tehnicile de lucru utilizate sunt în acord cu nevoile beneficiarului și sunt apreciate de beneficiar.*** Cu cât are mai multe informații cu privire la starea de satisfacție a beneficiarului cu privire la activitatea sa, cu atât scad șansele de a intra în conflict cu beneficiarii și cresc șansele de îndeplinire a sarcinilor curente.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este persoana care are misiunea de a preveni situații neplăcute la nivel comunitar, iar un conflict între mediator/mediatoare și beneficiari nu face altceva decât să determine autoritatea locală să solicite desfacerea contactului de muncă și eventual desființarea postului în conformitate cu legislația în vigoare.

Așadar, pentru a măsura gradul de satisfacție a beneficiarilor cu privire la activitatea prestată, precum și de a cunoaște opiniile de la nivel comunitar care să contribuie la îmbunătățirea activității, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate solicita beneficiarilor cu care a interacționat să completeze un chestionar de evaluare, chestionar ce poate fi atașat la raportul de activitate lunar.

Atenție!!! Utilizarea unui chestionar ce va fi completat de față cu mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate determina un comportament subiectiv din partea beneficiarilor. Oamenii nu sunt obișnuiți să li se ceară părerea despre serviciile primite și de aceea sunt reticenți atunci când acceptă să completeze un chestionar de evaluare și tind să spună că totul este pozitiv. Însă, dacă de la

Început, se menționează că acest chestionar este anonim și va ajuta la îmbunătățirea activității de mediere sanitară în folosul comunității și că părerea beneficiarului este importantă, cu siguranță că atitudinea beneficiarilor se va schimba și în timp veți observa că răspunsurile vor fi din ce în ce mai obiective.

În general, pentru a măsura gradul de satisfacție al beneficiarilor cu privire la activitatea de mediere sanitară se utilizează un chestionar, cu întrebări simple, centrate pe patru direcții importante:

- 1) Identificarea nivelului de cunoștințe ale beneficiarului cu privire la rolul și activitățile derulate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară.
- 2) Identificarea gradului de satisfacție cu privire la serviciile primite în raport cu nevoile și problemele beneficiarului
- 3) Identificarea așteptărilor beneficiarilor în raport cu activitatea de mediere sanitară
- 4) Identificarea gradului de satisfacție cu privire la atitudinea și comportamentul mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare în relația cu beneficiarul.

După completarea chestionarelor, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va analiza răspunsurile primite și, în funcție de opiniile primite, va stabili o strategie de lucru adaptată nevoilor beneficiarilor.

Localitatea

Județul

Numele mediatorului sanitare evaluate:

Vârsta în ani împliniți respondentului.....

Genul respondentului M F

CHESTIONAR DE EVALUARE ACTIVITATE MEDIERE SANITARĂ

Chestionarul are scopul de a evalua satisfacția beneficiarilor activităților de mediere sanitară în vederea corectării eventualelor deficiențe de natură profesională care pot afecta relația de comunicare dintre beneficiar și mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară. Participarea la acest sondaj este voluntară. Răspunsurile primite nu vor fi făcute publice și nu vor fi utilizate în alte scopuri decât în scopul menționat mai sus. Vă rugăm să fiți cât mai direcți și corect posibil în oferirea răspunsurilor. Nu există răspunsuri bune sau rele. Ele trebuie să reflecte realitatea și ne vor ajuta să ne îmbunătățim activitatea pentru a fi mai eficienți.

Comunitatea din care faceți parte este deservită de către un mediator sanitar/mediatoarea sanitară pentru romi?

1. DA

2. NU

0. Nu știu/nu Răspuns
(NS/NR)

Care credeți că este rolul mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare?

Care sunt activitățile principale pe care le desfășoară ?

Răspuns multiplu.

Activitate	DA	NU	NS/NR
Are rolul de a facilita accesul romilor la servicii medicosociale de la nivel local			
Aduce ajutoare umanitare în comunitate			
Este liderul comunității noastre și ne reprezintă în relația cu APL			
Ne întocmește dosare de ajutor social sau alte ajutoare			
Ne înscrie pe lista medicilor de familie			
Ne explică importanța vaccinării copiilor și importanța prevenirii îmbolnăvirilor			

Ne sprijină în procesul de obținere a actelor de identitate			
Altele activități, menționați:			

De câte ori, în ultimele 3 luni, ați fost vizitat la domiciliu de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru romi?

RĂSPUNS UNIC!

1. Niciodată 2. O dată 3. 2-3 ori 4. 4-5 ori mult de 5 ori 5. Mai 6. NS/NA

Gândindu-vă la mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru romi din comunitatea dvs., vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ați fost de:...		Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NS/NR
CITIȚI VARIANTELE DE RĂSPUNS !						
1	Ajutorul dat în rezolvarea problemelor	4	3	2	1	0
2	Sfaturile acordate	4	3	2	1	0
3	Comportamentul și felul în care a comunicat cu dvs.	4	3	2	1	0
4	Felul în care comunică cu ceilalți membri ai comunității	4	3	2	1	0

Gândindu-vă la activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, ne puteți spune dacă aveți nemulțumiri privind activitatea acesteia? DA NU

Dacă DA, ne puteți menționa care sunt acestea și ce ar trebui să facă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară ca să răspundă nevoilor dvs?

--

Per total, pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă că suntem foarte nemulțumit și 10 înseamnă foarte mulțumit, ce notă ați da mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare pentru felul în care a relaționat cu dvs. și a răspuns nevoilor dvs?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vă mulțumim pentru timpul acordat!

1.3.9. DISCURSUL PUBLIC - ELEMENTE DE COMUNICARE - PREGĂTIREA ȘI SUSȚINEREA UNUI DISCURS PUBLIC

Cel mai important instrument de lucru al mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este **comunicarea**. Așa cum se menționează și în criteriile de selecție a persoanelor care pot deveni mediatori sanitari/mediatoare sanitare, **abilitățile de comunicare** sunt esențiale în activitatea de mediere sanitară.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este cea care interacționează zilnic, atât cu beneficiari, cât și cu reprezentanți ai autorităților medico-sociale și are rolul de a facilita comunicarea între cele două părți. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un cultivator a încrederii populației deservite în autoritățile medico-sociale și invers, un susținător al comunității romilor și un agent de schimbare a comportamentului sanogen al indivizilor și, în această situație, de multe ori este nevoit/ă să vorbească în fața reprezentanților autorității locale și a aleșilor locali, să susțină prelegeri și discursuri în fața unui public care de multe ori nu cunoaște specificul activității de mediere sanitară, să participe la seminarii și conferințe unde trebuie să vorbească despre activitatea sa sau despre problemele comunității în care activează.

În calitate de facilitator al comunicării, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să cunoască tehnici de comunicare și să aibă abilitatea de a le utiliza în diferite situații atunci când prestează servicii sau își descrie activitatea prestată. La cursurile de calificare în domeniul medierii sanitare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară învață o serie de tehnici de comunicare și este pusă în diferite situații, ca exercitiu, pentru a-și dezvolta abilitățile de a comunica. În practică, situația este mult mai diferită. Barierele de comunicare sunt analizate la curs și li se găsesc soluții de depășire, însă, pe teren - *teama de eșec, emoțiile și lipsa concentrării, interlocutorii dificili* - pot afecta procesul de comunicare a informației și pot determina o stare de frustrare care afectează pe viitor capacitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare de a comunica în public și cu beneficiarii.

În continuare nu o să ne referim la comunicarea dintre mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și un beneficiar, proces care se realizează zilnic prin natura activității și vizitele realizate de mediatore la domiciliul beneficiarilor, ci vom prezenta **câteva recomandări** de care trebuie să se țină cont atunci când trebuie ținut un discurs în fața unei audiențe și prezentate aspecte ce țin de munca de mediere sanitară.

Ce este un discurs și ce trebuie să știe mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară atunci când trebuie să țină un discurs?

Un **DISCURS** este o cuvântare publică în care o persoană vorbește în fața altora. Discursul poate fi improvizat sau pregătit. Discursurile sunt ținute cu diferite ocazii și pot fi ținute pe stradă, într-o încăpere (sala de întâlniri, seminarii), într-un context mai mult sau mai puțin formal.

Ca și în cazul altor moduri de comunicare, atunci când trebuie susținut un discurs/prezentare în public trebuie avute în vedere următoarele întrebări de bază: **CINE? CE? UNDE? CÂND? CUM? DE CE?**

Atunci când vă pregătiți să susțineți discursul este recomandat să vă informați când va avea loc întâlnirea și să decideți care este timpul necesar pentru pregătire atât pentru materialul scris, cât și pentru mijloacele vizuale. Nu trebuie uitat că nimic nu este mai convingător decât un discurs scurt și că oricât de importante ar fi informațiile comunicate, auditoriul obosește ușor.

Este necesar, de asemenea, să se cunoască spațiul în care va avea loc discursul pentru a se putea organiza spațiul și a apela eficient la materialele ajutătoare: planșe, videoproiector, afișe), cine va fi prezent și, pe cât posibil, tipul participanților (barbați, femei, nivelul intelectual, cunoștințele generale despre temă, motivele lor de a participa și atitudinile, cu posibilele obiecții).

În funcție de aceste elemente, persoana care va ține discursul se va putea pregăti, acomoda și își va alege limbajul.

Întregul discurs va depinde de capacitatea persoanei care ține discursul de a fi flexibilă, ingenioasă și spontană. Trebuie păstrată nota originală a introducerii, trebuie perfectionate modalitățile de a începe un discurs, pentru a fi cât mai sigur că auditoriul va asculta până la final cu același interes.

Înțelegând prin discurs **orice comunicare cu un scop bine definit în fața unui auditoriu relativ numeros**, preluând și sugestiile altor analiști, s-a concluzionat că regulile unui discurs eficient sunt următoarele:

- **UN DISCURS BUN ESTE UN DISCURS SCURT:** Discursul nu ar trebui să fie mai lung de 5-7 minute. Este drept, pentru a fi eficient, aceste minute se cer pline de esență, să conțină substanță pentru gândurile și acțiunile de mai târziu ale participanților.

- **NU SE FAC DIVAGAȚII/ REFERIRI LA ALTE SUBIECTE.** Acestea lasă impresia de alunecare, că lectorul nu știe ce spune, că tocmai atunci își caută subiectul. *De exemplu dacă mediatorul trebuie să vorbească despre problemele cu care se confruntă membrii comunității din punct de vedere medical, în discursul său, trebuie să facă referire strict la problemele medicale ale beneficiarilor și nu să aducă în discuție și alte probleme (lipsa actelor de proprietate a locuințelor) care nu au legătura directă cu statusul medical al beneficiarilor.*

- **NU SE ADUC ÎN DISCUȚIE PERSONALIZĂRI ȘI AMINTIRI NESEMNIFICATIVE**, de genul, „când tocmai veneam spre voi, m-am întâlnit cu un prieten cu care am lucrat împreună la un proiect, fusesem colegi de școală, dar o vreme nu ne-am mai întâlnit, și, iată, întâmplarea mi l-a scos în cale și am vorbit despre copilăria noastră...” Și așa mai departe, fără nici un efect, în afara plictisirii auditoriului.

- **SE RESPECTĂ REGULILE CLASICE**, care și-au dovedit eficiența de-a lungul timpului: introducere, cuprins (conținut), încheiere. Primele două fraze de început ar fi bine să surprindă publicul: Ex: „Vă vorbesc din proprie experiență, sunt activ/ă în munca de mediere sanitară de mai bine de X ani” sau „Tot ceea ce veți auzi astăzi în prezentarea mea se bazează pe experiența practică acumulată în mai bine de X ani”

- **SE TRAG CONCLUZIILE** – după ce se rostește sintagma „**ÎN CONCLUZIE...**” în maxim 3 minute trebuie să trageți concluziile, să emiteți informațiile ce trebuie reținute de către auditoriu. Nu vă întoarceți la subiect pentru că va părea că nu sunteți stăpân pe informație.

- **SE FOLOSEȘTE LOGICA, NU TEATRUL!** Nu uitați că nu vă aflați în fața publicului pentru a spune o poezie cu intonație. Aceasta vrea să însemne că nu veți lăsa impresia că ați venit cu o lecție învățată acasă pe de rost și pe care ați învățat s-o declamați. Întrebați-vă dacă pe fața voastră se poate citi că în acel moment gândiți cele spuse, căutați în memorie informații, apăsați la logică pentru a expune demonstrația.

- **FĂRĂ DISCURS SCRIS!** Chiar dacă aveți o hartie în față pentru a vă asigura că nu veți rămâne fără subiect, nu citiți discursul. Pe hârtie trebuie să aveți doar ideile principale.

- **NU INTRAȚI ÎN PANICĂ DACĂ CINEVA PĂRĂSEȘTE SALA.**

- **NU INTRAȚI ÎN POLEMICĂ/CEARTĂ CU CINEVA DIN AUDITORIU**, indiferent de reacțiilor persoane.

- **NU VĂ ENERVAȚI, CHIAR DACĂ TOȚI ȘI-AU PIERDUT CALMUL!**

- **NU DAȚI VINA PE NIMENI!**

Susținerea unui discurs înseamnă experiență acumulată prin multă practică. Chiar și oratorii foarte buni își pregătesc minuțios cursurile sau pledoariile. Atunci când se susține un discurs nu trebuie să se plece de la principiul „mă descurc eu, vad eu ce spun acolo!”. Un discurs trebuie bine pregătit și la pregătirea lui trebuie ținut cont de sfaturile experților în comunicare.

Care sunt pașii în pregătirea unei prezentări?

1. Analizați auditoriul și cadrul de prezentare!
2. Analizați posibilele puncte de interes ale auditoriului față de subiectul ales!
3. Formulați obiectivul prezentării: ce vreți să transmiteți? Ce trebuie să rețină auditoriul!
4. Colectați informațiile necesare și organizați-le!
5. Pregătiți suportul vizual al prezentării (materiale de distribuit, planșe, flipchart)!
6. Repetați prezentarea și verificați încadrarea în timpul alocat!

MODURI DE A CONCEPE/ÎNCEPE UN DISCURS

1. Denumiți tema sau titlul – nu insistați prea mult, pentru că ascultătorii știu deja la ce anume participați.
2. Stabiliți obiectivul și planul discursului – folosiți propoziții deductive și încercați să nu dezvoltăți prea mult. Atunci când este potrivit, includeți obiectivele și structura discursului chiar în introducere.
3. Introduceri informale – pentru ocazii informale, puteți folosi expresii uzuale.
4. Întrebări – anticipați tipul întrebărilor pe care le-ar pune auditoriul în legătură cu tema dumneavoastră.
5. Intuitiv – în mod similar cu folosirea întrebărilor, anticipați problemele, întrebările auditoriului și conturați-le chiar în deschiderea discursului și dezvoltăți-le ulterior.
6. Anecdota – puteți începe discursul cu o anecdotă, dar să fie bine spusă, în consens cu subiectul abordat, să fie scurtă și dacă este posibil să vă aparțină.
7. Glume – dacă experiența dumneavoastră vă permite să deschideți cuvântarea cu o glumă, atunci o puteți face fără riscuri. Umorul celor care vă ascultă s-ar putea să fie diferit de-al dumneavoastră. Glumele trebuie să fie relevante, scurte și, mai ales, bine spuse.
8. Culoarea locală – poate fi extrem de eficientă pentru introduceri, dar folosiți-o cu prudență, și sinceritate: „întotdeauna îmi place să mă întorc în aceste locuri care mi-amintesc de cele natale, de...”.
9. Fapte și statistici – trebuie să fie utilizate în introducere mai puțin, să fie doar amintite fără a intra în amănunte. Cele mai multe subiecte tehnice, comerciale oferă o mare diversitate de fapte, care cu siguranță vor interesa publicul. Trebuie să fie alese cu grijă, să fie cât mai reale și expuse cât mai simplu.
10. Citate – începerea discursului cu citate este o metodă extrem de utilă și cel mai adesea eficientă. Citatul trebuie să fie ales cu grijă, iar autorul lui să fie cunoscut de public. Nu trebuie să fie prea lung, ci foarte relevant pentru subiectul discursului.
11. Propoziții șocante – construiți fraze care să uimească ascultătorii și întotdeauna urmați-le de pauze, pentru a produce efectul dorit asupra lor. De exemplu: „formările sunt o risipă de timp și bani...” faceți pauză și continuați „dacă nu au un scop și o finalitate și mai ales dacă nu se realizează profesionist”.
12. Poveștile interesante – dacă sunt bine spuse și adaptate temeinic. (este bine să vă feriți de poveștile cu intrigi, cu sfârșit tragic sau nerealiste).

RECOMANDĂRI PENTRU A SUSȚINE PREZENTĂRI PUBLICE

1. Se transmite, pe rând, câte o singură idee
2. Se repetă ideile importante – regula de bază pentru consolidarea ideilor transmise
3. Se începe cu rezumatul ideilor care urmează a fi expuse
4. Se prezintă conținutul propriu-zis
5. Concluzii: se reia, pe scurt, ceea ce a fost prezentat
6. Se menține atenția auditoriului utilizând: metode vizuale (materiale video, foto) și metode participative /interactive pentru implicarea participanților (adrează întrebări care vor fi abordate în sesiunea intervenției participanți)

Toate elementele prezentate mai sus pot ajuta la pregătirea și susținerea unui discurs/prezentare care să determine schimbarea unui comportament. Această tehnică de comunicare se utilizează, atât când sunteți invitați să participați la conferințe, seminarii, emisiune TV/Radio, cât și atunci când susțineți prezentări în cadrul sesiunilor de educație pentru sănătate la care sunt invitați să participe beneficiarii voștri. În ambele situații, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să fie pregătită și să facă față cu brio acestui exercițiu de a vorbi în public.

Atenție!!! Procesul de schimb de informații și susținere de discursuri publice este un proces ce necesită pregătire. Chiar dacă poate părea că totul este sub control, este foarte bine să fie bine pregătită intervenția și mai ales exersată. În felul acesta vă asigurați că respectați principiile de bază ale comunicării eficiente. Să nu uitați să fiți empatici/empatice cu publicul (să vă adaptați nivelului lor de pregătire, să anticipați așteptările, ș.a) și să transmiteți informații clare, bazate pe un limbaj simplu și coerent.)

1.3.10. RAPORT PRIVIND CAZURILE DE INGRĂDIRE A ACCESULUI BENEFICIARILOR LA SERVICII MEDICO-SOCIALE

Egalitatea în drepturi este o valoare comună a Uniunii Europene și a României și o condiție esențială pentru realizarea obiectivelor europene și naționale de creștere economică, ocuparea forței de muncă și a coeziunii sociale. Constituția României⁷ recunoaște egalitatea în drepturi și dreptul la ocrotirea sănătății tuturor cetățenilor indiferent de etnie, gen, religie, vârstă, orientare sexuală sau religioasă.

Rapoartele și studiile care analizează cauzele accesului redus al romilor la serviciile de sănătate publică scot în evidență faptul că fenomenul discriminării pacienților pe criteriu etnic este o practică utilizată de unii furnizori de servicii medico-sociale iar beneficiarii care se confruntă cu acest fenomen nu au informații cu privire la pașii pe care trebuie să îi facă pentru a semnaliza organelor competente acest tip de practică discriminatorie.

Conform studiilor de specialitate⁸, cele mai întâlnite situații de discriminare a romilor în România sunt:

- Refuzul de a fi înscris pe lista unui medic de familie chiar dacă îndeplinește toate condițiile pentru a beneficia de statutul de asigurat medical.
- Interzicerea prezenței persoanelor de etnie romă în spații publice sau private destinate tuturor cetățenilor. *De exemplu, refuzul patronilor de cluburi, restaurante, magazine, hoteluri, clinici private de sănătate, ș.a. de a primi romi în incinta spațiilor destinate publicului larg.*
- Interzicerea accesului persoanelor de etnie romă în unitățile spitalicești, la serviciile administrației publice locale, unități de învățământ, unități de cultură, ș.a
- Segregarea pacienților în unitățile spitalicești pe criteriu etnic (situații regăsite în mod special în unitățile de pediatrie a spitalelor și obștească-ginecologie).
- Segregarea elevilor romi școli (copii romi învață în clase separate de elevii neromi).
- Refuzul de a angaja o persoană de etnie romă chiar dacă îndeplinește toate criteriile menționate în anunțul de angajare.
- Abuzuri ale organelor polițienești și utilizarea forței în relația cu membrii comunităților cu romi care nu beneficiază de prezumția de nevinovăție.
- Refuzul funcționarilor administrației publice de a comunica cu romi și abuzurile verbale la care aceștia sunt supuși de către funcționari atunci când își solicită drepturile.

Ce trebuie să știe mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară referitor la domeniul nediscriminării?

Prin **discriminare** se înțelege orice deosebire, excludere, restricție sau preferință pe baza criteriilor prevăzute de legislația în vigoare. Criteriile stabilite de legislația românească sunt: rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, gen, orientare sexuală, orientare religioasă, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice.

În România, discriminarea este sancționată de Ordonanța Guvernului nr. 137 din 31 august 2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată.

Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (prescurtat CNCD) este autoritatea de stat autonomă, sub control parlamentar, care își desfășoară activitatea în domeniul discriminării.

Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării își exercită atribuțiile în următoarele domenii: prevenirea faptelor de discriminare, medierea faptelor de discriminare, investigarea, constatarea și sancționarea faptelor de discriminare, monitorizarea cazurilor de discriminare și Acordarea de asistență de specialitate victimelor discriminării.

⁷ Constituția României, art. 34, alin (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.

⁸ Studiu "Drepturile cetățenești ale femeilor rome din România și accesul la servicii publice", Sastipen, 2022

Dacă ne referim strict la populația de etnie romă din România, în anul 2021, Parlamentul României a adoptat Legea nr. 2/2021 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea antițigănistului care sancționează toate faptele care aduc prejudicii semnificative membrilor comunităților cu romi.

Atunci când sunt încălcate drepturile și libertățile cetățenești, cetățeanul trebuie să respecte legea și să se adreseze instanțelor de judecată. Constituția României menționează rolul important al justiției în apărarea drepturilor cetățeanului, indiferent de apartenența lui etnică.

O persoană care se consideră discriminată se poate adresa CNCD cu o petiție, în termen de cel mult 1 an de la data săvârșirii faptei sau de la data la care putea să ia cunoștință de săvârșirea ei. CNCD este singura instituție care se poate pronunța asupra faptei de discriminare și poate sancționa persoana sau entitate care a manifestat un comportament discriminatoriu.

Care sunt pașii depunerii unei petiții la CNCD?

1. **Depunerea unei petiții la CNCD**, care trebuie să conțină următoarele elemente:

- numele și prenumele persoanei care sesizează presupusa faptă de discriminare;
- adresa de corespondență, la care se CNCD trimite răspunsul, documentele primite de la reclamat (spre luare la cunoștință), pe baza cărora reclamantul își formulează punctul de vedere. (De preferat este o adresă poștală, nu doar una electronică. Opțional, poate fi util și un număr de telefon);
- conținutul plângerii – trebuie expuse detaliat faptele susceptibile de discriminare. Datele prezentate trebuie să conțină data la care s-au petrecut faptele, contextul acestora, împrejurările, martorii și dovezile ce susțin cele reclamate, precum și criteriul de discriminare (etnic, naționalitate, sex, boală cronică necontagioasă);
- datele de identificare ale persoanei (persoana fizică sau juridică) suspectă de discriminare (numele și prenumele, adresa de corespondență sau, după caz, denumirea persoanei juridice, adresa sediului acesteia);
- semnătura reclamantului, care atestă faptul că-și însușește petiția și că nu a fost depusă de o altă persoană în numele său;
- dovezi – petiția trebuie însoțită de probele relevante pentru susținerea constatării faptei de discriminare. Astfel, se pot depune orice înscrisuri/documente atașate în copie, declarații scrise sau audio/video ale martorilor, înregistrări audio/video relevante, împreună cu transcript-ul acestora, articole de presă/mass-media, capturi ecran/foto (pentru conținut de pe internet), date statistice.

2. **Analiză petiției/sesizării** - Membrii colegiului director al CNCD trebuie să soluționeze petiția/sesizarea în termen de 90 de zile de la data sesizării (art. 20 al. 7 din OG 137/2013).

3. **Comunicarea hotărârii membrilor colegiului director al CNCD** - Hotărârea se comunică părților în termen de 30 de zile de la adoptare și produce efecte de la data comunicării.

Informațiile prezentate mai sus, inclusiv modelul de petiție, se regăsesc pe site-ul Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării accesând link-ul <https://www.cncd.ro/depune-o-petiție/>.

Atenție!!! Prin munca pe care o desfășoară la nivel comunitar, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a veghea asupra respectării principiilor de drepturile omului și egalității de șanse, de a informa beneficiarii cu privire la drepturile cetățenești în materie de nediscriminare și de a semna în scris direcțiilor de sănătate publică problemele identificate privind accesul membrilor comunității pe care îi deservește la serviciile de asistență medico-socială.

1.4 CODUL DEONTOLOGIC AL MEDIATORULUI SANITAR/MEDIATOAREI SANITARE – CE ARE ȘI CE NU ARE VOIE SĂ FACĂ MEDIATORUL SANITAR/MEDIATOAREA SANITARĂ

Ca orice profesionist, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să respecte anumite obligații și să adopte o serie de valori și principii etice care să îi ghideze practica profesională. Asumarea acestui set de principii etice este angajamentul mediatorul sanitar /mediatoarei sanitare în susținerea calității actelor profesionale.

Ca orice lucrător comunitar, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să își asume următoarele valori și principii etice:

1. **Să respecte demnitatea umană.** În munca de zi cu zi, mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare aduc la locul de muncă istoria propriei vieți, suferințele și bucuriile, valorile și orientările religioase, spirituale și culturale. Indiferent de experiența personală, crezurile personale, religia și statutul economic al mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare sau familiei din care provine, prin munca și comportamentul său, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să respecte și să fie atent/ă să nu aducă prejudicii stimei de sine și a demnității beneficiarilor.
2. **Să promoveze drepturile fundamentale și inalienabile ale oamenilor.** Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare veghează permanent asupra respectării drepturilor persoanelor marginalizate, stigmatizate, excluse, exploatate sau oprite și au obligația de a oferi informații cu privire la drepturi, sprijinind totodată eforturile oamenilor de a beneficia de drepturile pe care le au.
3. **Să promoveze principiile justiției sociale.** Concepul de justiție socială are mai multe dimensiuni. Una dintre dimensiuni se referă la **combaterea discriminării beneficiarilor**. Mediatorul sanitar/Mediatoarea sanitară combate discriminarea, care include, dar nu se limitează la: *vârstă, capacitate, stare civilă, clasă, cultură, etnie, sex, identitate de gen, limbă, naționalitate (sau lipsa acesteia), convingeri politice, sărăcie, rasă, statut de relație, religie, sex, orientare sexuală, statut socio-economic, credințe spirituale sau structură familială*.
O altă dimensiune se referă la **respectarea diversității**. Ținând cont de specificul grupului etnic al grupului țintă, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară lucrează pentru dezvoltarea sustenabilă și consolidarea comunităților incluzive care respectă diversitatea etnică și culturală a oamenilor, ținând seama de diferențele individuale, de familie și de grup.
Accesul la resurse echitabile este o altă dimensiune a justiției sociale. Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare susțin și lucrează pentru accesul și distribuirea echitabilă a resurselor și a bunăstării. Asistenții sociali lucrează activ în comunități, împreună cu colegii lor din interiorul și din afară ariei profesionale, pentru a construi rețele de solidaritate, pentru a dezvolta schimbări benefice societății și pentru a crea societăți incluzive și responsabile, promovând astfel **principiul solidarității umane**.
4. **Să respecte și să promoveze drepturile persoanelor pentru a face propriile alegeri și a lua propriile decizii, cu condiția ca acestea să nu amenințe drepturile și interesele legitime ale altora.** Prin munca de zi cu zi, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară promovează în comunitate drepturile beneficiarilor pentru a face propriile alegeri și a lua propriile decizii. Beneficiarii nu trebuie convinși forțat să facă o schimbare, ci trebuie să îi conștientizăm că au dreptul să aleagă să facă o schimbare.
5. **Să promoveze implicarea deplină și participarea beneficiarilor la toate deciziile și acțiunile care le afectează viața.** Prin activitatea de îndrumare și consiliere, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să ajute beneficiarul să conștientizeze importanța de a face o schimbare și să ia o decizie bazată pe propria alegere. Mediatorii nu au voie să influențeze procesul de luare a deciziilor sau să ia decizii în numele beneficiarilor.
6. **Să respecte confidențialitatea, cu excepția cazului în care există riscul ca persoana să-și facă rău sau să facă rău celor din jur, precum și să încalce anumite prevederi legale.** Prin munca de catagrafiere, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are acces la informații confidențiale cu privire la situația beneficiarilor săi. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară îi asigură pe beneficiari că informațiile colectate sunt confidențiale. În cazuri extreme, dacă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară constată că deține informații care pot salva vieți sau prevenii anumite situații neplăcute, atunci trebuie să anunțe autoritățile competente. *De exemplu, identifică o persoană infestată HIV/SIDA și începe să lucreze cu ea. Dacă află că această persoană practică prostituția și pune viața în pericol altor oameni, atunci mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să anunțe organele competente, bineînțeles păstrând discreția și confidențialitatea informației în raport cu alți membri ai comunității.*
7. **Să lucreze cu beneficiarii într-un mod care le respectă integritatea personală.** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară recunoaște dimensiunile biologice, psihologice, sociale și spirituale ale vieții oamenilor din comunitatea în care activează și înțelege și tratează în mod egal toți beneficiarii în integralitatea lor. Această abilitate este folosită pentru a realiza evaluări și a formula intervenții integrate, cu participarea deplină a oamenilor, organizațiilor și comunităților în care oamenii trăiesc.

Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare colaborează cu alți specialiști și adoptă o abordare integrată a problemelor și a provocărilor cu care oamenii se confruntă.

8. **Să investească în dezvoltarea abilităților profesionale pentru asigurarea integrității profesionale.** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a învăța permanent pentru a-și dezvolta abilitățile profesionale. Legislația se schimbă permanent, apar noi tehnici de lucru, sunt provocări noi în comunitate și de aceea mediatorul/mediatoarea trebuie să fie mereu atent/ă să își actualizeze informațiile. Este foarte important pentru cariera profesională ca mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să participe la cursuri de instruire, de formare continuă, să participe la seminarii sau conferințe care analizează problematica comunităților în care activează. Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare trebuie să dețină calificările necesare și să dezvolte și să mențină competențele necesare pentru a-și practica cu succes profesia.
9. **Să nu abuzeze de pozițiile lor de putere și de relațiile de încredere cu oamenii cu care se angajează într-o relație profesională de suport.** Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare nu au voie să abuzeze de pozițiile lor de putere și de relațiile de încredere cu oamenii cu care se angajează într-o relație profesională de suport. Mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare recunosc limitele dintre viața personală și cea profesională și nu abuzează de pozițiile lor în beneficiul personal.
10. **Să nu se expună emoțional în relația cu beneficiarii.** Ca orice om, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară se confruntă cu o serie de provocări personale care îi pot afecta starea emoțională. În munca pe care o desfășoară, indiferent de relația de apropiere dezvoltată cu beneficiarii, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are voie să se expună emoțional, să plângă sau să se plângă din cauza unei situații cu care se confruntă acasă, să împărtășească bucuriile sau tristețile vieții de familie. Acest tip de comportament afectează relația cu beneficiarul și vulnerabilizează capacitatea profesională a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare.
11. **Să nu accepte nici un fel de recompense (materiale sau financiare) de la beneficiari.** În mentalul colectiv, cetățenii sunt obișnuiți să aducă o „atenție” (șpagă) atunci când se adresează lucrătorilor din sectorul medical sau administrație publică, considerând că astfel reușesc să îi determine pe aceștia să îi trateze „mai bine și cu mai multă atenție”. După cum știți, legislația românească sancționează profesioniștii care beneficiază ilegal de așa zisa „atenție”. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are voie să primească nici un fel de „atenție” din partea beneficiarilor. Munca de mediere sanitară este gratuită pentru beneficiari. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este angajat/ă de UAT să presteze servicii gratuite beneficiarilor.
12. **Să nu se folosească de calitatea de angajat al UAT pentru a facilita obținerea de foloase necuvenite.** Calitatea de angajat al Primăriei îți poate conferi un statut aparte în fața beneficiarilor sau a rudelor/prietenilor. Adică, în ochii lor poți să devii o persoană resursă care are „cunoștințe” sau informații ce îi pot ajuta să obțină anumite favoruri. În ultimii ani, presa națională a prezentat o sumedenie de cazuri cu funcționari din Primărie arestați pentru că și-au folosit influența pentru a facilita obținerea de foloase necuvenite sau alte beneficii ilegale. Recomandăm ca mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să stea departe de acest tip de activitate și să respecte codul deontologic al meseriei.
13. **Să nu se implice în actul electoral, să nu fie candidat sau perceput ca persoană care susține un candidat la o poziție de ales local.** Prin munca pe care o desfășoară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate câpăta multă încredere din partea cetățenilor și poate să le reprezinte cu succes interesele în relația cu decidenții locali. Nu interzicem dreptul unei persoane de a participa la viața publică a comunității și de a participa la procesul electoral în calitate de candidat sau susținător. Însă, această activitate nu este permanentă iar mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară după finalizarea campaniei electorale trebuie să se întoarcă în comunitate să lucreze cu toți beneficiarii. În campanie, prin programele politice, candidații promit cetățenilor multe beneficii. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este garantul acestor promisiuni. De multe ori, promisiunile sunt încălcate și cel mai afectat este lucrătorul care a garantat aceste promisiuni și care este în contact direct cu beneficiarii care au așteptări. Cum poți să mai fii persoană de încredere în comunitate dacă ai susținut un candidat sau o echipă care nu se ține de promisiuni? Cum poți să mai desfășori activități de consiliere dacă tu, în calitate de profesionist, te-ai compromis? Cum te vor percepe beneficiarii tăi care ți-au oferit toată încrederea? Dacă un mediator sanitar/o mediatore sanitară dorește să se implice în politică, atunci

trebuie să demisioneze și să își asume cariera de politician. Munca de mediere sanitară presupune integritate și coerență din partea lucrătorului.

- 14. Să nu distribuie ajutoare umanitare în comunitate.** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară lucrează de multe ori cu beneficiari care trăiesc la limita sărăciei, oameni care au nevoie de orice fel de suport. Programele de întraajutorare umanitară, de multe ori, nu acoperă nevoile beneficiarilor care trăiesc la limita subzistenței sau nu conțin bunuri sau produse care sunt în acord cu nevoile lor. Întotdeauna va exista cineva nemulțumit că nu a primit ajutor/pachet, sau că ceea ce a primit nu este pe măsura așteptărilor. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este parte din echipa comunitară și, în calitate de angajat al UAT, împreună cu echipa de asistență socială participă la procesul de distribuire a pachetelor cu ajutoare UE, proces gestionat de autoritatea locală. Însă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are voie să distribuie singură aceste ajutoare și să fie percepută de beneficiari ca fiind ea cea care decide cine primește și cine nu primește. Trebuie să facă parte din echipa UAT responsabilă de distribuirea acestor pachete și să asigure comunicarea cu beneficiarii, explicând celorlalți beneficiari care sunt condițiile de acordare a acestor ajutoare. Așadar, dacă însoțește o echipa UAT responsabilă de gestionarea acestei activități, atunci mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are voie să participe la acest proces. Dacă este delegată de UAT să desfășoare această activitate singură, atunci mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să refuze în scris acest aspect, invocând prevederile art. 14 din HG 324/2019, respectiv „*Mediatorii sanitari care desfășoară activitate în domeniul asistenței medicale comunitare au în fișa postului doar atribuțiile prevăzute în prezentele norme metodologice*”.
- 15. Să nu efectueze acte medicale curative.** Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are pregătirea unui cadru medical și, conform art.13 (2) din HG 324/2019, nu are dreptul de a efectua acte medicale curative. Nu are voie să indice posibile tratamente ce pot fi achiziționate de la farmacie fără prescripție medicală, nu are voie să ofere pastile beneficiarilor chiar dacă cunoaște care sunt efectele acestora (ex. Aspirina, analgezice, contraceptive, etc). Beneficiarii pot fi alergici la unele substanțe și există riscul ca administrarea unei pastile oferită de mediatoarea sanitară să creeze situații nefericite. Mai bine prevenim aceste situații și îndrumăm beneficiarii către personalul de specialitate (medici, asistenți medicali, farmaciști).

1.5 ASPECTE CE ȚIN DE INSTRUIREA MEDIATOARELOR SANITARE

Potrivit prevederilor art. 8 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, activitățile de asistență medicală comunitară sunt realizate de către asistenți medicali **comunitari, mediatorii sanitari și moașe**, conform prezentelor norme metodologice regasite în HG 323/2019 și altor competențe specifice pregătirii profesionale certificate de către Autoritatea Națională pentru Calificări.

Pentru a desfășura activități specifice de mediere sanitară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să fie absolvent/ă a unui curs de calificare în domeniul medierii sanitare, curs organizat de un furnizor acreditat de formare profesională în meseria de mediator sanitar, cu durata de 720 de ore (respectiv 240 ore teorie și 480 ore practica la nivel comunitar). La finalul cursului, furnizorul va elibera certificatul de calificare în activitatea de mediere sanitară și suplimentul descriptiv al certificatului care conține informații cu privire la competențele profesionale dobândite (Unități de competențe generale și unități de competențe specifice).

Principalele competențe obținute de mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare ca urmare a absolvirii cursurilor de calificare sunt:

1. Unități de competențe generale:

- Planificarea propriei activități
- Comunicarea cu membrii comunității și cu partenerii de lucru
- Aplicarea prevederilor legale referitoare la securitatea și sănătatea în muncă și în domeniul situațiilor de urgență
- Competențe informatice (T.I.C)

2. Unități de competență specifice:

- Informarea și educarea pentru igiena comunității
- Explicarea noțiunilor de bază privind sănătatea familiei, prevenirea îmbolnăvirilor
- Facilitarea accesului beneficiarilor la serviciile medicale
- Promovarea sănătății în comunitate
- Facilitatea accesului beneficiarilor la serviciile sociale
- Metode și tehnici de lucru în comunități vulnerabile

Finalizarea cursului de calificare în meseria de mediator sanitar nu oferă în totalitate o pregătire complexă a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare pentru a face față cu succes provocărilor profesionale. Pentru a fi eficientă, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară **are obligația de a învăța permanent pentru a-și dezvolta abilitățile profesionale**. Legislația se schimbă permanent, apar noi tehnici de lucru, sunt provocări noi în comunitate și de aceea mediatorul/mediatoarea trebuie să fie mereu atent/ă să își actualizeze informațiile. Este foarte important pentru cariera profesională ca mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară să participe la cursuri de instruire, de formare continuă, la seminare sau conferințe care analizează problematica comunităților în care activează.

Ce alte cursuri obligatorii de instruire au nevoie mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare implicate în rețeaua de asistență medicală comunitară?

1. Curs de instruire privind utilizarea platformei AMCMSR.GOV.RO

Cursul de utilizare a platformei AMCMSR.GOV.RO este obligatoriu deoarece mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va opera pe această platformă și va introduce o serie de date, inclusiv rapoarte de activitate.

Conform prevederilor HG 324/2019, coordonatorii județeni de asistență medicală comunitară din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București vor instrui mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare în vederea utilizării aplicației on-line funcționale și va monitoriza respectarea introducerii lunare a datelor activității personalului din asistență medicală comunitară și vor întocmi rapoartele de analiză privind evoluția indicatorilor propuși și a impactului acestora la nivelul comunității conform prevederilor prezentelor norme metodologice.

Ministerul Sănătății asigură accesul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și al unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale care organizează activitate de asistență medicală comunitară la aplicația on-line AMCMSR.gov.ro, cu asigurarea protecției datelor cu caracter personal și a datelor medicale conform prevederilor Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare, și crearea conturilor de utilizator.

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București asigură cheltuielile aferente sesiunilor de instruire furnizate de către Ministerul Sănătății în vederea utilizării aplicației on-line funcționale, cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, pentru coordonatorul județean al asistenței medicale comunitare din compartimentul de specialitate de asistență medicală comunitară prevăzut.

Unitățile/Subdiviziunile administrativ-teritoriale care organizează activitate de asistență medicală comunitară asigură cheltuielile aferente sesiunilor de instruire furnizate de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București în vederea utilizării aplicației on-line funcționale cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro de către asistenții medicali comunitari, moașe și mediatorii sanitari.

2. Curs măsuri de prim ajutor și recunoașterea simptomatologiei bolilor transmisibile

Având în vedere activitatea derulată de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară la nivel comunitar și interacțiunea zilnică cu membrii comunității, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să fie martor/ă a unor accidente domestice minore sau să fie solicitat/ă să ajute într-o situație de urgență majoră (accidente auto, accidente de muncă, etc). Pentru a face față acestor provocări, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să cunoască și să aplice măsurile de prim ajutor.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să ajute o persoană care are o rană minora cauză unui accident în gospodărie, oferindu-i informații **învățate la cursul de prim ajutor** referitoare la curățarea și

pansarea rănii însă în caz de urgență, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară anunță imediat medicul de familie și/sau apelează numărul unic de urgență 112.

Cursurile de prim ajutor la care trebuie să participe mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să conțină obligatoriu următoarele teme:

- Stopul cardio-respirator – metode de acordare a primului ajutor
- Acordarea primului ajutor în caz de politraumatisme prin prindere – lovire – strivire
- Acordarea primului ajutor în cazul plăgilor tăiate sau înțepate
- Tehnici de hemostază la nivel arterial și venos
- Explicitarea manevrei Heimlich
- Tratatamentul în caz de arsuri termice în caz de incendii și/sau explozii
- Acordarea primului ajutor în caz de traumatisme locale tip: fracturi, luxații, entorse, etc. și afecțiuni musculo-scheletice cu localizare preponderent dorsolombară.
- Situații de intervenție în cazurile de șoc termic, leșin, stări de lipotimie sau îngheț
- Acordarea primului ajutor în caz de contact cutanat direct cu substanțe chimice potențial corozive/iritante/nocive utilizate în procesul de producție

Atenție!!! Direcția de Sănătate Publică, prin coordonatorul județean al activității de asistență medicală comunitară, în calitate de coordonator metodologic al activității trebuie să se asigure că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară a urmat un curs de măsuri de prim ajutor sau să-i faciliteze participarea la un curs de prim ajutor organizat de către un furnizor experimentat în astfel de cursuri.

Un alt domeniu pe care mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să îl stăpânească este **recunoașterea simptomtologiei bolilor transmisibile.**

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are sarcina de a identifica posibile cazuri de îmbolnăvire și de a anunța cadrele medicale competente pentru luarea măsurilor.

Cele mai contagioase boli sunt cele infecțioase, cunoscute și sub denumirea de boli transmisibile și cuprind toate semnele și caracteristicile medicale ale unei boli, rezultate în urma infectării, prezenței și dezvoltării agenților biologici patologici în organismul uman. În multe situații, bolile extrem de contagioase pot să rămână asimptomatice, manifestându-se abia în faza lor finală. Agenții infecțioși care produc aceste boli contagioase pot fi unele virusuri, bacterii, fungi, protozoare sau paraziți multicelulari.

Agenții patogeni sunt cauza epidemiei bolii, întrucât în absența lor nu s-ar mai extinde afecțiunea virulentă. Transmiterea agentului infecțios se poate petrece în diverse circumstanțe de contact fizic direct, mâncare contaminată, fluide corporale, obiecte, inhalare sau prin organisme-vectori. Bolile infecțioase cu manifestări virulente sunt numite deseori contagioase și pot fi transmise prin orice formă de contact cu o persoană bolnavă sau cu secrețiile acesteia.

Nu trebuie să uităm faptul că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are instruire în domeniul medical și nu cunoaște care sunt aceste boli transmisibile precum și simptomele lor.

Cursurile de instruire la care trebuie să participe un mediator sanitar/o mediatoarea sanitară trebuie să conțină obligatoriu informații despre următoarele boli: *Ebola și Sindromul pulmonar cu hantavirus; Antraxul; Rabia; Holera; Ciurma bubonica; Răceala comună; Infecția cu Coronavirus (COVID-19); Hepatita A; Rujeola; Tuberculoza; Febra tifoidă.*

Direcția de Sănătate Publică, prin coordonatorul activității de asistență medicală comunitară, în calitate de coordonator metodologic al activității trebuie să se asigure că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este instruit/ă în acest domeniu și că dobândește abilitățile necesare depistării active a bolilor la nivel de comunitate.

În plus, în funcție de problemele medicale identificate în comunitate, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate solicita sprijinul asistentei medicale comunitare sau a medicului de familie pentru a primi informații de clarificare.

Atenție!!! Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, în calitate de angajat APL, are dreptul de a beneficia de cursuri de pregătire continuă suportate din bugetul angajatorului, dacă la procesul de evaluare anuală

a performanțelor angajaților se constată că aceasta are nevoie de cursuri de perfecționare și nevoile de instruire se regăsesc și planul anual de instruire realizat la nivelul instituției de către angajator. Legislația muncii prevede acest drept și angajatorul este obligat să suporte costurile de instruire.

1.6. PRINCIPALELE ACTE NORMATIVE INCIDENTE ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ

Activitatea de mediere sanitară este reglementată și se realizează în conformitate cu legislația în vigoare privind asistența medicală comunitară.

Actele normative incidente activității de mediere sanitară sunt împărțite în trei mari categorii după cum urmează:

A. Acte normative specifice activității de mediere sanitară.

1. [O.U.G. nr 18 din 27 februarie 2017- privind asistență medicală comunitară](#)
2. [Legea nr 180 din 18 iulie 2017 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr 18/2017 privind asistență medicală comunitară, cu modificări și completări ulterioare](#)
3. [Hotărare de Guvern 324/2019 - NORME METODOLOGICE din 23 mai 2019 privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară](#)
4. [O.U.G. nr 8 din 22 februarie 2018 privind reglementarea unor măsuri în domeniul sănătății, PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 190 din 1 martie 2018](#)
5. [Hotărare de Guvern nr.560 din 28 aprilie 2022 pentru aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027](#)
6. [Hotărare de Guvern nr 1028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale](#)
7. [O.U.G. nr 162 din 12 noiembrie 2008, \(art.3\)](#)
8. [Ordonanța 137 din 31 august 2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată \(Art. 11. - Constituie contravenție, conform prezentei ordonanțe, refuzarea accesului unei persoane sau al unui grup de persoane la serviciile de sănătate publică\)](#)
9. [Ordonanța de urgență a Guvernului nr.18/2017- privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea nr.180/2017, cu modificări și completări ulterioare](#)
10. [Hotărârea Guvernului nr.324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, cu modificări și completări ulterioare](#)
11. [Hotărârea Guvernului nr. 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificări și completări ulterioare](#)
12. [Legea 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificări și completări ulterioare](#)
13. [ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 162 din 12 noiembrie 2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale \(art. 3 , alin \(2\)\)](#)
14. [Ordinul ministrului sănătății nr. 2.931/2021 privind aprobarea Manualului centrelor comunitare integrate](#)
15. [1.282/728. — Ordin al ministrului sănătății și al ministrului dezvoltării, lucrărilor publice și administrației privind aprobarea Modelului de protocol-cadru de colaborare între unitatea/subdiviziunea administrativ-teritorială și cabinetele de medicină de familie care deserveșc populația](#)

B. Acte normative de interes general

1. [Legea nr. 215 din 23.04.2001 privind administrația publică locală](#)

2. [Legea 477/2004 privind Codul de conduită a personalului contractual din autoritățile și instituțiile publice](#)
3. [Legea nr. 53/24.01.2003 Codul muncii, republicat](#)
4. [O.U.G. nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor](#)
5. [Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile publice](#)
6. [Hotărârea nr. 123/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile publice](#)

C. Acte normative cu caracter social

1. [Legea nr. 18/27.09.1990 pentru ratificarea Convenției ONU cu privire la drepturile copilului](#)
2. [Legea nr. 61/22.09.1993 \(republicată\) privind alocația de stat pentru copii](#)
3. [Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului](#)
4. [Legea nr. 416/18.07.2001 privind venitul minim garantat](#)
5. [Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie](#)
6. [Legea 448/2006 privind promovarea drepturilor persoanelor cu handicap](#)
7. [Hotărâre de Guvern nr. 268/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap](#)
8. [O.U.G. nr. 68/28.08.2003 privind serviciile sociale](#)
9. [Hotărâre de Guvern nr. 1024/25.06.2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței guvernului nr. 68/28.08.2003 privind serviciile sociale, precum și a Metodologiei de acreditare a furnizorilor de servicii sociale](#)
10. [Legea nr. 17/06.03.2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice](#)
11. [H.G. nr. 1021/2000 pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea costului mediu lunar de întreținere în căminele pentru persoane vârstnice](#)
12. [H.G. nr. 679 din 12 iunie 2003 privind condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal](#)
13. [Legea nr. 292/20.12.2011 a asistenței sociale, cu modificări și completări ulterioare](#)
14. [H.G. nr. 532/1999 pentru aprobarea Metodologiei de stabilire a nivelului contribuției de întreținere în instituțiile de asistență socială, datorată de persoanele asistate sau de susținătorii legali ai acestora](#)

Cum se asigură un mediator sanitar/o mediatoare sanitară că este la zi cu informația privind modificările legislative care apar la prezentele acte normative?

- Referitor la actele normative specifice programului de asistență medicală comunitară sau de sistemul de sănătate publică, **sursa principală de informare este coordonatorul activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP.**
- Referitor la actele normative specifice procesului de incluziune a romilor, **sursa principală de informare este coordonatorul Biroului Județean pentru Romi din cadrul Instituției Prefectului.**
- Referitor la actele normative cu caracter social sau de interes general, **sursa principală de informare este departamentul juridic din cadrul primăriei angajatoare sau secretarul primăriei** (dacă nu există un departament/compartiment juridic).

De asemenea, este de subliniat că există **site-uri specializate pe legislație** pe internet, multe dintre acestea fiind accesibil, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară putând verifica pe internet dacă sunt modificări ale actelor normative cu care operează în munca de zi cu zi, inclusiv în Monitorul Oficial.

Atenție!!! Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația să studieze această legislație și să se informeze cu privire la modificările legislative care apar la prezentele acte normative.

În plus, toată legislația menționată mai sus, se găsește și pe platformă AMCMSR.GOV.RO, chiar pe prima pagină, accesând link-ul <https://amcmsr.gov.ro/index.php> .

2.1.CUM ORGANIZĂM O SESIUNE DE INFORMARE EDUCARE CONȘTIENTIZARE

Activitatea de mediere sanitară se concentrează foarte mult pe partea de **educație pentru sanatate și prevenirea îmbolnăvirilor**.

Conform fișei postului, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să organizeze sesiuni de educație pentru sănătate, cu participarea beneficiarilor, alegand teme de interes în vederea creșterii nivelului de informare și conștientizare cu privire la importanța prevenirii îmbolnăvirilor și adoptarea unui stil de viață sănătos.

Sesiunile de educație pentru sanatate în grup trebuie să aibă ca grup țintă un număr de cel mult 10 beneficiari, nu trebuie să dureze mai mult de 2 ore și, cel mai important, nu trebuie să decurgă ca un monolog al mediatoarei. (mediatoarea vorbește și participanții ascultă). Discuția trebuie să fie una deschisă, să existe un dialog prietenos cu participanții, astfel încât, la finalul sesiunii, beneficiarii să aibă un bagaj mai mare de cunoștințe și informații pe care să le puna în aplicare. Schimbarea comportamentului sanogen se face prin dialog deschis și prin susținerea beneficiarilor de a lua o decizie bazată pe informare corectă.

În cadrul acestor sesiuni IEC trebuie creat un climat de încredere, în care să primeze dialogul și la care participanții să poată pune întrebări astfel încât să își satisfacă nevoile de cunoaștere. Ideal ar fi ca la aceste sesiuni să participe și personal medical calificat (medic, asistentă medicală comunitară) deoarece mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, neavând studii de specialitate, nu poate oferi sfaturi legitime atunci când se discută despre tratament sau alte intervenții medicale.

Sesiunile de educație pentru sănătate își propun următoarele obiective/scopuri:

- informarea-educarea populației în domeniul medical, pentru a cunoaște simptomele anumitor boli și ceea ce e necesar a fi făcut pentru prevenirea lor;
- dobândirea unor atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății;
- implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii putând să ia decizii privind propria stare de sănătate.

Care sunt etapele ce alcătuiesc structura unei sesiuni eficiente de educație în grup?

- 1. Determinarea nevoilor de instruire ale beneficiarilor și stabilirea temelor de interes;**
- 2. Stabilirea grupului țintă pentru o sesiune cu anumită temă și profilul participanților;**
- 3. Stabilirea procesului de transmitere a informațiilor (introducere, cuprins și încheiere);**
- 4. Identificarea locului de întâlnire și pregătirea logisticii necesare;**
- 5. Livrarea sesiunii de educație în grup și observarea reacției participanților;**
- 6. Evaluarea percepției beneficiarilor cu privire la impactul sesiunii IEC;**
- 7. Verificare minimă a înțelegerii de către beneficiari a informațiilor transmise și, ulterior, monitorizarea aplicării cunoștințelor obținute;**
- 8. Organizarea unei sesiuni de evaluare a sesiunilor anterioare de instruire, cu participarea beneficiarilor**

Etapă 1 —Determinarea nevoilor de instruire ale beneficiarilor și stabilirea temelor de interes

În activitatea de catagrafiere a beneficiarilor, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are posibilitatea să identifice și nevoile de instruire a beneficiarilor privind prevenirea îmbolnăvirilor și adoptare a unui stil de viață sănătos. Principalele teme abordate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în activitatea de educație în grup sunt: **îngrijirea nou-născuților, îngrijirea personală și a spațiilor de locuit, prevenirea**

bolilor asociate consumului de tutun, alcool și substanțe psihotrope, planificare familială și prevenirea sarcinilor nedorite, îngrijirea sarcinii, gravidei și a leuzei, programul de vaccinare a copiilor, prevenirea bolilor transmisibile, boli cu transmitere sexuală, drepturile și obligațiile asiguraților medicali și a pacienților privind serviciile medicale.

În procesul de stabilire a temelor de instruire, ținând cont de nevoile comunității, dar și de anumite celebrări legate de *Calendarul anual al temelor prioritare de sănătate specifice pentru organizarea la nivel național a campaniilor și activităților de informare*⁹, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să țină cont și de nivelul de educație și de cunoaștere a temelor propuse de către beneficiarii chestionați în cadrul procesului de catagrafiere și de incidența problematicii în rândul grupului țintă.

*De exemplu, dacă la nivel comunitar, în munca de catagrafiere este identificată doar o singură gravidă și se identifică mai multe persoane care necesită informații privind igiena personală sau a locuinței, tema legată de **îngrijirea sarcinii, a gravidei și a leuzei** nu este o prioritate imediată, ci mai degraba, prioritate este tema legată de **igiena personală și a spațiilor de locuit**.*

Atunci când se stabilește nevoia de instruire și tema sesiunii trebuie avută în vedere dimensiunea problematicii, respectiv aproximarea numărului de persoane afectate de problema care se dorește a fi abordată în cadrul unei sesiuni de educație pentru sănătate și se ține cont de riscurile care pot apărea în comunitate dacă nu se abordează această temă.

*De exemplu, dacă se constată că într-o comunitate există un număr mare de persoane care prezintă semnele unei igiene personale precare sau a locuinței, acest lucru arată clar că există riscuri de îmbolnăvire pentru toți membrii comunității și cu siguranță trebuie organizate sesiuni de educație pentru sănătate cu tema: **"Prevenirea îmbolnăvirilor și importanța îngrijirii personale și a spațiilor de locuit"**.*

În practică, s-a observat că denumirea temei cu acest titlu este mai acceptată de participanții din comunități decât denumirea temei "Importanța îngrijirii personale și a spațiilor de locuit pentru prevenirea îmbolnăvirilor". Sesiunile trebuie bine gândite și livrate pentru a nu ofensa participanții.

Etapă 2 - Stabilirea grupului țintă pentru o sesiune cu anumită temă și profilul participanților

După alegerea temei, pasul următor este stabilirea grupului țintă și profilul participanților.

Când se stabilește grupul țintă trebuie avut în vedere faptul că o sesiunea de educație în grup nu poate să țină mai mult de 2 ore. Oamenii nu sunt obișnuiți cu sesiunile de educație în grup și nu au exercițiul de a avea răbdare.

În plus, nu trebuie uitat că mulți dintre beneficiari sunt persoane neocupate, fără venituri, oameni care, zilnic, sunt în căutarea unei munci ocazionale, care să le permită procurarea de alimente necesare traiului din ziua respectivă. Participarea la o sesiune de educație în grup este considerată de către aceștia ca fiind pierdere de timp.

Deci, atunci când se stabilește grupul țintă **trebuie ținut cont de relevanța temei pentru beneficiari, de disponibilitatea de timp și mai ales de dorința lor de a participa la un astfel de eveniment**. Este de subliniat faptul că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu are voie să îi forțeze pe beneficiari să își schimbe comportamentul sanogen, ci trebuie să îi ajute să ia singuri decizii bazate pe cunoaștere/informare.

Relevanța temei este un element important atunci când stabilim profilul grupului țintă.

De exemplu, dacă este aleasă tema "Sănătatea reproducerii și planificare familială", beneficiarele vizate sunt femeile de vârstă reproductivă cărora sistemul cultural/tradițional/religios le permite participarea la astfel de informări. Este de subliniat faptul că la sesiuni cu această tematică nu pot fi invitate femei cărora religia nu le permite să utilizeze o metodă de contracepție sau femei cărora tradiția nu le permite să participe la astfel de sesiuni sau să utilizeze informațiile primite.

Trebuie menționat că au fost cazuri când mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare nu au ținut cont de aceste lucruri și s-au confruntat cu o serie de neplăceri din partea comunității pentru că au "spurcat" tradiția comunității prin discuțiile purtate în grup cu femeile tradiționale pe temă utilizării metodelor de contracepție, ceea ce a creat o breșă între comunitate și mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în ceea ce privește încrederea.

⁹ <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-evaluare-si-promovare-a-starii-de-sanatate-cnepss/calendar-activitati/>

Etapa 3 - Stabilirea procesului de transmitere a informațiilor (introducere, cuprins și încheiere);

Cea de a treia etapă a unei sesiuni de IEC constă în stabilirea procesului de transmitere a informațiilor (introducere, cuprins și încheiere).

Astfel:

- se stabilesc obiectivele sesiunii, în funcție de așteptările participanților,
- se notează întrebările cheie care adresate acestora să poată primi răspuns de la participanți,
- se stabilesc metodele de livrare a informației (prezentare, discuție liberă, vizionare film, sesiune întrebări și răspunsuri, etc) . Se pot imagina scenarii pentru livrarea sesiunii, în funcție de cunoașterea grupului participant).
- se estimează timpul necesar livrării,
- se stabilesc materialele de informare ce pot fi utilizate pe parcursul sesiunii,
- se stabilesc metodele de evaluare a sesiunii

Dacă stabilirea procesului, se estimează și timpul necesar livrării, care nu trebuie să depășească 120 minute. Sesiunea de instruire trebuie să fie împărțită după cum urmează:

- Introducere (5-15 minute) – prezentare mediator sanitar + AMC (daca este cazul), prezentarea temei, prezentare participanți, identificare așteptări participanți în legătură cu tema propusă, stabilire reguli de lucru.
- Cuprins (max 90 minute) – prin diverse metode de instruire, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitara alături de AMC va livra informații relevante participanților referitoare la temă.
- Încheiere (max 15 minute) – concluzii, lecții învățate, evaluare cunoștințe dobândite, stabilirea pașilor următori.

Etapa 4. Identificarea locului de întâlnire și pregătirea logisticii necesare;

Atunci când se selectează sau stabilește un loc în care se poate susține o sesiune de educație în grup trebuie să țină cont de barierele de mediu care pot afecta procesul de comunicare dintre mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și participanți.

În general, se recomandă un spațiu închis, fără sau cu puțin zgomot (sala de întâlniri la primărie, la căminul cultural, la școală, etc), care să dispună de scaune și o tablă/flipchart și alte facilități (electricitate, căldură, wc, sursa de apă, etc) dar, în funcție de participanți, de distanța dintre o locație a unei instituții și comunitate sau în lipsa unei săli amenajate, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară alege un loc retras în aer liber în comunitate sau curtea/casa unei persoane care își arată disponibilitatea de a oferi spațiu pentru o astfel de sesiune.

Nu este greșită utilizarea și a unor astfel de spații, însă atunci trebuie ținut cont de riscul de a fi întreruptă sesiunea de fel de fel de curioși, de riscul ca participanții să nu se simtă confortabil să vorbească de teama de a nu fi auziți de cineva, de riscul ca zgomotul din zonă să acopere informația, de riscul disconfortului creat de vreme (ploi, căldură, soare excesiv).

În lipsa unei săli de lucru aflată într-o locație închisă este foarte bună și alegerea de a ține sesiunile de educație pentru sănătatea și în aer liber, însă trebuie utilizate cele mai bune metode de livrare a sesiunii, adaptate locației în care se susține, pentru a menține interesul grupului.

Logistica necesară livrării unei sesiuni se referă la:

- asigurarea scaunelor pentru participanți,
- asigurarea unei table sau a unui flipchart pentru notarea unor informații importante,
- asigurarea cu coli de scris și pixuri care vor fi utilizate de participanți, coli de flipchart (dacă este cazul) și markere pentru a scrie pe flipchart sau table,
- asigurarea de materiale informative necesare pe parcursul sesiunii,
- întocmirea de chestionare de evaluare ce vor fi completate de participanți,
- întocmirea listei de participanți care atestă că sesiunea a avut loc și care a fost numărul persoanelor instruite (e nevoie de această informație asta atunci când se realizează raportul de activitate).

Etapa 5 - Livrarea sesiunii de educație în grup și observarea reacției participanților

Timpul alocat sesiunii de instruire este de maxim (120 minute) și poate fi livrată după cum urmează:

- Introducere (max 15 minute) – mediatorul/mediatoarea se va prezenta, anunță tema și face referire la motivul pentru care a ales tema. Tot în acest interval, – mediatorul/mediatoarea va solicita

participanților să se prezinte, să menționeze dacă au cunoștințe cu privire la tema prezentată și să spună ce așteptări au de la această sesiune de educație pentru sănătate;

- Cuprins (max 90 minute) – prin diverse metode de livrare/informare, – mediatorul/mediatoarea va furniza informații relevante participanților referitoare la tema propusă, va încuraja discuțiile în grup fiind atentă să nu se abată de la temă, va utiliza materiale ajutătoare (pliante, broșuri, chestionare, mulaje etc) și aproape de final va alocă 10 minute pentru a organiza o sesiune scurtă de întrebări și răspunsuri.
- Încheiere (max 15 minute) – – mediatorul/mediatoarea va recapitula principalele informații livrate în cadrul sesiunii și va puncta informațiile transmise și asimilate, solicitând participanților să completeze un formular de evaluare.
La final, înainte de plecare, – mediatorul/mediatoarea va colecta evaluările, va propune participanților să se reîntâlnească peste 3 luni pentru a analiza impactul informațiilor primite în viața de zi cu zi a beneficiarilor și va mulumi participanților pentru prezență și implicare.
Principalele metode de lucru ce pot fi utilizate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în cadrul sesiunilor de educație pentru sănătate sunt:
- **Prelegerea** – – mediatorul/mediatoarea prezintă sau citește participanților informații referitoare la temă
- **Discuția liberă** – bazată pe un dialog ce cuprinde o serie de întrebări și răspunsuri, – mediatorul/mediatoarea poate să concentreze informația astfel încât să livreze toată sesiunea și să își atingă obiectivul formării.
- **Studiu de caz** – – mediatorul/mediatoarea prezintă o situație documentată care are legătură cu tema sesiunii (o experiență trăită de un beneficiar anonim) pe care o prezintă participanților și le solicită acestora să prezinte cum ar trebui soluționat cazul.
- **Jocuri de rol** – este o metodă de învățare activă, bazată pe explorarea experienței participanților, oferindu-le un scenariu în care fiecare persoană are un anumit rol de jucat. Elementul principal al acesteia este discuția și învățarea mai mult din propria noastră experiență și din a celorlalți.
- **Brainstormig (furtuna de idei)** – este o metodă interactivă de dezbateră în grup ce are ca obiectiv producerea unor idei noi ce rezultă din implicarea tuturor membrilor grupului. Aici rolul – mediatorului/mediatoarei este important deoarece trebuie să se asigure că părerea fiecărui membru al grupului contează și trebuie auzită.
- **Vizionarea de materiale informative (foto/video)** – este o metodă de instruire utilizată des în sesiunile de educație deoarece oferă posibilitatea participanților să vadă și să rămână cu o imagine reprezentativă în minte, după finalizarea sesiunii. Aici, important este că – mediatorul/mediatoarea să provoace discuții libere la finalul vizionării/analizării/citirii materialelor informative.

Alegerea unei metode ține foarte mult de experiența – mediatorului/mediatoarei sanitare în procesul de organizare și susținere de sesiuni de IEC pentru educația în grup.

Încă de la început, participanții trebuie ”cuceriți”, trebuie să li se ofere motive pentru care să se simtă importanți că sunt prezenți în sală, să se simtă importanți pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru a descoperi împreună lucruri ce le va îmbunătăți orizontul de informare și mări capacitatea de cunoaștere și îi vor ajuta să se dezvolte.

Mediatorul/mediatoarea trebuie să le observe cu discreție reacțiile, atât pe cele verbale, cât și pe cele nonverbale, atitudinea și disponibilitatea de a se implica sau nu în desfășurarea sesiunii și, în funcție de acestea, să-și adapteze discursul și aplicațiile practice nevoilor beneficiarilor, monitorizând atingerea obiectivelor sesiunii.

Etapa 6 - Evaluarea percepției beneficiarilor cu privire la impactul sesiunii IEC

La finalul sesiunii este necesară evaluarea percepției beneficiarilor cu privire la calitatea sesiunii livrate, performanța mediatorului în calitate de instructor de sănătate și utilitatea informațiilor livrate.

Pentru aceasta, se poate folosi un formular simplu care să conțină următoarele întrebări:

1. Ce v-a plăcut la această întâlnire?
2. Ce nu v-a plăcut la această întâlnire?

3. Ce subiect considerați că a fost cel mai important?
4. Ce subiect considerați că v-ar fi ajutat și nu a fost suficient abordat?
5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului?
6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?

După citirea formularelor de evaluare completate de participanți, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să se autoevalueze! Rezultatele obținute trebuie analizate realist pentru a putea vedea ce ar fi putut fi făcut diferit în vederea obșinerii unor rezultate și mai bune, conștienți fiind că întotdeauna se pot aduce îmbunătățiri!

Etapă 7 - Verificare minimă a înțelegerii de către beneficiari a informațiilor transmise și, ulterior, monitorizarea aplicării cunoștințelor obținute

După finalizarea sesiunii de instruire, se poate face o simplă verificare/ recapitulare a cunoștințelor cu care au rămas participanții și a termenilor noi pe care aceștia le-au învățat în legătura cu tema propusă.

Totodată, prin munca de teren pe care o efectuează, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va continua să interacționeze cu beneficiarii sesiunii de instruire și va putea să observe dacă aceștia utilizează informațiile primite și și-au schimbat unele comportamente sanogene.

Dacă constată că aceștia nu și-au însușit noțiunile livrate la sesiune, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate să realizeze sesiuni de lucru individuale în care să ajute beneficiarul să aprofundeze cunoștințele livrate în cadrul sesiunii de educație sanitară și să le aplice în viața de zi cu zi.

Scopul sesiunilor de educație pentru sănătate, desfășurate în grup, este acela de a determina beneficiarul să înțeleagă că mai multe persoane sunt interesate sau afectate de un anumit subiect și cu toții își doresc să dobândească atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății proprii, dar și întregii comunități.

Etapă 8 - Organizarea unei sesiuni de evaluare a sesiunilor anterioare de instruire, cu participarea beneficiarilor;

Această sesiune se poate organiza la un interval de minim o lună - maxim trei luni de la finalizarea sesiunii de instruire. Întâlnirea va oferi mediatorului/mediatoarei sanitare o imagine clară asupra impactului pe care l-a avut sesiunea de instruire asupra participanților și a rezultatelor obținute de aceștia. Practic, se va putea vedea câte dintre informațiile primite sunt/au putut fi și aplicate în activitatea zilnică.

Această sesiune de evaluare nu trebuie să dureze mai mult de 60 de minute, timp în care mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară va discuta deschis cu participanții despre utilitatea informațiilor primite și aplicarea lor în viața de zi cu zi și, eventual, va clarifica unele aspecte care necesită explicații suplimentare.

Model - fișa organizare sesiune educație în grup

Tema sesiunii	Menționați care este tema aleasă
Descrierea motivației alegerii temei	Menționați de ce ai ales această temă? Ce impact și relevanță are la nivel comunitar? Câți oamenii sunt afectați? Care sunt riscurile? Ce efect va avea faptul că nu abordați tema?
Data organizării evenimentului și intervalul orar	Menționați data propusă pentru organizarea evenimentului și intervalul orar (atenție să nu depășiți timpul maxim de 2 ore recomandat).
Locația/locul întâlnirii	Menționați unde se organizează sesiunea (spațiul ales și adresa)..

Număr de participanți	Menționați numărul de persoane invitate .
Descrierea profilul participanților	Descrieți profilul participanților (femei, bărbați, copii – vârsta) și relevanța temei pentru aceștia.
Materiale informative necesare	Prezentați ce materiale informative veți utiliza (pliante, broșuri, tutorial video) și sursa acestora.
Resurse materiale necesare	Menționați de ce resurse materiale aveți nevoie (hârtie flipchart, markere, coli A4, pixuri, etc).
Subiecte/teme abordate în cadrul sesiunii	Faceți o sinteză a principalelor puncte/subiecte ce vor fi abordate în cadrul sesiunii.
Metode de livrare a sesiunii	Menționați ce metode veți utiliza pentru a susține sesiunea de educație în grup (prelegere, discuții în grup, etc).
Metode de evaluare a sesiunii	Menționați cum veți evalua impactul cursului în rândul beneficiarilor (aplicare de chestionar sau discuții libere) și care vor fi întrebările ce vor fi adresate beneficiarilor.
Invitați/Specialiști	În cazul în care la sesiune vor participa și cadre medicale avizate (AMC sau medic) menționați numele acestora și funcția.
Observații finale	Aici se poate face referire la data când vreți să organizați întâlnirea/sesiunea de evaluare după finalizarea sesiunii), să menționați ce așteptări aveți de la sesiune, care sunt temerile dvs. și alte informații relevante cu privire la reușita sesiunii de educație pentru sănătate, în grup.

Nume și prenume mediator sanitar /mediatoare sanitară:

Data întocmirii

TEMA NR. 1 - PREVENIREA BOLILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL, TUTUN ȘI SUBSTANȚE PSIHOTROPE (DROGURI)

Timp alocat	2 ore (120 minute)
Număr participanți	Maxim 10 persoane
Profilul participanților	Adulți, femei și bărbați, consumatori de tutun și alcool, substanțe psihotrope Tineri supuși riscului consumului de Alcool & Tutun și Substanțe Psihotrope (droguri)
Teme abordate	Introducere în temă Dependența tabagică (dependența de fumat) și riscurile la care ne supunem Dependența de alcool și riscurile la care ne supunem Dependența de droguri și riscurile la care ne supunem Recomandări generale pentru prevenirea bolilor asociate
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Completare test Studiu de caz
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 1 lună de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.

PREVENIREA BOLILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL & TUTUN ȘI SUBSTANȚE PSIHOTROPE (DROGURI)

Introducere în temă

Alcoolul, tutunul și substanțele psihotrope sunt cele mai răspândite droguri în întreaga lume. Este bine cunoscut faptul că prin consumul lor vreme îndelungată se produce o schimbare majoră în viațile noastre, o sinucidere lentă.

Obiceiul persoanelor (chiar de la vârste fragede) de a consuma substanțe nocive vieții este o realitate ce nu o putem ascunde, însă ar trebui să încercăm fiecare dintre noi să luptăm împotriva acestui rău voit.

Din acest motiv, aceste informații doresc să vă vină în ajutor pentru a cunoaște pericolele fumatului, consumului de alcool sau droguri, prin cunoașterea efectelor nocive (rele) ale acestora.

1. *Dependența tabagică (dependența de fumat) și riscurile la care se supun fumătorii:*

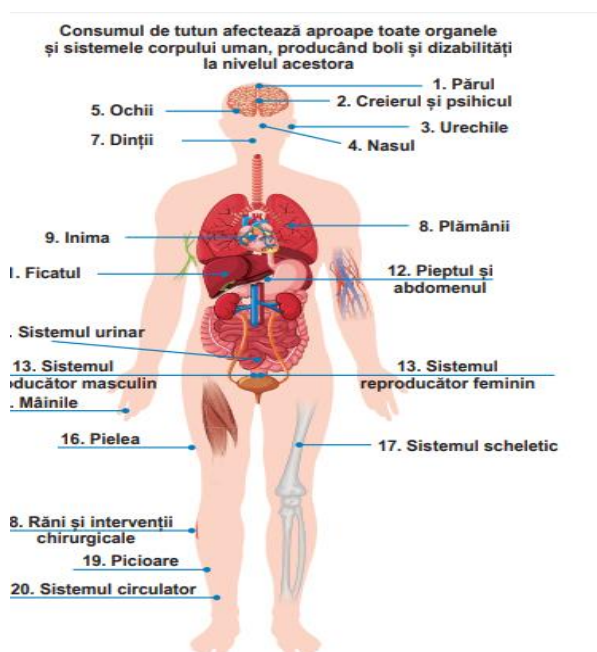
Ce se întâmplă când o persoană inspiră fum de țigară ? Prin inhalarea prin trahee a celor peste 30 de substanțe chimice cancerigene din fumul de țigară, incuzând gudronul și nicotina, se produc schimbări negative majore în plămâni.

Ce este bine de știut! La nivel mondial, consumul de tutun reprezintă una dintre cele mai mari amenințări la adresa sănătății publice, omorând peste 8 milioane de persoane pe an. Nicotina din tutun creează dependență, iar consumul de tutun este un factor major de risc pentru afecțiuni respiratorii și cardiovasculare, care poate produce și cancer. Tutunul poate fi mortal și pentru nefumători, ceea ce ar trebui să ne determine să ne gândim la familiile noastre, la copiii noștri. De asemenea, fumatul în timpul sarcinii poate produce copilului multe probleme de sănătate pe termen lung. Tutunul este singurul produs consumat legal care poate ucide până la jumătate din cei care îl folosesc.

Cum afectează consumul de tutun organismul uman? Pe lângă efectele produse la nivelul aparatului respirator, tutunul produce efecte negative și asupra întregului organism:

- Inima fumătorului cronic este supusă multor riscuri precum tensiunea arterială sau chiar infarctul miocardic ori accidentul vascular cerebral; Gudronul din fumul de țigară îngălbenește dinții și degetele;
- Riscul de a face cancer pulmonar este de 10 ori mai mare la un fumător decât la un nefumător;

Sursă: Societatea Romana de Pneumologie (SRP) - <https://srp.ro/newsiteindex.aspx#features11-s>



Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină poate fi folosit și de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în cadrul sesiunilor privind consumul de tutun, mai ales în comunitățile care nu beneficiază și de serviciile unui asistent medical comunitar. Rezultatele acestuia trebuie discutate de către beneficiar cu propriul medic de familie.

1. Când fumați prima țigară după trezire?
 - a. În primele 5 minute 3
 - b. 6-30 de minute 2
 - c. 31-60 de minute 1
 - d. Peste 60 de minute 0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?
 - a. Da 1
 - b. Nu 0
3. La ce țigară renunțați mai greu?
 - a. Prima 1
 - b. La celelalte 0
4. Câte țigări fumați pe zi?
 - a. Sub 10 0
 - b. 10-20 1
 - c. 21-30 2
 - d. Peste 30 3
5. Fumați mai mult dimineața decât după-amiază?
 - a. Da 1
 - b. Nu 0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți la pat o zi întreagă?
 - a. Da 1
 - b. Nu 0

Scor total.....

Scor:

1-2= dependență scăzută

3-4= dependență scăzută spre moderată

5-7= dependență moderată

>8 = dependență crescută

Sursa: <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistentă-medicală-comunitară.pdf>

2. Dependența de alcool și riscurile la care se supun consumatorii de alcool:

Foarte des consumat, alcoolul poate fi considerat un drog care schimbă reacțiile chimice din creier, afectând imediat sau târziu modul de a gândi, a simți, a vorbi și a se mișca a oamenilor. Utilizarea lui a devenit mai ales în rândul persoanelor vulnerabile o practică des întâlnită ceea ce ar trebui să ne determine imediat să ne gândim la scăparea din aceste capcane având în vedere că efectele asupra organismului sunt periculoase, putând fi chiar fatale.

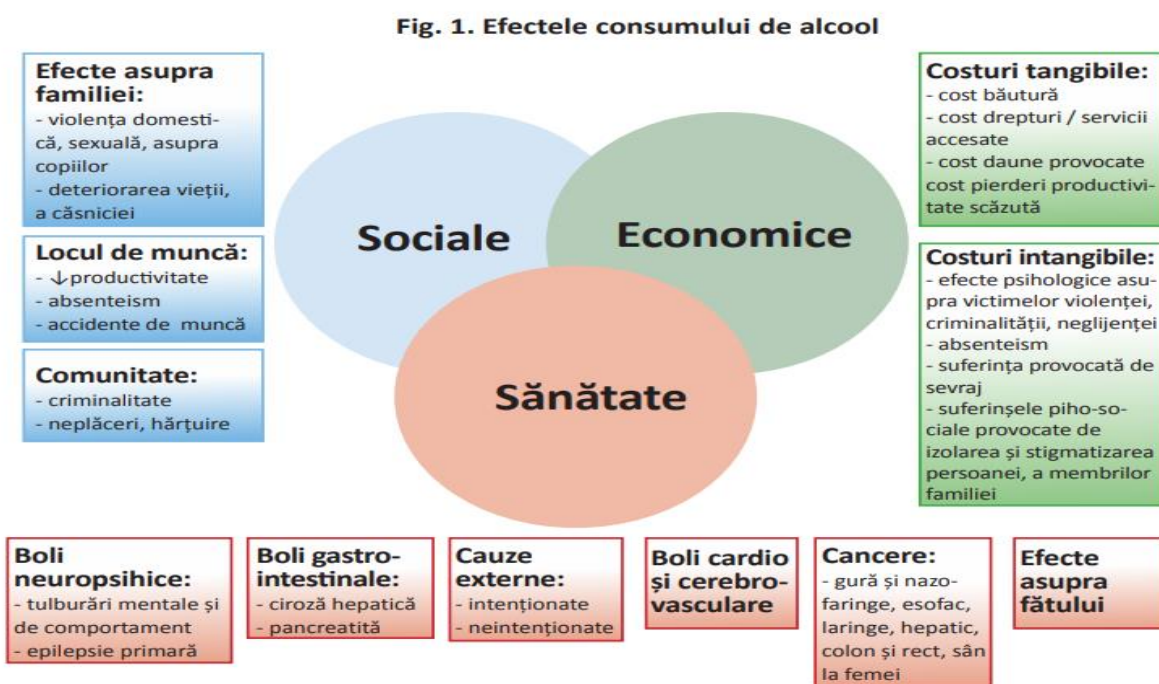
Care sunt efectele alcoolului asupra organismului uman?

Alcoolul nu este asemănător altor alimente, deoarece spre deosebire de alimente, alcoolul nu este digerat și metabolizat (transformarea unei substanțe în beneficiul organismului cum ar fi vitaminele) în **stomac**. O parte din alcool ajunge în sânge, iar la nivelul stomacului, alcoolul crește secreția sucurilor gastrice producând gastrită sau ulcer.

Un alt aspect pe care majoritatea îl cunoaște este efectul nociv al alcoolului asupra **ficatului**. Suprasolicitarea cronică a celulei hepatice prin consum exagerat de alcool poate duce la ciroza hepatică (boală gravă, în care sunt distruse țesuturile hepatice sănătoase).¹⁰

Având un efect sedativ și depresiv, de foarte multe ori persoanele care au consumat alcool în cantități mari au resimțit acest lucru. Alcoolul încetinind **activitatea creierului**, cantitățile mari ajunse la nivelul creierului produc halucinații și chiar comă.¹¹

Nici scheletul muscular nu este ocolit, în timpul consumului de alcool **controlul mușchilor** este tulburat care poate duce la pierderea coordonării mișcărilor și a capacității de reacție.



Sursa: Studiu privind impactul economic al consumului daunator de alcool asupra sistemului de sanatate din România (5)

<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Alcool.pdf>

¹⁰ <https://anp.gov.ro/penitenciarul-spital-mioveni/wp-content/uploads/sites/8/2019/11/Efectele-consumului-de-alcool.pdf>

¹¹ Ibidem

TEST APLICAT- CONSUM DE ALCOOL

 = 1 bere (330 ml)
  = 1 pahar vin (125 ml)
  = 1 tărie (40 ml)

1. Cat de des beti o bautura continand alcool? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) 2-4 ori pe luna 2 d) 2-3 ori pe saptamana 3 e) 4 sau mai multe ori pe saptamana 4 2. Cate bauturi consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti? a) Una sau doua 0 b) Trei sau patru 1 c) Cinci sau sase 2 d) Sapte sau noua 3 e) Zece sau mai mult 4 3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi de alcool la o singura ocazie? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 4. Cat de des ati constatat in ultimul an ca nu puteti sa va opriti din baut o data ce ati inceput? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 5. Cat de des in ultimul an nu ati reusit sa faceti ceea ce era de asteptat sa faceti din cauza bautului? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4	6. Cat de des in ultimul an ati avut nevoie sa beti prima bautura de dimineata ca sa va reveniti dupa o betie zdravana? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 7. Cat de des in ultimul an ati avut un sentiment de remuscare sau de vinovatie dupa ce ati baut? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 8. Cat de des in ultimul an nu ati putut sa va amintiti ce s-a intamplat in noaptea trecuta din cauza ca ati baut? a) Niciodata 0 b) Lunar sau mai rar 1 c) Lunar 2 d) Saptamanal 3 e) Zilnic sau aproape zilnic 4 9. Dvs. sau altcineva a fost ranit ca rezultat al faptului ca ati fost baut? a) Nu 0 b) Da, dar nu in ultimul an 2 c) Da, in ultimul an 4 10. O ruda, un prieten, un doctor sau o alta persoana a fost ingrijorata de bautul dvs. sau v-a sfatuit sa-l reduceti? a) Nu 0 b) Da, dar nu in ultimul an 2 c) Da, in ultimul an 4
--	---

SCOR CHESTIONAR: _____

Interpretare rezultate:

- Între **0 și 7** porții - Consum nepericulos pentru sănătate;
- Între **8 și 15** porții - Consum riscant;
- Între **16 și 19** porții - Consum nociv;
- Peste **20** de porții - Consum extrem de nociv.

Sursa: <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistență-medicală-comunitară.pdf>

3. Dependența de droguri și riscurile la care se supun cei ce consumă astfel de substanțe:

*Ai o singură viață! Bucură-te de ea fără droguri!*¹²

Consumul de droguri debutează, mai nou, la vârsta de 14 ani sau chiar mai puțin, ceea ce este îngrijorător! Un exemplu în acest sens poate fi chiar un drog des administrat pacienților în ultima fază cum ar fi morfina care atenuează durerile pacienților cu cancer, aceasta având în componența ei substanțe psihotrope luată necontrolat poate fi fatală.

Semne, simptome si efecte

Pe termen lung, **marijuana** poate determina: diferite tipuri de cancer, tulburări ale sistemului respirator (tuse strănut, sunt mereu răciți), sistemului imunitar și ale organelor de reproducere, tulburări ale memoriei, dificultăți de învățare.

Pe termen lung, consumul de **heroină** determină: dependența fizică și psihică, boli contagioase (SIDA, hepatita de tip B și C), sclerozarea vaselor de sânge, infecții bacteriene, infecția țesuturilor inimii și a valvelor, artrita și alte probleme reumatologice.

¹² <https://www.aspms.ro/documente/10cp19.pdf>

Pe termen lung, consumul de **cocaină** determină: iritabilitate, dispoziție schimbătoare, neliniște, tulburări psihice (halucinații, paranoia), tulburări fiziologice (perforarea septului nazal, afectarea auzului), dependența fizică și psihică.

Pe termen lung, consumul de **amfetamine** determină: scăderea imunității organismului, scădere în greutate, tulburări psihice, comportament necontrolat, violent și irațional, deces datorită spargerii unor vase de sânge din creier (anevrism), stop cardiac sau a febrei foarte ridicate.

Pe termen lung, consumul de **Ecstasy** determină: afecțiuni ale ficatului, dependență, tulburări ale memoriei, tulburări ale gândirii. Dacă a consumat Benzodiazepin (calmante, somnifere), atunci: este apatic, are amețeli, își controlează cu greutate musculatura, este mai inhibat, nu se mai poate concentra, îi scade pofta de mâncare, transpiră, tremură.

Pe termen lung, consumul de **benzodiazepine** determină: tulburări ale memoriei și alterarea capacității de a asimila informații noi, probleme digestive, sentimente de frică, modificarea acuității senzitive (insensibilitate și modificarea sensibilității la lumină, sunet, mirosuri), psihoze și convulsii, dependența fizică și psihică, în combinație cu alcoolul poate să aibă consecințe fatale. Pe termen lung, consumul de **inhalante** determină: tulburări de creștere, tulburări ale aparatului genital, scăderea imunității, anemie accentuată, boli ale aparatului respirator, comportamente deviate, dependență fizică și psihică.

CE ESTE DROGUL?

Drogul este o substanță-solidă, lichidă sau gazoasă care, introdusă în organism modifică imaginea asupra propriei persoane și asupra realității înconjurătoare. Folosirea abuzivă poate crea dependență fizică și psihică sau tulburări grave ale activității mintale și ale comportamentului.

Toxicomania este starea de intoxicație periodică sau cronică determinată de consumul repetat al unui drog.

Toleranța înseamnă necesitatea administrării unor cantități tot mai mari de droguri pentru obținerea aceluiași efect.

Supradoza înseamnă introducerea în organism a unei cantități mai mari de substanță decât poate suporta acesta și care poate produce moartea.

Sevrăjul desemnează reacțiile organismului la încetarea administrării drogului.

DAR TE-AI GÂNDIT CĂ:

- Sub influența drogurilor nu îți mai aduci aminte exact ce ai făcut, poți să produci accidente, poți să te rănești și poți chiar să îți pierzi viața!
- Drogurile provoacă o stare de bine superficială și de scurtă durată, care nu-ți rezolvă problemele!
- Toate drogurile modifică starea și funcționalitatea creierului, alterând funcțiile normale ale structurii cerebrale!
- Drogurile afectează voința și autocontrolul!
- Drogurile te îndepărtează de familie, de școală, de colegi, te fac să rămâi fără prieteni, te condamnă la singurătate!
- Consumatorul de droguri are nevoie financiară din ce în ce mai mare, pe care nu le poate rezolva decât intrând în circuitul delincvenței, al prostituției, chiar al criminalității!

Sursa: <https://www.aspms.ro/documente/10cp19.pdf>

TEMĂ NR. 2 - IMPORTANȚA IGIENEI PERSONALE ȘI A SPAȚIULUI DE LOCUIT PENTRU PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR

PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR ȘI IMPORTANȚA IGIENEI PERSONALE SI A SPAȚIULUI DE LOCUIT

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane
Profilul participanților	Adulți (femei și bărbați) Tineri 14-18 ani (fete, băieți) Copii 7-14 ani (fete băieți)		
Teme abordate	Introducere în temă Importanța igienei personale Importanța igienei spațiilor de locuit Recomandări generale pentru prevenirea bolilor asociate		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Completare test Studiu de caz		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Atenție!!! Pentru fiecare grup de participanți se vor organiza sesiuni separate. Nu amestecați grupurile pentru că nu veți obține rezultatul așteptat. Pentru copii 7-14 ani sesiunile se vor organiza în cadrul unității de învățământ, pe clase. Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 1 luna de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

IGIENA PERSONALĂ ȘI BOLILE INFECȚIOASE

De-a lungul timpului s-a tot discutat despre apariția bolilor infecțioase datorate nerespectării regulilor de igienă, chiar și în zilele noastre auzim în mass-media subiecte precum apariția bolilor cu contaminare pe cale aeriană sau locală, afectând mai ales copii din colectivități ce se îmbolnăvesc de gastroenterocolite sau viroze. Toate aceste probleme ar putea fi reduse cu ajutorul comun de răspândire a informației despre importanța igienei în viețile noastre.

Când vorbim despre igienă ne vom referi, îndeosebi, la prevenția apariției bolilor infecțioase. Pentru a avea grijă de viețile noastre este bine să cunoaștem importanța celor trei lucruri care ne satisfac în principal nevoile de bază, precum: APA, ALIMENTELE ȘI ADĂPOSTUL, fără de care nu putem avea continuitate sau rezultate în viață!

Foarte important de știut este că pe lângă aceste trei nevoi principale mai există și nevoia de a ne PĂSTRA SĂNĂTATEA. Dacă bacteriile s-ar vedea, sigur ne-am feri și am încerca să facem tot posibilul să nu răspândim știind că ne fac rău familiilor noastre și pot cauza probleme grave de sănătate la nivel respirator, gastric (stomac), de piele etc. Dar, cum nu se văd nu ne dăm seama de pericolul răspândirii bolilor dăunătoare, din acest motiv este imperios necesar să găsim împreună soluții.

Cum se răspândesc bolile infecțioase?

- Bolile infecțioase se răspândesc ușor de la o persoană la alta (familie, colectivități de copii etc.);
- Bolile infecțioase nu sunt întotdeauna vizibile, un om poate să fie purtător de agenți patogeni (microbii, virusurile, paraziții) dar să nu se simtă rau, în schimb poate îmbolnăvi persoanele din jur;
- De aceea este bine să recoltăm probe de la toată familia, în cazul unei suspiciuni de infecție;
- Bolnavii de boli infecțioase sunt surse sigure de infecții. Până la completarea tratamentului potrivit, ei trebuie ținuti departe de celelalte persoane din jur.
- Agenții patogeni (microbii, virusurile, paraziții) folosesc diferite **porți de intrare** pentru a ajunge în corpul omului. Iată câteva exemple:
 - prin aparatul **respirator** (adică de la nas până la plămâni, prin aerul inspirat) – așa ne îmbolnăvim de tuberculoză, gripă, rujeolă, rubeolă, varicelă, difterie, pneumonii (aprindere la plămâni) și multe altele;
 - prin aparatul **digestiv** (adică de la gura până la stomac și intestine) – așa se produc bolile ca hepatita, dizenteria, salmoneloza și alte tipuri de diaree, botulismul, febra tifoidă, holera etc. sau pătrund paraziții interni de variate tipuri,
 - prin tegumente (adică **piele**) și **mucoase** (adică “pielea”, umedă, prin care se face trecerea între piele și interiorul organismului cum ar fi la ochi, gură, nas și zonele intime ale corpului) – sunt infecții foarte periculoase pentru-că agentul patogen ajunge direct în sânge, deci este transportat foarte repede către organele importante ale corpului.
 - prin **cordonul ombilical** în viața intrauterină – de la mama la făt: toate infecțiile mamei pot afecta copilul din burtică, cauzând forme ușoare de boli până la malformații sau chiar avort (exemplu pentru această situație gravă ar fi rubeola).

Rezistența organismului față de agentul infecțios

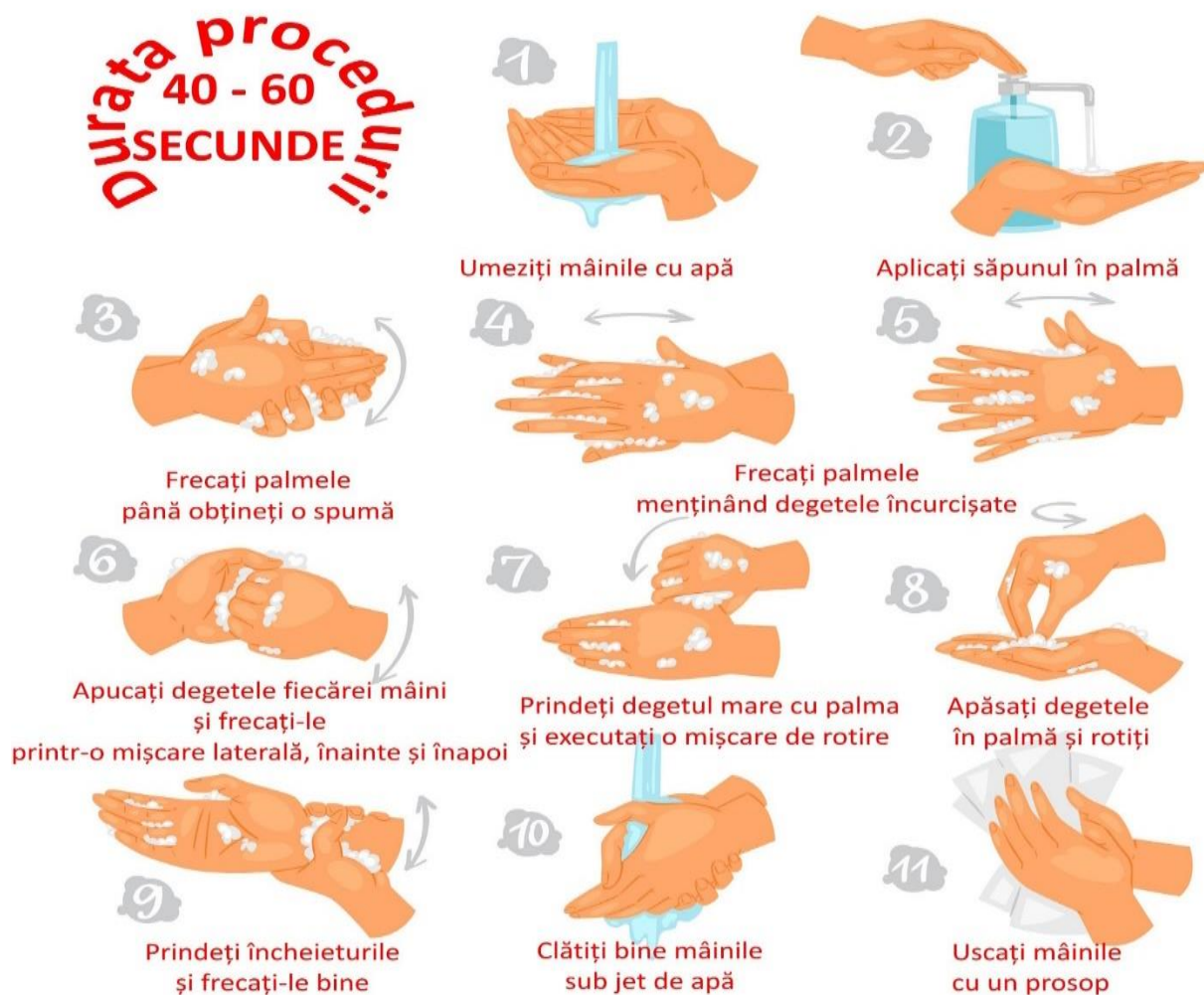
Trăim într-o lume plină de riscuri de a se infecta, însă – din fericire – natura ne-a dăruit capacitatea de apărare numită **imunitate**. Imunitatea înseamnă practic puterea de a rezista la atacurile zilnice ale miilor de agenți infecțioși. Imunitatea se dezvoltă în timp, de la naștere până-n jurul vârstei de 13 ani. Acum puteți înțelege de ce sunt atât de importante vaccinările (care se mai numesc și **imunizări**, adică “educația” sistemului imunitar) la copii: nu numai pentru că-i ocrotesc pe copii noștri de unele boli, dar și pentru că îi ajută într-o perioadă a vieții când organismul lor încă nu este pregătit să lupte cu agresiunile din mediul înconjurător. După această vârstă omul, în general, este pregătit să supraviețuiască, dacă-și menține corpul (și, bineînțeles, capacitatea de apărare a acestuia) în condiții bune, cu condiția să aibă un **stil de viață cât mai sănătos**.

Condiții pentru o viață sănătoasă

Igiena personală reprezintă una dintre condițiile de păstrare a sănătății pentru fiecare persoană. Fiecare om are reguli proprii de igienă. Responsabilitatea propriei stări de igienă aparține fiecăruia dintre noi. Însă de foarte multe ori apar probleme atunci când o familie sau o comunitate nu are o sursă de apă potabilă, sau există posibilitatea să nu existe nici-o sursă de apă. Atunci e necesar să găsim soluții în acest sens pentru a ne organiza mai bine viețile! (Exemplu ar fi apa potabilă, pe care o putem fierbe, pentru a bea sau a face mâncare)

Prin **spălarea mâinilor** cu apă și săpun reușim să ne ferim de foarte mult boli! Chiar de o boală foarte gravă precum Hepatita A, care este des întâlnită și care poate evolua într-o boală cu consecințe grave asupra organismului. De aceea pentru toți membrii familiei noastre trebuie să devină o rutină și să se facă cât mai des pentru că mâna este o sursă a germenilor. Este obligatorie înainte de mese și după folosirea toaletei.

Spălarea corectă se face sub jet de apă insistându-se pe zona unghiilor și interdigital (între degete) pentru a îndepărta substanțele străine și germenii atașați.



Imagine preluată, sursa: upclean.ro

IGIENA SPAȚIULUI DE LOCUIT

Locuința este locul unde omul își petrece cea mai mare parte a timpului, se odihnește și își reface forța de muncă, muncește și se distrează într-un mod cât mai placut. Casa în care cineva locuiește, oricât ar fi de modestă și simplă mobilată, trebuie să fie îmbietoare și curată, să fie bine îngrijită.

Lipsa unor condiții elementare de exploatare a locuinței, cum ar fi asigurarea cu apă și cu sistem de canalizare, frigider pentru păstrarea alimentelor, determină dezvoltarea unor boli digestive microbiene și parazitare (febra tifoidă, hepatita virală, dizenterie, toxiinfecții alimentare).

Apa ca și aerul este **necesară organismului uman**. Se spune că viața a apărut în apă și abia ulterior organismele au trecut pe uscat. În **organism apa îndeplinește o serie de roluri**, cum ar fi: în **transportul vitaminelor și proteinelor și în eliminarea unor produși care ne fac rău organismului**, apa ne **ajută corpul să-și regleze temperatura** și nu în ultimul rând **apa este necesară sistemului circulator** (pe unde sângele curge în vene), un exemplu clar în acest sens este că organismul nostru este conceput din 60% apă.

Apa constituie un element foarte important de transmitere a unor boli contagioase microbiene, virale sau parazitare. În acest mod se pot transmite hepatita virală de tip A, icterul infecțios, dizenteria sau poliomielite

Umiditatea sporită și igrasia în locuința favorizează reumatismul articular, bronșite cronice și bolile cardiovasculare.

Trebuie să fim conștienți și de faptul că materialele de construcție din care sunt construite casele, vopseala/varul utilizat pentru mentenanța locuinței, soluțiile folosite pentru realizarea curățeniei sau felul în care sunt construite încăperile care nu permit o ventilație naturală a aerului, sunt cauze care pot genera o serie de îmbolnăviri. În literatura de specialitate, specialiștii îl numesc sindromul clădirilor bolnave.

Sunt persoane care în interiorul acestor tipuri de încăperi acuza dureri de cap, oboseală, ten uscat, tuse seacă, stări de greață, iar atunci când părăsesc încăperea și ies la aer nu mai acuză aceste simptome. În această situație, cu siguranță mediul din locuința este factorul favorizant dezvoltării acestor tipuri de boli.

Simptome	Cauze
Manifestări ORL și respiratorii	Factori fizici
Gât uscat Iritația gâtului Senzația de lipsă a aerului Scurgere nazală Tuse seacă	Temperatura prea scăzută sau prea ridicată Lipsa ventilației a aerului Lipsa luminii naturale Zgomot Câmpuri electromagnetice și electrostatice
Manifestări oculare	Factori chimici
Diminuarea lacrimilor Conjunctivita	Fumul de tutun Formaldehida Degajare de compuși organici volatili Gaz carbonic Praf Degajare monoxid de carbon
Manifestări cutanate	Factori biologici
Piele uscată Roșeață Prurit	Acarieni Mucegaiuri Endotoxine Micotoxine
Manifestări senzoriale	Factori psihologici
Senzația de mirosuri neplăcute	Imposibilitatea de a deschide fereastra
Manifestări neuropsihice	
Cefalee Oboseală Stări de rău	

Sfaturi pentru curățarea și igienizarea locuinței

Atunci când o persoană vrea să se bucure de o locuință strălucitoare și lipsită de microbi are nevoie de câteva idei practice pentru curățenia în casă. Treburile casnice pot lua mult timp, mai ales dacă nu există o organizare corespunzătoare și nici nu sunt realizate cu plăcere. Din acest motiv, pot fi recomandate câteva sfaturi utile pentru curățarea și igienizarea locuinței:

- Curățenia se începe cu o primă cameră și se continuă în ordine;
- Ordinea zilnică trebuie menținută;
- Obișnuiește-te să ștergi imediat după tine;
- Folosește produse adecvate tipurilor de suprafețe;
- Curăță bucătăria după fiecare sesiune de gătit;
- Curăță cada, robinetele și chiuvetele după fiecare utilizare;
- Când faci curățenie în casă, înainte de toate pune lucrurile în ordine;
- Șterge praful de pe toate suprafețele, inclusiv de pe corpurile de iluminat;
- Curăță pereții cu puțin bicarbonat de sodiu;
- Lucrează întotdeauna de sus în jos și dinăuntru în afară;
- Spală hainele murdare cât mai des;
- Aranjează patul în fiecare zi;
- Aspiră covoarele și pardoseala o dată la trei zile;
- Pune cutii și coșuri de depozitare în fiecare cameră;
- Folosește lavete diferite pentru baie, bucătărie și mobilierul din celelalte camere;
- Înlocuiește frecvent articolele folosite la curățenie ca să eviți dezvoltarea bacteriilor și mușgaiului;
- Curățenia în casă este vitală pentru sănătatea și starea noastră de bine. O locuință în care se adună praf și mizerie se poate transforma foarte ușor într-un adăpost pentru microbi, bacterii, virusuri și alergeni. Dacă vrei să ai întotdeauna casa impecabilă și, totodată, să trăiești într-un mediu cât mai sigur, creează-ți câteva obiceiuri bune legate de curățenie și în acest fel vei reuși să economisești timp și energie cu igienizarea locuinței.

REGULI DE IGIENĂ PENTRU COPII ACASĂ ȘI LA SCOALA

De ce să-i înveți pe copii să aibă grijă de igiena lor?

La început, părinții sunt cei care au grijă de igiena copiilor. Ulterior, copiii trebuie să învețe ritualul de igienă și să-l aplice corect. Vor avea nevoie să învețe să facă asta de timpuriu, fiindcă ajung în colectivitate, iar igiena este esențială pentru sănătatea și pentru relațiile pe care le vor stabili cu cei din jurul lor (copii, educatori, cadre auxiliare). De aceea, regulile de igienă sunt foarte importante, iar dacă sunt deprinse de timpuriu, copiii le vor folosi pe tot parcursul vieții fără probleme.

Cum îi explici celui mic că igiena este importantă?

Copilul va învăța imitându-i pe părinți (de exemplu - spălatul pe dinți poate deveni o rutină de familie), dar în același timp trebuie să înțeleagă de ce igiena este importantă, iar aici intervine părintele sau educatorul.

Copilul trebuie să înțeleagă, în principal, că igiena îl ajută:

- *să reducă riscul de a se îmbolnăvi, fiind la adăpost de viruși, bacterii, paraziți și chiar infecții;*
- *să se protejeze mai bine, sistemul lui imunitar fiind oricum în formare și, pe cale de consecință, mai expus pericolelor;*
- *să nu-i îndepărteze pe prietenii de joacă din cauza mirosurilor neplăcute emenate de corp sau să nu i se aducă jigniri legate de igiena corporală;*

- *să aibă mai multă încredere în el, iar ceilalți îl vor aprecia fiindcă este curat.*

Regulile de bază ale igienei copilului

Ritualul zilnic de igienă al copilului ar trebui să cuprindă următoarele reguli de bază:

- spălat pe mâini, de fiecare dată înainte de masă, ori de câte ori se întoarce de afară sau folosește toaleta.
- duș zilnic.
- spălat pe dinți (dimineața și seara).

Spălatul pe mâini

Există studii medicale care demonstrează că dacă toată lumea s-ar spala mai des pe mâini atunci ar exista, la nivel global, mult mai puține îmbolnăviri și decese. Copilul va ajunge la un moment dat în colectivitate, adică într-un mediu cu numeroși germeni. De protejat, acesta nu se poate proteja prea bine, pentru că tendința lui va fi aceea de a sta cu mâinile sub apă numai câteva secunde, nu mai mult. El poate fi învățat că în timp ce se spală pe mâini să fredoneze un cântecel, pentru ca spălatul să dureze mai mult. De asemenea, învață-l să se spele corect, să dea printre degete cu apa și săpun și să spele fiecare deget în parte. Aceasta este o rutină pe care o va folosi mereu de acum înainte.

Când trebuie să se spele pe mâini?

Copilul trebuie să învețe că spălatul pe mâini **este obligatoriu** în următoarele situații:

- după ce folosește toaleta;
- înainte de a mânca;
- după ce vine de la joacă;
- după ce vine de la școală;
- după ce stranută sau tușește;
- după ce se joacă, în casă sau afară, cu animalele de companie;
- după ce a interacționat cu o persoană bolnavă sau necunoscută.

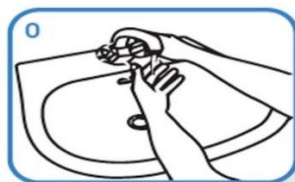
Cum se spală corect pe mâini?

Spălatul corect pe mâini presupune:

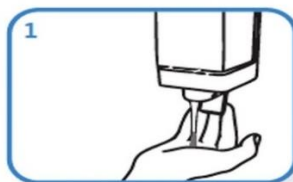
- udatul mâinilor cu apă caldă;
- săpunirea mâinilor cu săpun solid sau lichid;
- frecarea săpunului între palme, cu putere, apoi spălarea spatelui palmelor, între degete, dar și fiecare deget în parte, sub unghii;
- spălarea mâinilor cel puțin 20 de secunde;
- clătirea mâinilor cu apă caldă până nu mai rămâne săpun.
- uscarea mâinilor cu un prosop curat.

Cum **spalăm** mâinile?

 Durata întregii proceduri minim **30 de secunde!**



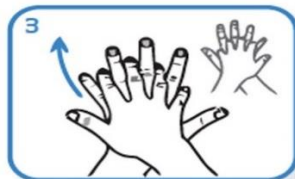
0
Umeziți mâinile
cu apă



1
Aplicați suficient săpun
pentru a acoperi suprafața
ambelor mâini



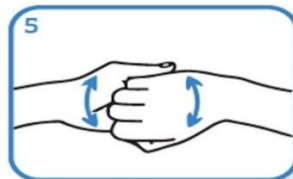
2
Frecați palmele una de
alta



3
Cu palma dreaptă peste
mâna stângă curățați spa-
țiile interdigitale (și invers)



4
Frecați interiorul
palmelor cu degetele în-
crucișate



5
Îmbinați mâinile în poziție
opusă



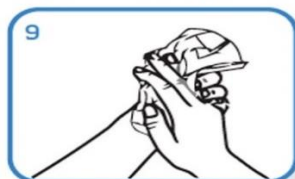
6
Cu degetul stâng prins în
mâna dreaptă efectuați
mișcări rotatorii (și invers)



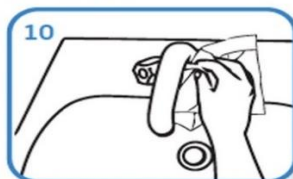
7
Efectuați mișcări rotatorii
cu vârful degetelor în
palma opusă



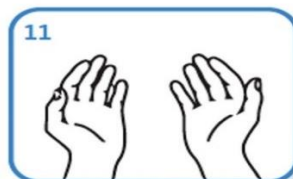
8
Clătiți mâinile cu apă



9
Ștergeți mâinile cu un
prosop de unică folosință
sau cu un șervețel



10
Folosiți șervețelul sau
prosopul pentru a închide
robinetul



11
Mâinile sunt acum curate

Imagine preluată din campania implementată de WHO, *Salveaza vietii - Spala-te pe maini!*

Atentie!!! Copilul trebuie încurajat să respecte regula spălatului pe mâini nu numai acasă dar și la școală și oriunde s-ar duce și de fiecare dată înainte de masă, ori de câte ori se întoarce de afară și ori de câte ori folosește toaleta.

Igiena corporală

Chiar dacă pot face singuri duș/baie când ajung pe la 6 ani, este bine să nu lași copilul nesupravegheat atunci când se spală.

Iată la ce trebuie să ai grijă atunci când cel mic face duș/baie:

- să-i lași la îndemână produse de îngrijire speciale pentru copii: șampon, săpun, gel spumant. Acestea previn iritațiile și nu-i provoacă disconfort în timpul spălării.
- să aibă la îndemână un prosop de baie numai al lui.
- să aibă un covor antiderapant pentru a evita accidentele.

- să-i setezi/potrivești temperatura apei și ai grijă să nu se joace la robinet pentru a nu risca accidente.
- să-l înveți să insiste în anumite zone ale corpului: față, urechi, gât, subsuară, brațe, picioare, tălpi, zona genitală, buric, coate, genunchi.
- să folosească produsele de spălare - săpun, gel de duș – lăsate la îndemâna lui.
- să-și usuce tot corpul atunci când iese din baie.

Cât de des învățăm copilul să facă duș?

Frecvența dușului depinde de activitatea zilnică a copilului. Dacă stă mult pe afară la joacă, atunci ar trebui să facă duș zilnic. Dacă nu, atunci măcar la 2-3 zile. Pe față, gât, urechi, în zona genitală, subraț și picioare ar trebui să se spele zilnic.

Schimbarea lenjeriei intime

Chiar dacă pentru un adult acest obicei este intrat în rutină, pentru cel mic este doar o altă regulă pe care trebuie s-o învețe. O poate deprinde destul de ușor dacă îl faci să priceapă diferența dintre ceva ce miroase a proaspăt și frumos și ceva ce miroase neplăcut. Copilului trebuie să i se explice faptul că nu vrea să miroase la fel de urât ca lucrurile pe care le-a purtat o zi întreagă. De asemenea, este important să-l lași pe cel mic să-și aleagă lenjeria intimă, să o împăturească după ce este spălată, să o așeze în sertar, iar atunci când se murdărește (adică zilnic) să o pună în coșul de rufe.

Tăierea unghiilor

Pentru că cei mici au tendința de a duce degetele în gură și pentru că sub unghii se pot aduna bacterii, este bine ca unghiile lor să fie scurte.

Spălarea pe dinți

Dinții și gingiile curate previn apariția cariilor și o respirație urât mirositoare. Este important pentru copii să învețe să se spele corect pe dinți încă de când au dantura de lapte, pentru că astfel se pregătesc pentru perioada în care vor avea dinți permanenți. Periajul dentar trebuie făcut de două ori pe zi (dimineața și seara), cel puțin 2 minute.

Sfaturi utile

Există câteva sfaturi despre cum să faci igiena personală mai eficientă.

De exemplu:

- să nu ștergă mâinile sau nasul de haine, ci să apeleze la batiste nazale și la șervețele ori de câte ori este nevoie. În felul acesta se oprește răspândirea bacteriilor, protejându-i pe cei din jur. Mamelor trebuie să li se amintească că pot da copiilor batiste nazale delicate și care să aibă o componentă antibacteriană. Ei trebuie învățați de asemenea să arunce batista nazală după ce au folosit-o.
- să pună mâna la gură când tușește sau strănută și să folosească batista, pentru a preveni răspândirea microbilor,
- să nu folosească împreună cu ceilalți copii paharul, sticla de apă, tacâmurile, pentru că există riscul de a se îmbolnăvi,
- să nu bage degetele în gură sau în nas,
- să nu-și roadă unghiile,
- să folosească hârtia igienică la toaleta și să se spele pe mâini de fiecare dată după aceea,
- să nu folosească în comun cu alții agrafele de păr, părările sau căciulițele,
- să se spele corect pe dinți,
- să nu se așeze încălțat pe mobilele din casă,
- să se dezbrace de hainele pe care le poartă afară atunci când ajunge în casă,
- să-și aerisească hăinuțele și să învețe să le ducă la coșul de rufe murdare atunci când trebuie,

- să spele fructele și legumele cu multă apă înainte de a le consuma. Trebuie să facă acest lucru chiar și cu fructele primite la grădiniță sau la școală.

Concluzii:

Famiiliile pot fi protejate de majoritatea bolilor infecțioase prin respectarea regulilor de igienă, prin vaccinări și printr-un stil de viață cât mai sănătos. Prevenirea bolilor ne costă mai puțini bani, mai puțin timp și suferință - decât tratamentul lor.

Subiecte/Întrebări de abordat în timpul sesiunii

- Cum a contribuit această sesiune la conștientizarea față de diferitele boli descrise mai sus?
- Care este opinia dvs. cu privire la rolul igienei în viețile noastre?
- Cum credeți că putem contribui la îmbunătățirea sănătății noastre și a familiei noastre cu ajutorul igienei?

Bibliografie/Surse:

- Dr. Hanna Dobronauteanu; pp. 60-66 din „Manualul mediatorului sanitar”, aprobat de către Ministerul Sănătății Publice, a fost editat în București, 2008, rezultand din Proiectul PHARE RO 2004/016-722.01.01.01 – Consolidarea Capacitatii Institutionale si Dezvoltarea de Parteneriate pentru Imbunatatirea Perceptiei si Conditiiilor Romilor
- Coord. Mincu M., Mănescu S., Cocora D., Bucur E., Cordeanu A pp.35-40 .- Igiena-pentru școlile sanitare postliceale-, Ediția a II-a, Editura Medicală, București, 2000
- Coord. Mărcean Crin & all; pp.239-244- Manual de Nursing-pentru elevii din anul I ai Școlilor Postliceale Sanitare- Volumul I, Editura ALL EDUCATIONAL, București, 2012

Documentare internet

<https://www.drmax.ro/articole/reguli-de-igiena-pentru-copii>

<https://www.spatiulconstruit.ro/articol/5-sfaturi-pentru-o-viata-sanatoasa-igiena-locuintei-tale/25900>

<https://suntparinte.md/infografic-spalatul-pe-maini-cei-sase-pasi-obligatorii/>

TEMĂ NR. 3 – CORPUL UMAN, DEZVOLTAREA UMANĂ ȘI IGIENA ÎN RÂNDUL ELEVILOR

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim persoane/sesiune	30
Profilul participanților	Copii 10-15 ani (fete și băieți)			
Teme abordate	Introducere în temă Informații despre corpul uman Pubertatea și adolescența Reguli de igienă Boli asociate alimentației nesănătoase Recomandări stil de viață sănătos			
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Completare test Studiu de caz			
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.			
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?			
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 1 lună de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.			

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

CORPUL UMAN, DEZVOLTAREA UMANĂ ȘI IGIENA ÎN RÂNDUL ELEVILOR

Introducere - Sănătatea și importanța sănătății pentru viață-

„Sănătatea e darul cel mai frumos și mai bogat pe care natura știe să-l facă”. (Michel de Montaigne)

Este necesar, pentru binele nostru, să conștientizăm rolul sănătății în viețile noastre mai ales în perioada de dezvoltare a corpului unui copil, corp care trebuie să primească cele mai bune alimente, bogate în nutrienți și vitamine și odihnă etc.

Sănătatea este o stare de bine dată de către organismul și creierul fiecăruia dintre noi. Sănătatea corpului depinde de starea de sănătate a părților care îl compun (un organ care nu mai funcționează corespunzător poate să determine și alte organe să se deregleze).

Funcțiile fundamentale ale organismului:

- a. De relație** (legătura între organism și mediul exterior, prin organele de simț)
- b. De nutriție** (Această funcție este realizată de către aparatul respirator, digestiv, circulator și excretor)
- c. De reproducere** (Sexualitatea, care – fiziologic- este destinată asigurării reproducerii, iar afectiv este legată de aspecte emoționale esențiale).

Pubertatea și adolescența

Perioada de dezvoltare, adică trecerea la perioada de adolescență este foarte importantă întrucât aici se produc mari modificări la nivelul organismului, dar și al psihicului (creierului), din acest motiv fiind bine să cunoaștem etapele pubertății și viața de adolescent.

Pubertatea este perioada de trecere de la copilărie la maturitate, perioada în care organismul se pregătește pentru maturitate și ea durează între anii 8-9 până la 15-16. În această perioadă totul se schimbă în corpul nostru: fizic, mintal, dar și sexual.

Adolescența este o perioadă importantă în dezvoltarea fizică, mentală și sexuală a fetelor și băieților, perioadă care include una dintre cele mai evidențiate etape din viața unei persoane ce reprezintă trecerea de la etapa de copil la cea de adult.

Adolescența este perioada de la 10 - 19 ani și se divizează în 3 perioade:

DE REȚINUT! Elevii din clasele V și VI se află în perioada de adolescență timpurie (10-13 ani), iar dezvoltarea pubertară este atât de intensivă, încât poate fi comparată cu dezvoltarea nou-născutului în primul an de viață. Aceste schimbări furtunoase îl epuizează pe adolescent atât fizic, cât și psihic. De aceea, pentru a păstra buna dezvoltare a adolescentului, este necesar a respecta un regim de muncă, odihnă, somn și alimentație echilibrat.

De ce devine igiena extrem de importantă în perioada adolescenței?

O bună igienă are drept scop evitarea îmbolnăvirilor și menținerea sănătății, dar determină schimbări în starea emoțională și a comportamentului adolescentului.

Igiena corpului – dușurile zilnice devin obligatorii, transformarea fizică și schimbările hormonale provocând mirosuri mai puternice ale corpului.

Igiena orală trebuie să devină foarte importantă, implicând nu doar simplul spălat pe dinți, ci și folosirea aței dentare cu regularitate, vizite la medicul stomatolog pentru controale de rutină sau curățarea dinților, o alimentație optimă pentru sănătatea cavității bucale.

Igiena mâinilor și a unghiilor – trebuie să reprezinte ”cartea de vizită a unei persoane”- mâinile trebuie spălate ori de câte ori este nevoie – înainte și după folosirea toaletei, după ce s-a ajuns acasă de la școală sau alte medii, înainte de a mânca, după masă, după ce se mângâie animalele s.a.

Igiena parului – procesul trebuie să aibă loc cel puțin o dată/săptămână, cu produse adecvate tipului lor de păr (uscat, sensibil/gras). Periajul este obligatoriu dimineața și seara.

Concluzii și recomandări

Importanța igienei personale în adolescență

Pubertatea aduce o transformare fizică majoră pentru adolescenți. Aceste schimbări fizice și hormonale încep de obicei la 8 – 13 ani la fete și 10-15 ani la băieți. Pielea și scalpul produc mai mult sebum, apare pilozitatea corporală și facială, transpirațiile devin mai abundente, acnee etc. Aceste modificări corporale sunt o parte normală a tranziției spre adult. Totuși, unele dintre ele pot fi o adevărată sursă de anxietate.

O igienă corectă este vitală deoarece ajută la prevenirea îmbolnăvirii și menținerea sănătății. Majoritatea copiilor dezvoltă mirosuri corporale odată cu pubertatea, dar uneori chiar și mai devreme. Igiena are și implicații sociale și privind starea generală de bine.

Ce trebuie să includă igiena adolescentului

Rutina de îngrijire și igiena a unui adolescent trebuie să includă:

- baie și duș în fiecare zi;

- spălarea părului;
- folosirea de deodorant în funcție de cum e necesar;
- igiena dentară;
- purtarea de șosete curate și lenjerie de corp curată etc.

Haine curate

Este posibil ca adolescentul să se obișnuiască să poarte aceeași îmbrăcăminte timp de mai multe zile fără să o schimbe și mai ales transpirând mult. Este important pentru copilul tău să scape de acest obicei odată ce ajunge la pubertate. Sfătuți copilul să poarte zilnic haine curate și proaspete. Aici intră și șosete curate și lenjerie curată. Spune-i să pună imediat haine murdare în coșul de rufe. E bine să poarte haine de bumbac, deoarece bumbacul absoarbe transpirația.

Deodorant și antiperspirant

Pe măsură ce copilul ajunge la adolescență, deodorantul sau antiperspirantele devin uneori o necesitate. Creșterea producției de transpirație și modificările hormonale înseamnă că adolescenții sunt mai predispuși la mirosul corporal neplăcut. Antiperspirantele combat acest efect al pubertății prin prevenirea transpirației, în timp ce deodorantele maschează mirosurile. Învățați adolescentul să folosească produsul zilnic sau de câte ori este nevoie. Reamintiți-i totuși că deodorantul nu este un substitut pentru duș sau baie.

Important de adus în discuție!!!

Există foarte multe boli care se transmit pe cale respiratorie sau digestivă!

Exemplu:

- Boli care se transmit pe cale digestivă (hepatita virală A sau boala mâinilor murdare)

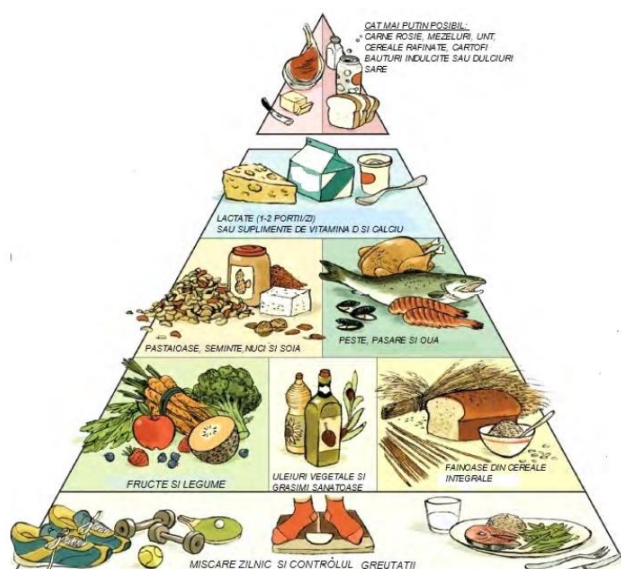
Pentru prevenire:

- Adolescenții trebuie învățați;
- să se spele pe mâini ori de câte ori este nevoie
- să spele fructele și legumele înainte de a le mânca
- să nu împrumute obiectele personale (tacâmurile, paharul de apă, sticla din care se bea
- să fie atenți la sursa de apă (să fie o sursă sigură, de apă potabilă, necontaminată)
- să știe să depoziteze gunoierul doar în locuri special amenajate

Alimentația sănătoasă

Una dintre nevoile principale din viața omului, mai ales când acesta se află în procesul de creștere, este alimentația sănătoasă. Adolescenții pot alege să mănânce sănătos și fără a apela la produse alimentare procesate sau de tip fast-food. Ei trebuie să înțeleagă că ceea ce ingerăm poate deveni un factor care să ne producă mai mult rău decât bine. Alimentele sunt sursa energiei noastre, așa cum este apa și somnul.

De știut! Bolile asociate alimentației nesănătoase: boli de inimă, diabet zaharat, gastrită (boală a stomacului), ulcer gastric (boală erozivă a stomacului), anemie, obezitate, mai pot fi și altele dar acestea sunt cele mai frecvente mai ales în rândul tinerilor!



Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf

CELE 5 GRUPE ȘI SUBGRUPE ALIMENTARE DE BAZA

1. Legume:

- *legume cu frunze verde închis*: toate legumele verzi sub formă de frunze proaspete, congelate sau conservate și broccoli, gătit sau crud. Exemplu: spanac, salată română, rucolă, ștevie, măcriș, pătrunjel, mărar, leuștean etc. alte salate din familia verzei și a conopidei (de exemplu, varză, varza kale etc.), frunzele de ridichi și cele de muștar, broccoli;
- *legume roșii și portocalii*: toate legumele roșii și portocalii, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau crude. Exemplu: tomate, ardei roșii, gogoșari, morcovi, cartofi dulci, dovleac;
- *legume boabe*: toate boabele - gătite sau conservate. Exemplu: boabele de fasole de toate felurile, linte, mazăre. Nu sunt incluse mazărea și fasolea verde.
- *legume cu conținut ridicat în amidon*: toate legumele bogate în amidon, proaspete, congelate și conservate. Exemplu: cartofi albi, porumb, păstâmac și mazăre verde.
- *alte legume*: toate celelalte legume, proaspete, congelate sau conservate, gătite sau proaspete. Exemplu: salata iceberg, fasole păstăi, ceapă, dovlecel, vânăță, castravete etc.

2. Fructe:

Toate fructele proaspete, congelate, conservate și uscate, precum și sucurile de fructe. Exemplu: portocale și suc de portocale, mere și suc de mere, banană, struguri, pepene, fructe de pădure, stafide.

3. Cereale:

- *cereale integrale*: toate produsele pe bază de cereale integrale și cerealele integrale folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine integrală, cereale integrale, biscuiți sărați, ovăz, orez brun.
- *cereale rafinate îmbogățite*:

Toate produsele de cereale rafinate îmbogățite și cerealele rafinate îmbogățite folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine albă, cereale îmbogățite, paste din cereale îmbogățite, orez alb.

4. Produse lactate:

Toate felurile de lapte, incluzându-le pe cele delactozate sau cu conținut redus de lactoză și băuturile de soia fortificate; iaurturi; deserturi lactate; brânzeturi. Cele mai multe ar trebui să fie degresate sau cu conținut redus de grăsimi. Nu sunt incluse smântână și frișca din cauza conținutului redus de calciu.

5. Alimente proteice:

Toate felurile de carne, pui, pește, ouă, nuci, semințe și produse de soia procesată. Carnea și puiul trebuie să fie slabe sau cu conținut redus de grăsimi. Boabele de fasole și mazăre sunt considerate parte

a acestui grup, precum și a grupului legumelor, dar trebuie luate în considerare doar într-unul din grupuri.¹³

Bibliografie/ Surse

Coord. Ion-Ovidiu Pânișoară, Marin Manolescu-Pedagogia Învățământului Primar și Preșcolar-Iasi-Polirom 2019

Coord. Valentin Crudu, Mariana GORAȘ, șef adjunct; Valentina BODRUG-LUNGU, Eugenia BURUIAN; Svetlana MOROZ, Educație pentru sanătate, suport didactic Chisinau 2019, clasele V-XIII, International technical guidance on sexuality education UNESCO

MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI CERCETĂRII CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU CURRICULUM, Aprobare cu Ordin al Ministrului Nr.4496 / 11.08.2004

Manuale:<https://manuale.edu.ro/manuale/Clasa%20a%20VIIa/Biologie/U0MgQVJTIExJQIJIFBS/#77>

Dr. Loti Popescu - Stil de viață sănătos :Un Ghid de Educație pentru Sănătate-, Editura Muntenia, Constanța, 2010

<https://mamisicopilul.ro/igiena-adolescentului/>

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare

Vă rugăm bifați căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Într-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori Rareori/	Niciodată	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun?				
2. Obişnuieşti să mănânci mâncare fast-food?				
3. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de legume (excepând cartofii) pe zi ? 1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi				
4. Mănânci <u>mai puțin de 2 porții</u> de fructe pe zi? 1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%				
5. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de cereale integrale pe zi? 1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin de 1 porție</u> de lapte, iaurt sau brânză pe zi? 1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză				
7. Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână?				
8. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (incl. pui, curcan/zi)? 90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână</u> ?				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi?				
13. Mănânci dulciuri cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, briose, ciocolată și bomboane, înghețată, etc?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe?				
15. Consumi produse bogate în sare cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Foarte dornic					Deloc
5	4	3	2	1	

Sursa: <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistentă-medicală-comunitară.pdf>

¹³https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf

TEMĂ NR. 4 – PREVENIREA BOLILOR TRANSMISIBILE

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim persoane/sesiune	10
Profilul participanților	Adulți (femei și bărbați)			
Teme abordate	Introducere în temă Care sunt bolile transmisibile? Cum prevenim îmbolnăvirile ? Recomandări			
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz			
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.			
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup sa fie mai eficiente?			
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 1 lună de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.			

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

BOLILE TRANSMISIBILE**INTRODUCERE IN TEMĂ**

Bolile infecțioase sunt cele mai contagioase boli, fiind cunoscute și sub denumirea de boli transmisibile și cuprind toate semnele și caracteristicile medicale ale unei boli, rezultate în urma infectării, prezenței și dezvoltării agenților biologici patogeni în organismul uman.

În multe situații, bolile extrem de contagioase pot să rămână asimptomatice, manifestându-se abia în faza lor finală. Agenții infecțioși care produc aceste boli contagioase pot fi unele virusuri, bacterii, fungi, protozoare sau paraziți multicelulari.

Bolile infecțioase, în afară de patologia persoanei izolate, pot avea importanță epidemiologică, prin afectarea de populații:

- Izbucniri - afectarea de grupuri mici (familie, clasă de copii, unitate militară, etc.), de exemplu, o toxinfecție alimentară între invitații la o nuntă;

- Epidemii - afectarea unor populații largi (regiune, țară);
- Pandemii - afectarea populației unui grup de țări, spre exemplu, gripa, gripa aviară, Covid 19.

Boli contagioase cu grad ridicat de răspândire

1. Ebola și Sindromul pulmonar cu hantavirus

Cele două boli extrem de contagioase se manifestă prin senzații acute de înecare și tuse cu secreții sangvinolente. În cazul febrei hemoragice, întregul corp sângerează, apar hemoragiile pulmonare și decesul poate surveni pe fondul înecului cu propriul sânge.

Febra hemoragică este produsă de infectarea cu virusul Ebola și de hantavirus, doi agenți patogeni care se răspândesc prin materiile fecale ale animalelor și se transmit fie prin contact direct, fie pe cale aeriană. Odată ce pătrund în organism atacă celulele vaselor de sânge, provocând hemoragii masive în tot corpul, de la sistemul intestinal și renal, până la sistemul cerebral.

2. Antraxul

Antraxul este o boală foarte contagioasă, al cărei virus poate fi produs și în laborator (de altfel, infecția a fost folosită și ca armă biologică). Persoanele care inhalează sporii bacteriei își pierd viața în scurt timp. Contaminarea se poate face prin contact direct cu animalele care au ingerat bacteria Antraxului.

Când ajunge în organism, periculoasa bacterie se multiplică foarte rapid și omoară gazda, secretând două toxine letale. Moartea poate surveni în două zile sau, mai rar, la o lună de la infectare. Boala debutează cu simptome specifice gripei, care degenerază în tulburări respiratorii grave și, în final, deces.

3. Rabia

În jurul anului 1885, omenirea era nimicită de o boală cumplită, rabia, al cărei virus atacă sistemul nervos. Simptomele rabiei sau ale turbării, cum este cunoscută în popor, implică apariția dificultăților de înghițire, fobiilor inexplicabile, furiei și ostilității, halucinațiilor și comportamentelor incontroabile.

În general, contaminarea cu virusul care produce rabia se face prin saliva animalelor bolnave și poate fi oprită din evoluție prin vaccinare.

4. Holera

Holera este o infecție localizată la nivelul intestinului subțire, cauzată de bacteria *Vibrio cholerae*. Principalele simptome sunt diareea apoasă și vărsăturile, iar boala se transmite în genere prin consumul hranei sau al apei contaminate.

Lasată netratată, holera poate să producă un șoc puternic organismului în 4-12 ore de la apariția diareei, urmat de deces după aproximativ 18 ore sau câteva zile. Terapia prin rehidratare poate fi eficientă în tratarea formelor ușoare ale holerei. Cele severe, din păcate, pot induce moartea în doar 3 ore de la debutul bolii.

5. Ciurma bubonică

Ciurma bubonică, una dintre cele mai contagioase boli din lume, se transmite prin puricii infectați și omoară aproximativ 70% din bolnavi, în maximum o săptămână. Boala produce umflarea ganglionilor limfatici, prin acțiunea devastatoare a bacteriei *Yersinia pestis*. În secolul al XIV-lea, ciurma bubonică a luat forme de pandemie și a omorât circa 75 de milioane de oameni, adică 45% din populația europeană.

6. Raceala comună

Numită și rinofaringită, nasofaringită, coriza sau guturai, raceala comună se numără și ea printre cele mai contagioase afecțiuni din lume. Din fericire, boala este ușor de identificat și prezintă simptome ușoare, rareori soldate cu complicații. Copiii și bătrânii sunt cei mai susceptibili la contactul cu virusul gripal.

7. Hepatita A

Hepatita A este o boală foarte contagioasă, provocată de un virus care trăiește și se înmulțește în materiile fecale. Odată contactată, afecțiunea se manifestă prin oboseală accentuată, febră, dureri abdominale, greață, diaree, pierderea apetitului și icter. O igienă alimentară corespunzătoare poate să prevină eficient răspândirea agentului patogen care provoacă hepatita A.

8. Rujeola

Rujeola sau pojarul, cum mai este cunoscută boala în popor, este provocată de unul dintre cele mai contagioase virusuri cunoscute de omenire. Virusul poate călători pe cale aeriană distanțe lungi și își poate contamina gazda aproape instantaneu. Atunci când virusul rujeolei pătrunde într-o încăpere, 90% din persoanele care nu au fost imunizate împotriva lui, dezvoltă boala.

9. Tuberculoza

Tuberculoza este una dintre cele mai frecvente boli infecțioase și este provocată de diferite tipuri de bacterii din familia *Mycobacterium tuberculosis*. Mai mult de o treime din populația Pământului poartă bacilul acestei boli, manifestată prin dureri toracice, tuse sangvinolentă, secreții flegmatice, transpirații nocturne, pierderea apetitului alimentar, scăderea bruscă în greutate, paloare și oboseală cronică. Lăsată netratată, rata mortalității din pricina tuberculozei este mai mare de 50%.

10. Febra tifoidă

Febra tifoidă, o boală extrem de contagioasă provocată de agentul etiologic *Salmonella typhi* sau *Salmonella enterica*, se transmite prin ingerarea hranei sau a apei contaminate cu fecalele unei persoane infectate. Evolutiv, boala provoacă stări febrile, dureri abdominale, constipație, bradicardie relativă (rata pulsului scăzută), cu un debut de cele mai multe ori lent și gradat (doar în 20% din cazuri debutează brusc). Febra tifoidă, lăsată netratată, poate fi mortală. Multe state ale lumii obligă populația prin sistemul legislativ să anunțe autoritățile sanitare în cazul apariției îmbolnăvirilor de acest tip.

11. COVID 19

COVID-19 este boala cauzată de virusul SARS-CoV-2, respectiv sindromului respirator acut sever 2. Banala răceală și Covid-19 au multe simptome în comun, astfel încât pot fi greu de diferențiat. Atât Covid-19, cât și răceală reprezintă infecții respiratorii contagioase, chiar dacă sunt cauzate de virusuri diferite. Din informațiile cunoscute până acum, Covid-19 are un grad de contagiozitate mai ridicat decât răceala și, de asemenea, poate cauza probleme de sănătate severe în rândul anumitor pacienți.

Cele mai frecvente simptome ale Covid-19 sunt: *febra, tusea seacă, oboseală*.

Alte simptome Covid-19, mai puțin frecvente, însă care apar la unii pacienți: *pierderea gustului și a mirosului, congestie nazală (nas înfundat), conjunctivită, durere de gât, durere de cap, durere musculară sau articulară, apariția diferitelor tipuri de erupții cutanate, greață, vomă, diaree, frisoane, amețeli*. Trebuie menționat că este o boală contagioasă foarte periculoasă care necesită imediat atenția medicilor specialiști deoarece poate cauza decesul persoanelor.

Cine este cel mai expus riscului de a face boli infecțioase?

Oricine poate contracta o boală infecțioasă, însă persoanele cu un sistem imunitar compromis sunt mai expuse anumitor tipuri de infecții.

Printre persoanele cu risc crescut de a contracta boli infecțioase se numără:

- Persoanele cu *sistemul imunitar suprimat*, cum ar fi cei care trec printr-un tratament pentru cancer sau care au fost recent supuși unui transplant de organe
- Cei care nu sunt vaccinați împotriva bolilor infecțioase comune
- Persoanele care lucrează în domeniul sănătății
- Persoanele care călătoresc în zone cu risc

Ce complicații sunt asociate cu bolile infecțioase?

Multe boli infecțioase pot provoca complicații cu diferite grade de severitate, care pot varia de la ușoare la severe. Pentru unele afecțiuni, complicațiile pot include *respirație șuierătoare, erupții cutanate sau oboseală extremă*. Complicațiile ușoare dispar de obicei pe măsură ce infecția este îndepărtată.

Anumite boli infecțioase pot provoca cancer. Acestea includ hepatita B și C - care pot duce la cancer hepatic și virusul papiloma uman (HPV) - care poate duce la cancer de col uterin.

Ce cauzează apariția bolilor infecțioase?

Bolile infecțioase sunt cauzate de microorganisme, printre care se numără:

- **Bacteriile** – aceste organisme unicelulare sunt responsabile de boli cum ar fi streptococul, infecțiile tractului urinar și tuberculoza.
- **Virusuri** – de dimensiuni mai mici decât bacteriile, virusurile provoacă o multitudine de boli, de la gripă până la SIDA.
- **Ciuperci** – multe boli ale pielii, cum ar fi peelingurile și piciorul de atlet, sunt cauzate de ciuperci. Alte tipuri de ciuperci pot infecta plămânii sau sistemul nervos.
- **Paraziți** – malaria este cauzată de un mic parazit care este transmis de o mușcătură de țânțar. Alți paraziți pot fi transmiși la om din fecalele animalelor.

Cum se răspândesc bolile infecțioase?

Bolile infecțioase se răspândesc în mai multe moduri: contact direct și contact indirect.

Contact direct:

- **contactul direct cu o persoană bolnavă**, fie prin contact piele pe piele (inclusiv contact sexual), fie prin atingerea unui obiect contaminat cu agentul patogen, care transmite boala unei noi gazde - prin transferul direct de bacterii, virusuri sau alți germeni de la o persoană la alta. Acest lucru se poate întâmpla atunci când o persoană infectată cu o bacterie sau un virus atinge, sărută, tușește sau strănută pe cineva care nu este infectat. Acești germeni se pot răspândi și prin schimbul de fluide corporale din contactul sexual. Persoana care transmite germele poate să nu aibă simptome ale bolii, dar poate fi pur și simplu purtător.
- **De la mamă la copilul nenăscut**. O femeie însărcinată poate transmite germeni care provoacă boli infecțioase copilului ei nenăscut. Unii microbi pot trece prin placenta sau prin laptele matern. Germenii din vagin pot fi transmiși bebelușului și în timpul nașterii.
- **contactul cu fluidele corporale**, cum ar fi sângele și saliva, de asemenea, reprezintă un factor de răspândire a bolilor infecțioase;
- **prin picăturile fluidelor evacuate din corpul unei persoane bolnave** atunci când tușește sau strănută. Aceste picături rămân în aer pentru o perioadă scurtă de timp, ajungând pe pielea unei persoane sănătoase sau fiind inhalate în plămâni.
- **Prin inhalarea cu microparticule** - în unele cazuri, bolile infecțioase călătoresc prin aer pentru perioade lungi de timp, sub formă de microparticule. Oamenii sănătoși inhalează aceste particule și ulterior, încep să dezvolte simptome specifice.
- **prin transmitere prin aer** - doar anumite boli se răspândesc prin transmitere prin aer, cum ar fi tuberculoza sau virusul rujelei.
- **contact direct cu un animal infectat** - A fi mușcat sau zgâriat de un animal infectat – chiar și un animal de companie – te poate îmbolnăvi și, în circumstanțe extreme, poate fi fatal. Manipularea fecalelor anumitor animale poate fi, de asemenea, periculoasă. De exemplu, poți fi expus unei infecții cu toxoplasmoză prin curățarea literei unei pisici infectate

Contact indirect

- **Mulți microbi pot rămâne pe un obiect**, cum ar fi un blat de masă, clanța unei uși sau un mâner de robinet. Când atingi clanța ușii care a fost inițial atinsă de cineva bolnav de gripă, de exemplu, poți prelua pe piele germenii pe care i-a lăsat în urmă. Dacă îți atingi apoi ochii, gura sau nasul înainte de a te spăla pe mâini, te poți infecta.
- **Mușcături de insecte** - Unii agenți patogeni se folosesc de insecte – cum ar fi țânțarii, puricii, păduchii sau căpușele – pentru a se muta de la gazdă la gazdă. Acești purtători sunt cunoscuți ca vectori. Țânțarii pot purta parazitul malariei sau virusul West Nile, iar căpușele pot transporta bacteria care provoacă boala Lyme.
- **Contaminarea alimentelor** - Agenții patogeni care pot cauza boli infecțioase pot fi prezenți și în apă sau alimente contaminate. Acest mecanism de transmitere permite răspândirea germenilor la mai mulți oameni printr-o singură sursă. Escherichia coli (E. coli), de exemplu, este o bacterie prezentă în anumite alimente – cum ar fi carnea insuficient gătită sau sucul de fructe nepasteurizat.

Cum sunt diagnosticate bolile infecțioase?

Medicii diagnostichează bolile infecțioase folosind o varietate de teste de laborator. Probele de sânge, urină, scaun, mucus sau alte fluide corporale sunt examinate și oferă informații utilizate în procesul de diagnosticare.

În unele cazuri, medicii identifică organismele infecțioase examinându-le la microscop. Uneori, laboratoarele trebuie să crească sau să cultive organismul infecțios dintr-o probă pentru a confirma prezența acestuia.

Cum se tratează bolile infecțioase?

Tratamentul depinde de microorganismul care cauzează infecția.

În cazul bolilor provocate de **bacterii**, cel mai frecvent tratament utilizat este cel cu **antibiotice**, acestea neutralizând bacteriile și punând capăt infecției.

Infecțiile virale, cauzate de **virusuri**, sunt de obicei tratate cu **terapii de susținere**, cum ar fi odihna și aportul crescut de lichide, sistemul imunitar al organismului luptând singur cu boala. Uneori, pacienților li se pot prescrie medicamente antivirale precum **fosfatul de oseltamivir**.

În cazul infecțiilor **fungice și parazitare**, tratamentul constă în administrarea de medicamente **antifungice**, cum ar fi fluconazol și respectiv, medicamente **antiparazitare**, cum ar fi mebendazol.

În toate cazurile, medicii tratează simptomele specifice bolilor infecțioase conform celor mai recente ghiduri medicale.

Cum pot fi prevenite bolile infecțioase?

Pentru prevenirea anumitor boli infecțioase comune, precum hepatită, difteria, gripa sau herpesul zoster, există disponibile **vaccinuri**.

De asemenea, riscul de a contracta o boală infecțioasă poate fi redus prin diverse mijloace de precauție, precum:

- Spălarea mâinilor cu apă și săpun, temeinic și frecvent
- Acoperirea nasului și a gurii când strănuți sau tușești
- Dezinfectarea suprafețelor atinse frecvent din casă și de la locul de muncă
- Evitarea contactului cu persoanele bolnave sau împărtășirea obiectelor personale cu aceștia
- Evitarea consumului de apă contaminată, precum și a înotului
- Evitarea consumului de alimente și băuturi preparate de persoane bolnave

Cât de eficiente sunt tratamentele bolilor infecțioase?

Cu tratament, **majoritatea bolilor infecțioase pot fi vindecate**. Însă, în cazul unelor boli precum HIV (virusul imunodeficienței umane), încă nu s-a descoperit un tratament care să ducă la vindecarea bolii. În schimb, medicii se concentrează pe managementul simptomelor și pe prevenirea progresiei bolii.

Din ce în ce mai mult, medicamentele cu antibiotice devin ineficiente împotriva anumitor boli infecțioase.

Gonoreea, o infecție cu transmitere sexuală care afectează atât bărbații, cât și femeile, este de obicei tratată cu antibiotice. Recent, însă, medicii au identificat tulpini rezistente la medicamente ale bacteriilor care cauzează gonoreea. Aceste tulpini rezistente sunt mult mai puțin probabil să răspundă la tratamentul cu antibiotice.

Când ar trebui să apelezi la un medic specialist pentru o consultație de boli infecțioase?

Dacă observi că ai unul sau mai multe simptome ale unei boli infecțioase, mai ales dacă acestea sunt neobișnuite sau nu dispar în timp, este important să apelezi la un medic specialist. Simptome precum febra, vărsăturile și diareea pot duce la complicații mai grave.

IMPORTANT!!! Dacă, în calitatea dumneavoastră de mediator sanitar, observați persoane care prezintă semne ale îmbolnăvirii, instruiți-i nu stea acasă și să se trateze pe baza sfaturilor persoanelor neavizate. Sa apeleze la medicul de familie sau la medicii specialiști și să urmeze tratamentele prescrise. Aceștia trebuie să înțeleagă că nu pot pune în pericol nici propria viață, nici a celor din jur. O boală identificată la timp poate salva viața unei persoane și poate proteja atât familia cât și comunitatea din care aceasta face parte.

Surse de informare

https://www.sfatulmedicului.ro/Educație-pentru-sanatate/cele-mai-contagioase-boli_11793

<https://affidea.ro/serviciu/boli-infecțioase/>

TEMĂ NR. 5 – MONITORIZAREA BOILOR CRONICE

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Adulți (femei și bărbați)		
Teme abordate	Introducere în temă Care sunt bolile cronice Monitorizarea bolilor cronice Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la acesta întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scala de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru că sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luni de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

BOLILE CRONICE

Bolile cronice sunt boli de lungă durată, adesea incurabile, cu manifestări debilitante care creează un disconfort major și afectează semnificativ viața persoanei. Exemple de boli cronice sunt: **diabetul, cancerul, hepatita ori SIDA**. Bolile cronice nu pun viața în pericol, dar necesită tratament adecvat și o monitorizare medicală atentă.

Unele boli cronice pot amenința viața unei persoane - ex. – infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral survenite pe o afectare cardiovasculară cunoscută sau nu anterior evenimentului acut.

Alte boli cronice pot persista în timp și necesită control periodic cu monitorizarea și adaptarea planului terapeutic pentru prevenirea agravării și a apariției complicațiilor (ex. – diabetul zaharat). Deși majoritatea bolilor cronice persistă de-a lungul vieții unei persoane, acestea nu sunt întotdeauna o cauză de deces (ex. – bolile osteoarticulare).

Ce sunt bolile cronice

Bolile cronice sunt afecțiuni care se manifestă pe perioade îndelungate de timp, simptomele acestora fiind ameliorate de tratamentele recomandate de medicii specialiști. Cauzele acestor afecțiuni sunt multiple și pot implica inclusiv factori de risc importanți precum:

- fumatul,
- factorii genetici,
- dieta nesănătoasă,
- sedentarismul.

Bolile cronice trebuie să fie atent monitorizate atât de pacient, cât și de medic pentru că presupun un disconfort substanțial, nu dispar și nici nu se vindecă vreodată. În lipsa unui tratament adecvat, astfel de afecțiuni ajung să pună viața pacientului în pericol (infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral). Despre unele dintre aceste patologii se știe că necesită tratamente îndelungate și o monitorizare medicală adecvată (diabet, artrită).

Exemple de boli cronice

Cancer pulmonar

Cancerul pulmonar se poate controla prin măsuri de prevenție specifică, depistarea timpurie a afecțiunii și strategii specifice de tratament, care diferă de la pacient la pacient, în funcție de simptome și de severitatea bolii.

Cancer colorectal

Riscul cancerului colorectal crește odată cu vârsta. Prevenția este foarte importantă în cazul cancerului colorectal. Este cauzat de factori precum:

- lipsa mișcării;
- consum redus de fructe și legume;
- dietă săracă în fibre;
- obezitate;
- abuz de alcool.

Boli cardiovasculare ischemice

Bolile cardiovasculare ischemice pot fi prevenite prin renunțarea la fumat, o alimentație sănătoasă și activitate fizică, cel puțin 30 de minute pe zi, 6 zile pe săptămână. Aceste afecțiuni necesită o atență monitorizare medicală și tratament adecvat.

Diabet

Diabetul este o afecțiune gravă, mai ales prin prisma complicațiilor care pot apărea și afecta mai toate organele corpului. Cea mai bună strategie de prevenire a diabetului este aceea de a ține glicemia sub control, de a avea un regim alimentar echilibrat și de a face mișcare. Majoritatea persoanelor care au fost diagnosticate cu diabet au peste 65 de ani (mai ales cu diabet de tip 2), dar diabetul poate apărea la orice vârstă.

Afecțiunile rinichilor

Rinichii joacă un rol esențial pentru sănătatea noastră, sunt organe care curăță sângele, elimină reziduurile, filtrează lichidele și mențin un echilibru al sărurilor și mineralelor din corp. În acest fel, tensiunea arterială este menținută în parametri normali. Cele mai multe afecțiuni ale rinichilor pot fi prevenite numai că, în cele mai multe cazuri, pacienții ajung prea târziu la medic, atunci când rinichii sunt deja afectați. Dacă patologia este identificată în faze incipiente, simptomele afecțiunilor pot fi ameliorate semnificativ, prin tratament.

Afecțiunile plămânilor

O afecțiune gravă a plămânilor este boala pulmonară obstructiv cronică, ce se agravează în timp. Se manifestă prin respirație șuierătoare, tuse cu expectorație și o senzație de disconfort la nivelul toracelui. Cea mai importantă cauză a acestei patologii este fumatul, dar boala poate apărea și ca urmare a expunerii la substanțe iritante sau aer poluat.

Osteoporoză

Osteoporoza este o afecțiune care se caracterizează prin pierderea densității osoase. Fragilizarea oaselor poate duce la fracturi, mai ales la nivelul șoldului, coloanei vertebrale, sau la nivelul încheieturii mâinii. Riscul cel mai mare de a dezvoltă osteoporoza îl au femeile, dar există și bărbați diagnosticați cu această boală. Numărul femeilor care suferă de osteoporoză este semnificativ mai mare, se crede că afecțiunea poate fi declanșată și de schimbările care au loc în organismul femeilor odată cu instalarea menopauzei.

Astm bronșic

Astmul bronșic este una dintre cele mai frecvente boli cronice. Se caracterizată prin inflamația și îngustarea căilor aeriene ce determină limitarea fluxului de aer. Astmul bronșic poate apărea la orice vârstă și se manifestă cel mai frecvent prin: tuse (în special nocturnă sau la efort); senzație de lipsă de aer; presiune la nivelul pieptului. Întârzierea stabilirii diagnosticului în cazul astmului bronșic poate conduce la leziuni ireversibile la nivelul plămânilor, așadar este necesar un diagnostic cât mai precoce, un tratament prescris de medicul pneumolog și o monitorizare periodică.

Artrită

Artrita poate fi o cauză de invaliditate. Există măsuri care pot duce la ameliorarea manifestărilor, dar nu întotdeauna acestea dau randamentele dorite. Este vorba despre exerciții fizice moderate care, dacă sunt efectuate periodic, diminuează durerile articulare și rigiditatea. În plus, exercițiile fizice cresc flexibilitatea și rezistența.

Depresie

Depresia se manifestă printr-un acut sentiment de inutilitate, lipsă de energie, dificultatea de implicare în orice activitate, oricât de ușoară ar fi. Această afecțiune poate fi prevenită printr-un regim de viață sănătos, o alimentație echilibrată, somn suficient, un echilibru corect între muncă și relaxare.

Maladia Alzheimer, demența, boala Parkinson și scleroza multiplă pot fi diagnosticate în prezent, încă din fazele incipiente, în urma consultului neurologic și a examenelor CT (computer tomograf) și RMN (rezonanța magnetică nucleară) cerebral. Evoluția și complicațiile acestor maladii pot fi ținute sub control prin tratament medicamentos.

SIDA și hepatitele virale cronice (B, C și D) sunt diagnosticate de către medicul specialist în urma anamnezei și a examenelor de laborator: hemoleucograma, depistarea în sânge a virusului implicat, sau a anticorpilor față de acesta. Tratamentul medicamentos administrat de către medicul infecționist poate încetini evoluția acestor maladii și preveni apariția complicațiilor acestora.

Diagnosticul și intervenția terapeutică presupun, de obicei, o echipă de specialiști. Ambele trebuie adaptate permanent, în funcție de stadiul bolii. Este necesară o monitorizare continuă pentru a asigura un control cât mai bun și pentru a preveni afectarea calității vieții. Managementul unei boli cronice impune și implicarea și participarea efectivă a pacientului, care trebuie să accepte diagnosticul și ideea că vindecarea nu este posibilă, dar, cu un control bun (prin administrarea corectă a tratamentului împreună cu modificarea stilului de viață), se poate crește speranța de viață și îmbunătăți calitatea acesteia.

Măsuri de prevenție a bolilor cronice

Prevenția este cea mai bună metodă de a ne proteja de bolile cronice.

Iată care sunt cele mai importante măsuri care pot fi luate în considerare:

- **renunțarea la fumat:** fumatul este un important factor de risc pentru multe afecțiuni grave, inclusiv pentru cancerul de plămâni.
- **mișcare fizică în fiecare zi:** reduce astfel riscul de obezitate, infarct, diabet zaharat, depresie, osteoartrită.
- **reducerea orelor petrecute în fața ecranelor:** odihnirea ochilor cel puțin 10 minute la o oră de lucru la computer.
- **adoptarea unui program de masă sănătos:** renunțarea la mâncat în fața televizorului, în trafic sau în fața computerului.
- **Fară sare în exces:** sarea crește presiunea arterială, un important factor de risc al bolilor cronice cardiace.
- **limitarea consumului de zahăr și îndulcitori:** astfel se ține departe diabetul, dar și complicațiile acestei afecțiuni.

- **consumarea fructelor și legumelor, dar și cerealelor bogate în grâu integral: acestea scad riscul de cancer colorectal, dar și de alte afecțiuni ale sistemului digestiv.**

Așadar, pentru a preveni bolile cronice este nevoie de schimbări majore ale stilului de viață, renunțarea la fumat, o activitate fizică regulată și o dietă echilibrată și sănătoasă.

Sursa:

<https://www.medlife.ro/articole-medicale/ce-sunt-bolile-cronice-si-cum-pot-fi-prevenite>

https://www.sfatulmedicului.ro/Diverse/bolile-cronice_9603

<https://www.arcadiamedical.ro/medinfo/managementul-medical-al-bolilor-cronice>

TEMĂ NR. 6 – IMPORTANȚA SĂNĂTĂȚII REPRODUCERI ȘI PLANIFICĂRII FAMILIALE

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Femei cu vârsta reproductivă		
Teme abordate	Introducere în temă Informații generale despre sănătate reproducerei și planificare familială Beneficiile sănătății reproducerei și planificării familiale Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup sa fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luni de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

IMPORTANȚA SĂNĂTĂȚII REPRODUCERI ȘI PLANIFICĂRII FAMILIALE

Introducere

Planificarea familială reprezintă un ansamblu de servicii clinice, de consiliere și de educație care au drept obiectiv sprijinirea indivizilor și cuplurilor de a avea un anumit număr de copii la momentul dorit.

Sănătatea reproducerei:

- se referă la condiția de bunăstare fizică, mintală și socială deplină, sub toate aspectele, legate de sistemul reproducerei și de funcțiile acestuia.
- presupune posibilitatea oamenilor de a se reproduce și libertatea de a decide dacă, când anume și cât de des să o facă.
- implică dreptul femeilor și bărbaților de a avea acces la metode de planificare familială sigure, eficiente, acceptabile și legale.
- implică dreptul de a avea acces la servicii de ocrotire a sănătății pentru parcurgerea în siguranță a perioadei de sarcină și a nașterii.
- înglobează și sănătatea sexuală care are ca scop îmbunătățirea calității vieții și a relațiilor personale.

Sănătatea sexuală:

- este bunăstarea fizică, emoțională, mentală și socială legată de sexualitate;
- Implică o abordare pozitivă și bazată pe respect a sexualității, cu posibilitatea de a avea experiențe sexuale în siguranță, fără coerciție, discriminare și violență.

Metodele contraceptive sunt importante în viața oricărui cuplu. Ele ajută la alegerea momentului optim pentru o sarcină din toate punctele de vedere: al dezvoltării fizice și psihice, al statusului marital, profesional, material și social. De asemenea ajută la spațierea nașterilor și evitarea sarcinilor nedorite cu toate consecințele lor, respectiv întreruperea cursului sarcinii sau abandonul copilului nedorit.

Despre toate aceste lucruri se poate discuta la un cabinet de planificare familială unde medicii specialiști au competența de a oferi servicii care acoperă această problematică.

CE ESTE PLANIFICAREA FAMILIALĂ ? CE ESTE SĂNĂTATEA REPRODUCERII ?

PLANIFICAREA FAMILIALĂ (PF) asigură exercitarea dreptului persoanei / cuplului de a avea câți copii dorește, la momentul ales și la intervalul dintre nașteri hotărât.

Se poate îndeplini prin:

- folosirea metodelor contraceptive
- tratamentul infertilității involuntare

SĂNĂTATEA REPRODUCERII este o bunăstare fizică, mentală și socială în tot ce ține de sistemul de reproducere, în toate etapele vieții.

Aceasta implică:

- o viață sexuală satisfăcătoare și în siguranță
- posibilitatea de a procrea
- libertatea de a hotărâ când, dacă și cât de des doresc să procreze
- dreptul femeilor și bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de PF, pe care să le poată alege singuri
- dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii parcurgerea în siguranță a sarcinii și nașterii

METODELE CONTRACEPTIVE sunt importante în viața oricărui cuplu. Ele ajută la alegerea momentului optim pentru o sarcină din toate punctele de vedere: al dezvoltării fizice și psihice, al statusului marital, profesional, material și social. Așa cum s-a menționat, acestea ajută la spațierea nașterilor și evitarea sarcinilor nedorite cu toate consecințele lor, respectiv întreruperea cursului sarcinii sau abandonul copilului nedorit.

Exista mai multe tipuri de metode contraceptive, fiecare cu caracteristicile ei pro si contra. Analizarea corectă a tuturor opțiunilor contraceptive permite alegerea corectă a unei astfel de metode. În acest domeniu ne poate ajuta un medic specialist la cabinetul de planificare familială.

Atribuțiile cabinetului de planificare familială sunt următoarele: *sfaturi de planificare familială și educație sexuală; alegerea/ recomandarea diverselor metode anticoncepționale și monitorizarea ulterioară a acestora, depistarea sarcinii și îndrumarea, în funcție de opțiunea femeii, către serviciile de întrerupere a sarcinii sau monitorizarea sarcinii, cu consiliere specifică adecvată; depistarea cuplurilor sterile și îndrumarea către serviciile de specialitate; profilaxia și depistarea infecțiilor cu transmitere sexuală și îndrumarea în vederea tratării acestora; profilaxia și depistarea leziunilor precanceroase genitale, consilierea femeilor privind programele de screening al cancerului de col uterin prin examenul Babeș-Papanicolau; depistarea problemelor de cuplu și referirea către cabinetul de psihologie etc.*

IMPORTANT!!! Persoanele care se adresează serviciilor de planificare familială beneficiază de toate drepturile care sunt stipulate în cartă IPPF-ului (Federația Internațională de Planificare Familială): dreptul la informație, la acces, la alegere, dreptul la siguranță, intimitate și confidențialitate, la demnitate, confort și continuitate și de asemenea dreptul la opinie.

Metodele contraceptive (contracepția) sunt acele metode care previn o sarcină. Acestea îi permit unei femei să aleagă momentul potrivit pentru a face un copil.

Majoritatea femeilor pot rămâne însărcinate începând cu vârsta primei menstruații și până la sfârșitul decadei a patra și începutul decadei a cincea a vieții. Pe parcursul anilor fertili de dinainte de menopauză, cheia pentru evitarea unei sarcini nedorite este contracepția. Există mai multe tipuri de metode contraceptive, fiecare cu caracteristicile ei pro și contra. Analizarea corectă a tuturor opțiunilor contraceptive permite alegerea corectă a unei astfel de metode.

Importanța metodelor contraceptive:

- Reduc numărul deceselor materne;
- Previn sarcinile nedorite;
- Reduc numărul de avorturi;
- Tipurile orale combinate reduc afecțiunile inflamatorii pelvine;
- Prezervativele, spermicidele, diafragmele și cupolele previn bolile cu transmitere sexuală.

IMPORTANT: Femeile din comunități trebuie consiliate pentru a ști că nu pot LUA CONTRACEPTIVE FĂRĂ UN CONSULT MEDICAL. Trebuie solicitat SFATUL UNUI MEDIC SPECIALIST pentru că SĂNĂTATEA LOR ESTE IMPORTANTĂ.

BENEFICIILE PLANIFICĂRII FAMILIALE ȘI SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII

PENTRU COPIII

1. Copiii doriți sunt mai bine îngrijiți, alimentați, educați, sănătoși
2. Scăderea morbidității (bolilor) datorită nașterii premature și greutatea mică la naștere
3. Scăderea mortalității infantile prin spațierea nașterilor
4. Alimentația naturală protejează copiii de diaree și boli infecțioase

PENTRU BARBATI

1. Prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală
2. Îmbunătățirea relației de cuplu
3. Randament crescut la muncă

PENTRU FAMILIE

1. Viața de cuplu armonioasă
2. Oportunități educaționale / profesionale crescute
3. Alegerea momentului potrivit de a avea copii
4. Reducerea cheltuielilor legate de medicamente în cazul avortului și îmbolnăvirilor secundare

PENTRU FEMEI

1. Reducerea avorturilor la cerere și avorturilor empirice
2. Scăderea morbidității și mortalității materne prin spațierea nașterilor
3. Reducerea problemelor legate de sarcină și naștere
4. Prevenirea unor boli: sarcină extrauterină, cancerul de ovar și de corp uterin, chisturile ovariene, nodulii de sân, sângerări menstruale abundente și anemia secundară acestora, dismenoreea
5. Prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală

PENTRU COMUNITATE

1. Prevenirea abandonului copiilor în maternități și spitale.
2. Reducerea nevoii de instituționalizare, prin reducerea nașterii de copii nedorți
3. Păstrarea unei bune stări de sănătate a membrilor.

SFATURI UTILE!!!

Mediatorii sanitari/Mediatoarele sanitare trebuie să recomande participantelor:

- Să aleagă cu grijă,
- Să discute cu un specialist, pentru a afla care sunt avantajele și dezavantajele, efectele secundare și a alege metoda potrivită vârstei și sănătății lor,
- Să nu trișeze, dacă au început să folosească o metodă de contracepție, să nu sară peste controalele periodice, măcar o dată pe an pentru analize. Primul control după începerea utilizării unei metode contraceptive este bine să fie făcut după primele trei luni, pentru a stabili

împreună cu medicul cum a reacționat organismul și dacă e nevoie de schimbat sau oprit administrarea.

- Să respecte sfaturile medicului și să nu facă schimbări în tratamentul lor fără să anunțe medicul. În cazul în care trebuie să facă și alte tratamente în paralel, trebuie să spună medicului că iau contraceptive. Unele medicamente pot interacționa cu anticoncepționalele și le pot scădea eficiența.
- Să nu asculte tot felul de păreri care să le inducă în eroare. Pilulele nu îngrașă și nu afectează fertilitatea, atât timp cât sunt luate sub supravegherea medicului și sunt potrivite pentru organismului lor.
- Să ia inițiativa, să contacteze un medic și să-și aleagă o metodă contraceptivă care să o protejeze. Femeile consiliate trebuie să cunoască că nu toate metodele de contracepție protejează împotriva bolilor cu transmitere sexuală.
- Să se gândească dacă vor să fie mame în curând sau pe viitor. În funcție de răspuns, acestea pot alege o metodă contraceptivă permanentă (legarea trompelor uterine) sau reversibilă (pilule contraceptive sau a sterilet). În cazul metodelor reversibile ia în considerare și timpul care trebuie să treacă după oprirea lor pentru ca fertilitatea să revină.
- Să se gândească la costurile metodei de contracepție. Dacă se hotărăsc pentru o metodă de contracepție e bine să ia în calcul și bugetul propriu, dar și posibilitatea de a obține contraceptive gratuite prin anumite fundații sau centre care sprijină planificarea familială.
- Să cunoască faptul că avortul nu e o soluție. Oricare dintre metodele de contracepție luate în considerare, exclude avortul. Consecințele unui avort pot fi dezastruoase. După câteva avorturi, șansele de a avea un copil scad considerabil.
- Să ia în considerare posibilitatea de a discuta cu partenerul său despre dorință de a folosi o metodă de contracepție și de a merge împreună să consulte un medic.

Sursa:

<https://insp.gov.ro/2023/02/01/sanatatea-reproducerii-dreptul-si-responsabilitatea-ta/>

https://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/sanatatea-reproduceri

<https://maternitateagiulesti.ro/2019/07/30/planificarea-familiala/>

TEMĂ NR. 7 – NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ÎNGRIJIREA GRAVIDELOR ȘI A LĂUZELOR

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Femei cu vârsta reproductivă Gravide		
Teme abordate	Introducere în temă Innformații generale despre sarcină, monitorizarea sarcinii Innformații generale despre naștere și îngrijire post-natala Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza innformațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost innformațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luna de a finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ÎNGRIJIREA GRAVIDELOR ȘI A LĂUZELOR

1.SARCINA

Sarcina este un fenomen fiziologic, normal, care presupune transformări importante în organismul uman, pentru a permite dezvoltarea în bune condiții a fătului, pastrând în același timp sănătatea mamei.

Deși este un fenomen fiziologic, dezvoltarea fătului în timpul sarcinii și modul în care reacționează organismul mamei trebuie supravegheate medical cu multă atenție. Diversele afecțiuni ale mamei, cunoscute sau necunoscute, vârsta, numărul de copii născuți, intervalul între nașteri, obiceiuri ale mamei (fumat, consum de băuturi alcoolice) pot avea influențe negative atât pentru copil, cât și pentru mama:

- Pierderea sarcinii;
- Naștere înainte de termen;
- Naștere la termen, dar cu un copil cu greutate mică datorită dezvoltării insuficiente în timpul sarcinii;
- Hipertensiune în timpul sarcinii cu consecințe foarte grave;
- Sângerari, câteodată foarte importante.

Momentul apariției unei sarcini este un moment important în cuplu și acest moment trebuie planificat.

De asemenea, spațiul între două sarcini succesive trebuie să fie de 3 ani pentru a permite mamei să se refacă după prima sarcină.

Concepția „sunt sănătoasă, de ce să mă duc la doctor?” este profund greșită și trebuie puternic combătută de către mediatorul sanitar, care trebuie să determine la gravidă un comportament sănătos și responsabil pentru ea și copil.

DIAGNOSTICUL DE SARCINĂ

Semne sugestive pentru sarcină:

- **Absența menstruației, mai ales când apare la femei cu ciclu menstrual regulat, în plină perioadă de activitate sexuală;**
- **Grețuri, vărsături, somnolență, oboseala apar inconstant, cu intensitate variabilă, în jurul săptămânii a 6-a de amenoree și cedează de obicei în săptămânile 18 – 20 de amenoree;**
- **Modificări ale sânilor, durere și angorjarea sânilor, mărire de volum, hiperpigmentarea areolei mamare și a mamelonului.**
- **Confirmarea sarcinii**
- **Teste de sarcină pozitive;**
- **Modificări de dimensiuni, formă, consistență ale uterului, mai ales după săptămâna a 6-a de amenoree constatate de către medicul ginecolog;**
- **Examenul ecografic.**

SUPREVEGHEREA GRAVIDEI. CONSULTAȚIILE PRENATALE

1. Supravegherea gravidei cu sarcina normală:

a. Luarea în evidență la medicul de familie și prima consultație prenatală se efectuează în primele 3 luni de sarcină.

b. Consultațiile medicale periodice și efectuarea analizelor de laborator și examenelor ecografice:

- de regulă, câte o consultație pentru fiecare lună de sarcină, pentru o sarcină ce se dezvoltă normal și oricâte alte consultații sunt necesare pentru gravidele cu probleme ale stării de sănătate;
- 2 consultații în ultima lună de sarcină pentru o sarcină ce se dezvoltă normal și oricâte alte consultații sunt necesare pentru gravidele cu probleme ale stării de sănătate;
- efectuarea examenelor de laborator în primul trimestru și în trimestrul III;
- efectuarea examenelor ecografice.

Consultațiile prenatale se efectuează de către medicul de familie în primele 7 luni de sarcină și de către medicul de familie și medicul obstetrician în ultimul trimestru.

O gravidă care prezintă unele probleme ale stării de sănătate precedente sarcinii sau apărute în timpul sarcinii poate beneficia și de consultații din partea altor specialiști.

Consultația prenatală efectuată de către medicul de familie, de către obstetricieni sau alți specialiști nu este condiționată de statutul de asigurat medical al femeii gravide.

Luarea în evidență se face la medicul de familie la solicitarea femeii, la medicul de familie la care femeia este înscrisă sau la alt medic ales de către femeie.

La medicii de specialitate accesul se face prin trimiterea de către medicul de familie.

Un rol deosebit în supravegherea medicală a sarcinii în comunitate îl are asistenta medicală comunitară – acolo unde aceasta există. Aceasta are rolul de a vizita gravida la domiciliu și de a o consilia privind un stil de viață sănătos, de a depista precoce orice modificare patologică apărută în sarcină și de a o trimite în timp util către medic.

O atenție deosebită se acordă gravidelor cu risc crescut de evoluție necorespunzătoare a sarcinii.

Încadrarea unei gravide în categoria gravidelor cu risc se face de către medicul de familie la prima consultație, prin examenul medical și stabilirea contextului social în care aceasta trăiește.

Un rol deosebit în această încadrare o au serviciile medicale comunitare, respectiv mediatorul sanitar, asistentul medical comunitar și asistentul social.

Pe lângă factorii medicali propriu-ziși, care încadrează o gravidă în categoria cu risc: boli anterioare sarcinii ce pot fi agravate de către sarcină etc., un rol important este determinat de către vârstă, comportament de viață, factori socio-economici și culturali precari.

Cu ocazia primei consultații, medicul înregistrează gravida în registrul de evidență și completează Carnetul Gravidei, document ce va fi înmănat gravidei și care va rămâne la aceasta și în care se vor înscrie toate consultațiile medicale, redând toată istoria sarcinii.

La orice prezentare la medic, indiferent la care, gravida va trebui să se prezinte cu acest document.

Obiectivele primei consultații prenatale:

1. Verificarea diagnosticului de sarcină;
2. Stabilirea vârstei sarcinii și calcularea datei probabile a nașterii;
3. Stabilirea bilanțului stării generale de sănătate a femeii prin efectuarea examenului complet al tuturor aparatelor și sistemelor;
4. Cunoașterea condițiilor socio-economice: condiții de viață, de muncă, familiale, numărul de copii;
5. Evaluarea factorilor de risc și ierarhizarea cazului:
 - gravida cu sarcina fiziologică;
 - gravida cu risc obstetrical crescut.

Analize și investigații obligatorii

- Efectuarea unei hemograme pentru depistarea unei eventuale anemii (lipsa de fier în organism), fenomen foarte frecvent în timpul sarcinii. Lipsa fierului la gravidă va determina lipsa de fier la copil cu repercusiuni negative asupra dezvoltării acestuia, inclusiv intelectuale.
- Testul pentru determinarea unei eventuale infecții luetice/sifilitice (RBW). Depistarea la începutul sarcinii a unei eventuale infecții sifilitice, test extrem de important pentru ca aceasta se poate trata și se poate preveni astfel transmiterea sifilisului la făt, ce ar putea avea consecințe foarte grave.
- Examenul sumar de urină – care poate depista funcții anormale ale rinichiului,
- Glicemia, pentru depistarea diabetului de sarcină,
- Examenul bacteriologic al secreției vaginale – pentru depistarea unei eventuale infecții vaginale care, netratată, poate să se transfere la copil în timpul nașterii,
- Examenul citologic Babeș-Papanicolaou – cu aceasta ocazie se pot depista și modificări ale colului uterin care, netratate, pot conduce la cancer de col;
- Determinarea grupei sanguine și Rh- important a fi cunoscută deoarece o mamă cu Rh negativ și un făt cu Rh pozitiv moștenit de la tată pot conduce la apariția unei patologii severe la copil;
- Examen ecografic pelvin.

Ierarhizarea cazului: În baza examenului complet și al investigațiilor paraclinice, se ierarhizează cazul: gravidă cu sarcină fiziologică sau gravidă cu risc obstetrical, enumerând factorii de risc în ordinea importanței lor.

Consultația prenatală în trimestrul al II-lea al sarcinii (săptămânile 15-28 de amenoree)

Ritmul consultațiilor:

- 3 consultații (1 consultație la 4 săptămâni, în cazul sarcinilor cu evoluție fiziologică)
- consultații mai dese la nevoie.

Chiar și femeile care sunt sănătoase și nu au nici o problemă trebuie să aibă cel puțin trei sau patru consulturi prenatale pentru a se asigura ca sarcina este fără complicații. Cele care au o problemă sau au riscul de a dezvolta vreuna trebuie să aibă mai multe consulturi prenatale. Femeile trebuie încurajate să vină la fiecare control prenatal, chiar dacă se simt bine. Unele complicații ale sarcinii nu au semne până când nu sunt foarte avansate.

Obiective:

- a) depistarea factorilor de risc noi, cu o nouă ierarhizare a cazului, la nevoie;
- b) depistarea precoce a instalării marilor sindroame obstetricale (ex.: sindromul hipertensiv, hemoragic);
- c) depistarea precoce a malformațiilor fetale;
- d) prevenirea anemiei;
- e) combaterea întreruperii intempestive a cursului sarcinii.

Consultația prenatală în trimestrul al III-lea al sarcinii (din săptămâna a 29-a de amenoree)

Se acordă, de către medicul de familie și de cel de specialitate obstetrica-ginecologie, gravidelor cu sarcina fiziologică și gravidelor cu risc obstetrical crescut, îndrumate de medicul de familie, cu consulturile interdisciplinare necesare efectuate.

În trimestrul al III-lea de sarcină, gravida va fi îndrumată și de către medicul de specialitate obstetrica-ginecologie pentru supravegherea în continuare a sarcinii. Se va realiza o colaborare între medicul de familie și medicii specialiști.

Investigații de laborator și paraclinice: Se repetă, de regulă, analizele efectuate în primul trimestru pentru a vedea care este starea gravidei înainte de naștere.

Activități necesare:

- Medicul de familie va face profilaxia rahitismului copilului cu vitamina D2;
- Se vaccinează antitetanic;
- Se continuă pregătirea psihică pentru naștere, educația privind igiena sarcinii, pregătirea pentru alăptare. Se va colabora cu diferiți specialiști pentru reevaluarea riscului obstetrical.
- Se acorda concediul prenatal, când este cazul.

Ce trebuie să știe femeile pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate și care le ajută să se simtă mai confortabil?

Munca în exces, odihna și somnul

Dacă activitatea fizică presupune o solicitare ușoară sau medie, se va continua până în luna a 7-a ori a 7-a și jumătate. În timpul gravidității trebuie renunțat la efortul fizic crescut.

Majoritatea femeilor muncesc foarte mult acasă sau la serviciu. Multe dintre ele continuă să muncească la fel de mult sau mai mult atunci când sunt însărcinate. Prea mult efort fizic în timpul sarcinii poate duce la avort, naștere prematură, nașterea unor copii cu greutate mică, mai ales dacă femeia nu se hrănește suficient.

Sarcina este o muncă în exces prin ea însăși; organismul încearcă să hranească un copil în creștere, iar sarcina face să apară un câștig ponderal de aproximativ 11 kg (este ca și cum femeia ar căra o galeata cu apă permanent). Munca fizică în exces duce la suprasolicitarea organismului femeii, aceasta devenind prea slabă pentru nevoile pe care le impun sarcina și nașterea.

Femeia gravidă trebuie să se odihnească cât mai mult posibil; trebuie să aibă o perioadă de repaus fizic de cel puțin o oră, în timpul zilei și, de opt – zece ore în timpul nopții. În apropierea nașterii femeia nu se poate odihni prea bine datorită dimensiunilor și mișcărilor copilului. Adesea, cea mai confortabilă poziție este cea în decubit lateral.

Activitatea sexuală

În primele două trimestre se recomandă păstrarea obiceiurilor de dinaintea sarcinii; activitatea sexuală se va reduce în ultimul trimestru și practic va fi interzisă din săptămâna a 37-a de amenoree. În cazul când apar modificări ale colului uterin (deschideri, scurtare), pentru a evita riscul nașterii premature și/sau a rupturii intempestive a membranelor și pierderea apei, interzicerea activității sexuale se poate face mai precoce.

Igiena corporală și cea intimă

Baia și dușul sunt recomandate în timpul sarcinii; se poate pune sub rezerva îmbăierea generală în ultimele 2 luni de gestație, când abdomenul mărit de volum poate duce la accidente, în această perioadă recomandându-se de obicei dușul.

Igiena intimă (irigația vaginală) nu se recomandă, cu excepția cazurilor cu indicație terapeutică. Chiar și așa se iau unele precauții: introducerea canulei numai 2-3 cm dincolo de introit, lichidul să nu fie introdus cu presiune etc. În cazul modificărilor de col, se poate merge până la interzicerea irigațiilor.

Igiena vestimentară. Hainele trebuie să fie ușoare, comode și să nu strângă, în special regiunea abdomenului. Îmbrăcămintea trebuie să fie adaptată condițiilor de anotimp și de temperatură. Ținând cont de modificările de echilibru și ale centrului de greutate, cu solicitarea coloanei lombare prin accentuarea lordozei lombare, se recomandă încălțăminte comodă, fără toc înalt.

Igiena bucală trebuie respectată, iar controalele și tratamentele stomatologice sunt recomandate, cunoscut fiind faptul că gestația favorizează apariția sau agravarea cariilor.

Îngrijirea sânilor și a abdomenului: trebuie acordată o atenție deosebită îngrijirii sânilor și mameloanelor, mai ales la primipare și la femeile cu mameloane mici și/sau invaginate.

În ceea ce privește mușchii abdominali, gimnastica și masajul ușor (în primele 4-5 luni) sunt utile. Menționăm că folosirea diverselor creme și a substanțelor grase nu evită apariția vergeturilor.

Alcoolul și fumatul

Alcoolul ingerat de mama traversează placenta. Consumul de alcool determina subdezvoltare, malformații, întârzieri de dezvoltare psihosomatică postnatală, până la sindromul de encefalopatie alcoolică al fătului.

Proporția de copii născuți înainte de termen sau cu greutate mică pentru vârsta de sarcină, este de 2-4 ori mai mare decât la nefumătoare. Două-trei țigări/zi sunt la fel de dăunătoare ca fumatul mai intens; în general, fumătoarele nasc copii mai mici cu 200-300 g, cu toate inconvenientele ce decurg din aceasta.

Medicamentele, plantele medicinale și razele X

Medicamentele administrate în timpul sarcinii traversează placenta. Deoarece orice medicament are reacții adverse, iar copilul poate suferi de pe urma acestora, medicamentele trebuie evitate în timpul sarcinii. Aceasta este valabilă mai ales pentru medicamentele nerecomandate de medic. Este important de evitat medicamentele în primul trimestru de sarcină, când au loc cele mai rapide procese de creștere și dezvoltare ale embrionului.

Mamele consumatoare de droguri vor naște copii dependenți. Acești copii sunt de obicei cu talie mai mică, sunt născuți prematur și se pot dezvolta mai încet.

Sunt câteva excepții de la regulă „fără medicamente”. Acestea sunt tratamentele indicate de medic pentru diverse afecțiuni, precum și preparatele de fier și vitamine. Dacă o femeie se află în tratament pentru o boală, înainte de sarcină, ea trebuie să-și continue medicația până ce medicul stabilește, dacă este cazul, încetarea acestuia.

Ceaiurile medicinale sau poțiunile de ierburi pe care le iau unele femei pot conține medicamente: unele pot da dependență, iar altele pot favoriza contracțiile uterine. Cel mai bine este de a afla ce fel de ierburi consuma femeia și ce conțin acestea. Majoritatea ceaiurilor nu sunt periculoase.

În timpul sarcinii trebuie evitată expunerea la raze X, mai ales în primele săptămâni. Dacă expunerea este obligatorie trebuie protejat abdomenul femeii (șorț cu plumb).

Mediul înconjurător

Anumite substanțe chimice pot fi daunatoare atât pentru mama, cât și pentru făt: de exemplu, anumiți coloranți pentru păr pot fi absorbiți prin piele și pot influența fătul; pesticidele; ierbicidele pot duce la avort. Cel mai bine este ca femeia gravidă să nu se afle în atmosfera poluată și să nu vină în contact tegumentar cu substanțe chimice. Dacă totuși se produce un contact accidental cu aceste substanțe femeia trebuie să se prezinte la medic.

Dieta și nutriția în sarcină

Sarcina cere mult de la organismul femeii, mai ales în termenii statusului nutrițional. În timpul sarcinii ovulul fertilizat crește de la dimensiunile unei celule (cât vârful unui ac foarte fin) până la dimensiunile unei ființe umane atingând 3 kg. Toată hrana de care are nevoie fătul pentru a crește este obținută de la mamă, în timpul celor nouă luni de sarcină.

În timpul sarcinii nevoile fătului sunt satisfăcute înainte de cele ale mamei; de exemplu dacă mama nu a obținut o cantitate suficientă de hrană sau dintr-o anumită vitamină, organismul ei va da copilului ceea ce acesta are nevoie și va folosi pentru sine ceea ce mai rămâne, chiar dacă nu este suficient. Lipsa unor vitamine sau minerale din hrană poate duce la apariția unor boli. Lipsa fierului din dieta duce la apariția anemiei, iar lipsa iodului duce la apariția gușei. Deci, este foarte important dacă femeia are un câștig ponderal suficient în sarcină și dacă are o dietă adecvată, pentru a asigura nevoile energetice și nutriționale atât ale sale, cât și ale fătului.

O mamă subnutrită naște de regulă copii subponderali, care au un risc de cinci ori mai mare de a deceda în primul an de viață, sunt mult mai susceptibili la a se îmbolnăvi de diaree, anemie, colici. Dacă supraviețuiesc au riscul mai mare de a avea retard mental.

Alăptarea postpartum joacă un rol și mai mare în ceea ce privește cerințele nutriționale ale organismului femeii, mai ales în primele 4-6 luni. În funcție de cât de mult durează alăptarea, organismul femeii are nevoie de peste doi ani pentru recuperare completă. Deci, femeile care au copii de vârste apropiate (mai puțin de doi ani diferență) nu au șansa de a se recupera complet de la o sarcină la alta. Rezervele lor nutriționale se consumă, ele se îmbolnăvesc și obosesc ușor.

- **gravida trebuie să mănânce ce dorește în cantități convenabile;**
- **alimentele să fie sărate după gust, fără excese; să se folosească sare iodată;**
- **să se evite alimentele conservate prin sare;**
- **dieta să fie controlată prin urmărirea riguroasă a curbei ponderale;**
- **alimentele să fie într-un echilibru între produsele animale (carne, ouă, lapte și preparate din lapte) și cel vegetal (în special fructe și legume variate);**
- **din a doua jumătate a sarcinii să se administreze zilnic, profilactic, 30—60 mg Fe elemental și acid folic.**

În practica, în familiile sărace, fetele și femeile nu au suficientă hrană, mai ales din cea cu conținut nutritiv crescut, care ajută creșterea și dezvoltarea. Ca urmare, unele fete nu cresc atât de mult cât ar putea crește în condiții normale. Atunci când femeile au talie mică și mai ales atunci când centura pelvină este îngustă, nașterea poate fi dificilă și cu risc fetal.

Dacă o femeie păstrează o sarcină pe un teren deja malnutrit, ea se expune la apariția unor complicații, care nu se întâlnesc la gravidă cu nutriție normală și anume: infecții, sângerări severe, naștere prematură, feți mici, subponderali. Acești nou-năcuți au risc letal de zece ori mai crescut decât cei cu greutate normală la naștere. Din păcate și în țara noastră pe fondul sărăcirii populației procentul de copii cu greutate mică la naștere este în creștere.

Diversele simptome ce pot apărea în sarcina

Varicele

Dilatații venoase se datorează stăgnării sângelui în venele membrelor inferioare. Ele pot apărea pentru prima dată în sarcină sau se pot accentua în timpul sarcinii.

În timpul consultațiilor prenatale medicul poate aprecia mărimea acestora și, dacă este necesar, recomandă un tratament.

Secreții vaginale

Secreția vaginală normală tinde să crească în timpul sarcinii. Nu este motiv de îngrijorare decât dacă secreția vaginală este verzuie, gălbuie sau aerată și este însoțită de senzația de mâncăărime și de un miros neplăcut, ceea ce poate sugera o infecție. În acest moment, trebuie făcute teste de laborator pentru identificarea cauzei și stabilirea celui mai bun tratament.

Edemele membrelor inferioare

Este normală apariția edemelor în sarcină la nivelul gleznelor. Mai puțin obișnuită este apariția edemelor la nivelul mâinilor. Edemele apar deoarece organismul reține mai multă apă în țesuturi. Femeile trebuie sfătuite să evite manșetele strânse, brățările, inelele sau pantofii strânși deoarece dacă edemele cresc aceste obiecte ar fi dificil de înlăturat. În cazul în care edemele cresc brusc sau duc la creștere rapidă în greutate, femeia trebuie să meargă la control pentru a i se măsura tensiunea arterială și pentru efectuarea unui examen de urină pentru depistarea albuminei în urina. Aceasta indică o funcționare anormală a rinichiului, ce poate avea consecințe grave asupra gravidei.

Semne ce necesită intervenția urgentă a medicului:

- **Sângerări vaginale mai ales în trimestrul II și III – o hemoragie uterină abundentă este extrem de periculoasă;**
- **Modificarea stării de conștiență, amețeli, edeme masive;**
- **Ruperea prematură a membranelor și pierderea apei, chiar dacă nu apar contracții uterine dureroase;**
- **Contracții uterine repetate.**

2. NAȘTEREA

Nașterea trebuie să se producă obligatoriu într-o maternitate sub supraveghere medicală.

Maternitatea în care va naște gravida se stabilește de către medic în raport cu starea de sănătate a gravidei, astfel încât aceasta, prin specialiștii și dotările existente, să acorde cele mai bune îngrijiri pentru mama și copil.

În cazul nașterii la domiciliu, o hemoragie ce poate apărea în momentul dezlipirii placentei, poate fi fatală în câteva minute.

Un nou-născut, mai ales cu greutate mică la naștere necesită intervenții specializate, ce nu se pot acorda la domiciliu.

Chiar dacă o naștere se întâmplă la domiciliu, lăuza și nou-născutul trebuie transportați ulterior la spital.

ATENȚIE! Chiar dacă nașteri anterioare s-au petrecut la domiciliu, fără incidente, nu înseamnă că și următoarea sarcină va decurge la fel!

3. ÎNGRIJIREA POSTNATALĂ - LĂUZIA

Definiția lăuziei - Lăuzia este perioada care urmează nașterii; durează 40 de zile și se caracterizează prin revenirea organismului matern la echilibrul din starea anterioară sarcinii.

Lauzia imediată - urmează imediat după expulzia fătului și placentei și durează, de regulă, 4 ore. Se produce contracția uterului, ce determină pensarea vaselor sanghuine ce erau deschise după eliminarea placentei.

Lauzia precoce durează 7 – 12 zile după naștere.

Lohiile reprezintă secreția plăgii uterine (locul de inserție placentară); au aspect sanguinolent în primele 3 zile după naștere, serosanguinolent în următoarele 3 zile, seros până la sfârșitul lăuziei propriu-zise.

Modificarea culoarei sau mirosului lohiilor poate presupune începutul unei infecții uterine.

Secreția lactată este cel mai important fenomen al perioadei. În primele 2 – 3 zile postpartum, crește secreția de colostru. În a 3 - 4 a zi postpartum poate apărea secreția lactată, sub formă numită “furia laptelui” (congestia mamară: sânii sunt măriți de volum, angorjați, duri, dureroși spontan și la palpare. Uneori se asociază și fenomene generale (febra până la 39°C, cefalee, amețeli) care cedează după 24- 48 ore, odată cu instalarea definitivă a secreției lactate.

Lauzia tardivă - durează următoarele 30 de zile.

Au loc modificări în tot organismul:

- involuția uterină continuă, astfel că la sfârșitul acestei perioade ajunge la dimensiunile anterioare sarcinii;
- lohiile au aspect seros și cantitatea lor scade progresiv;
- secreția lactată este întreținută de suptul frecvent al copilului (faza de automatism mamar);
- sistemul hipotalamo-hipofizar își reia funcția ciclică.

ÎNGRIJIREA ÎN LĂUZIA FIZIOLOGICĂ

În perioada de lăuzie imediată și în următoarele 7-8 zile, îngrijirea medicală a lăuzei este esențială în evitarea complicațiilor. Aceasta este cu atât mai importantă cu cât de obicei externarea lăuzelor se face în ziua a 3-a sau a 5 -a după naștere.

Involuția uterină se apreciază prin palparea și măsurarea zilnică a înălțimii fundului uterin. Se urmărește sensibilitatea și consistența corpului uterin. În primele zile după naștere pot să apară contracții uterine (colici uterine) care cedează.

Secreția de lohii se apreciază cantitativ și calitativ prin inspecția pansamentului vulvar. Orice modificare de miros și culoare reprezintă un semn de alarmă. Pansamentul vulvar se schimbă de 2 ori pe zi.

Secreția lactată:

- este necesară inspecția și palparea sânilor pentru a constata prezența secreției lactate;
- dacă apare angorjare mamară, se aplică imediat comprese locale și antipiretice;

Îngrijirile generale:

- se urmăresc zilnic pulsul, TA, temperatura și diureza;
- se aplică mobilizarea precoce a lăuziei;
- alimentația va fi completă și echilibrată, cu evitarea alimentelor care modifică gustul laptelui astfel încât copilului să nu-i placă (conservanți, condimente iritante, aditivi periculoși). Lăuza va bea lichide în cantitate normală (aproximativ 1 litru de lapte pe zi + ceaiuri, compoturi fără zahăr). În perioada alăptării este necesar un aport mai mare de calorii, proteine, vitamine și săruri minerale; acesta este foarte util pentru sănătatea mamei.

Contactul sexual este interzis 30-45 zile după naștere.

Fenomene patologice ce pot apărea în lăuzie:

- **hemoragia** - pierderea vaginală a unei cantități semnificative de sânge
- **soluții de continuitate la nivelul perineului, tulburări de coagulare**
- **modificarea aspectului și mirosului lohiilor** - acestea devin caramizii și cu miros fetid
- **febra cu frison ce poate presupune o infecție**
- **infecție a sânelui - mastita**

Frecvența și importanța vizitelor în postpartum

Una dintre sarcinile mediatorului sanitar/ mediatoarea sanitară este de a se asigura că mama și nou-născutul sunt sănătoși, mai ales după naștere. Pentru a fi sigură de aceasta, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să facă vizite la domiciliu.

1. **Prima vizita trebuie făcută la 24 ore de la revenirea din maternitate.**
2. **În prima săptămână vor fi efectuate încă 2 - 4 vizite, în funcție de starea de sănătate a mamei și copilului, de condițiile de trai și de existența în familie a unor persoane cu experiență, care pot ajuta lăuza. Cu ocazia acestei vizite, mama trebuie sfătuită să ia legătura cu medicul de familie pentru înscrierea copilului pe lista de pacienți și pentru intrarea sa în programul de vaccinare. Dacă dintr-un motiv sau altul, lăuza sau familia ei nu pot face acest lucru, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și asistenta medicală comunitară trebuie să întreprindă demersurile necesare.**
3. **Următoarele vizite trebuie să aibă loc între săptămânile 2-4 după naștere, când poate vedea atât starea de sănătate a mamei și a copilului, cât și dacă s-a luat legătura cu medicul de familie.**

Vizitele au o deosebită importanță pentru mamă, mai ales dacă aceasta este la prima naștere. Lăuza poate fi consiliată cu privire la îngrijirea ei și a copilului. Pe de altă parte, vizitele și încurajările vor crește încrederea și stima de sine a mamei și prin aceasta va intensifica reflexul ocitocinic și vor crește șansele alăptării.

Nu trebuie neglijate sfaturile pentru a urma una din procedurile de planificare familială, odată cu reînceperea activității sexuale.

Când face o vizita la domiciliu, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să pună întrebări legate de sănătatea și obiceiurile mamei:

- **Cum se simte? Dacă mai sângerează și cât de mult sânge pierde?**
- **Dacă are vreo scurgere vaginală și cum arată această (culoare, miros);**
- **Ce face înainte de a alăpta? Ce mănâncă?**
- **Modul în care manevrează și îngrijește copilul;**
- **Cât de des alăptează;**
- **Când îi face baie copilului;**
- **Ce fac ea și ceilalți membri ai familiei înainte de a manevra copilul.**

Sursa:

<https://ghidurimedical.ro/pacienti-files/ingr-prenatale.pdf>

https://www.sfatulmedicului.ro/Cum-sa-te-ingrijesti-in-sarcina/ingrijirea-prenatala_9715

<https://mamisicopilul.ro/lauzia/>

<https://www.totuldespresarcina.ro/etapele-lehuziei/>

Suport curs mediere sanitară- Sastipen, 2019

TEMĂ NR. 8 – NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ALIMENTAȚIA NOU-NĂSCUȚILOR

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Femei (în special femei care au copii 0-3 ani)		
Teme abordate	Introducere în temă Innformații generale despre alăptat Informații generale despre diversificare Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz/demonstrație		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza innformațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost innformațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la acesta întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumiți și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luna de a finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.**NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ALIMENTAȚIA NOU-NĂSCUȚILOR****1. ALIMENTAȚIA LA SÂN (ALĂPTAREA)**

Laptele uman este alimentul ideal pentru sugar în primele 6 luni de viață. În afară de certe avantaje nutriționale, continuând toate principiile nutritive ușor asimilabile de către sugar, alăptarea creează o relație optimă copil-mamă, care va fi resimțită toată viața la nivelul celor doi.

În primele 6 luni de viață, sugarul trebuie alimentat exclusiv la sân, fără a se administra alte lichide, nici măcar apă sau ceai.

Toți sugarii trebuie alăptați și numai în situații care trebuie considerate ca excepționale vor putea motiva privarea de acest avantaj și drept al copilului, și anume:

- *nou-născuți cu greutate foarte mică, care încă nu au reflex de înghițire și care pot fi hrăniți inițial cu lapte de mamă prin alte metode și ulterior imediat ce vor putea suge vor suge direct la sân;*
- *unele malformații, „buza de iepure” sau „gura de lup” (despicăturile labio-palatine), pot împiedica alimentarea naturală a nou-născutului, dar aceste situații sunt destul de restrânse numeric;*
- *boli grave ale sugarului pot restrânge temporar alăptarea;*

- *tuberculoza activă (mama poate transmite boală), neoplaziile (cancer), infecția HIV/SIDA, precum și alte boli infecțioase severe la mama împiedică alăptarea, existând riscul de transmitere a bolii.*
- *unele boli psihice ale mamei.*

Febra moderată în cazul unei răceli nu împiedică alăptarea dacă mama ia unele măsuri de precauții (masca la gura și nas în timpul alăptării).

Pregătirea pentru alăptare trebuie făcută încă din timpul sarcinii; viitoarea mamă trebuie să conștientizeze importanța alăptării pentru sănătatea copilului. Dacă, constituțional, mama are mameloane mici, poate să facă masaj cu mâna sau cu un prosop mai aspru pe sân pentru a forma mameloanele.

- nou-născutul va fi pus la sân în primele 2 ore după naștere;
- ulterior, ritmul alăptării va fi dictat de către sugar, deci aceasta se va face la cererea acestuia, și nu după un orar fix;
- în prima lună de viață, sugarul va suga mult mai frecvent (chiar până la 12 ori/24 ore), apoi sugarul își reglează treptat ritmul suptului. Inițial, va solicita sânul și noaptea, iar ulterior va renunța singur la masă de noapte și își va spația singur supturile;
- un supt durează de regula 10 – 20 minute la fiecare sân. Există varianta de a se oferi sugarului câte un sân, alternativ, la mese succesive, sau câte 10 minute la fiecare sân, alternând în timpul aceleiași alăptări. Singura metodă de a menține secreția lactată în cantitate adecvată este suptul copilului, nicio altă metodă nefiind la fel de eficientă pentru stimularea lactației.

Metoda „liberală” de administrare a sânului „la cererea” sugarului este cea mai eficientă pentru o secreție lactată, care să acopere nevoile sugarului și să realizeze o creștere de circa 250 g la 10 zile.

Nu există lapte matern care „nu este bun” pentru sugar.

Afirmații că: laptele este „subțire”, este „prea slab”, este „albastru”, de calitate necorespunzătoare nu sunt reale.

Probele ca lactația este suficientă pentru sugar sunt:

- creșterea ponderală satisfăcătoare (nu se cântărește copilul la fiecare masă și nici în fiecare zi);
- între supturi copilul este liniștit;
- scutece ude minimum 5/24 de ore.

Cazurile în care mamele nu au în mod real suficient lapte pentru copil sunt foarte rare și afirmația „nu am lapte suficient” trebuie analizată foarte atent.

Nou-născutul care nu primește suficient lapte este agitat, plânge fără motiv aparent, curba ponderală este staționară. Chiar și în această situație nu se introduce un alt aliment, ci se caută să se stimuleze secreția lactată:

- se aplică pe sâni un prosop cald și umed cu 5 minute înainte de supt;
- se masează ușor sânii înainte și în timpul suptului;
- se alăptează de câte ori sugarul o cere;
- se beau suficiente lichide;
- se golesc complet sânii după ce copilul nu mai suga;
- se realizează alăptarea într-o poziție comodă, de preferință într-o încăpere separată de agitația casei.

Prematurii cu greutate foarte mică la naștere vor primi, alături de laptele de mama, suplimente din formule destinate special acestor vârste, pentru a obține un ritm de creștere identic cu cel din viața intrauterină. Sunt foarte puține mamele care „refuză” să-și alimenteze copilul la sân.

AVANTAJELE ALĂPTĂRII

A. Avantajele alăptării exclusive în primele 5-6 luni de viață.

A.1. Pentru copil

- Laptele de mamă conține substanțele nutritive de care are nevoie sugarul, în cantități și proporții adecvate pentru o creștere și dezvoltare armonioasă;
- Laptele de mamă ajută dezvoltarea creierului, ochiului și intestinului copilului;
- Laptele de mamă este ușor de digerat și este utilizat eficient de către organismul copilului;
- Laptele de mamă protejează copilul de infecții: diaree, infecții respiratorii, moarte prin infecții;

- Laptele de mamă protejează sugarul (predispus genetic) de alergii manifestate sub diferite forme: afecțiuni digestive (diaree), cutanate (erupții pe piele) sau respiratorii (respirație suierătoare), alergie la proteinele alimentare (enteropatie);
- Scade riscul de anemie și rahitism la sugar, iar la copilul mare scade riscul de obezitate, diabet și de unele cancere infantile.

A.2. Pentru mamă

Alăptarea protejează sănătatea mamei:

- Contractă uterul și scurtează durata sângerării după naștere; astfel reduce incidența anemiei postpartum (de unde rezultă importanța alăptării precoce și frecvente);
- Ajută la pierderea excesului de grăsime depus în timpul sarcinii;
- Scade fertilitatea și permite spațierea nașterilor;
- Scade riscul de cancer de ovar și, posibil, de sân.

B. Avantajele psihologice ale alăptării

Alăptarea are avantaje psihologice atât pentru mamă, cât și pentru copil.

- Alăptarea ajută mama și copilul să stabilească o relație strânsă emoțională
- Mama care alăptează se simte satisfăcută emoțional și se poartă mai afectuos cu copilul;
- Alăptarea ar putea contribui la reducerea abuzului și abandonului.
- Copilul care sugă la sân plânge mai puțin și se dezvoltă intelectual și emoțional mai repede și mai bine. La vârste mai mari va fi capabil să stabilească mai ușor relații sociale. Unele studii arată ca acei copii cu greutate mică la naștere, care au fost alăptați în primele săptămâni de viață, rezolvă mai bine testele de inteligență în copilăria tardivă în raport cu cei alimentați artificial.

C. Avantajele economice ale alăptării

Alăptarea aduce economii pentru familie și societate.

- Nu se cheltuiesc bani pentru formule de lapte, pentru biberoane și tetine;
- Se cheltuiește mai puțin pentru medicamente, asistență medicală, deplasări la spital și la cabinetele de consultații;
- Nu se pierde timp pentru cumpărături, preparare, mers la consultații și spital, îngrijirea copilului bolnav;
- Alimentația mamei care alăptează costă mai puțin decât alimentația artificială. Bani economisiți pot fi folosiți pentru ceilalți membri ai familiei;
- Prin spațierea sarcinilor se poate reduce prevalența copiilor cu greutate mică la naștere, a căror îngrijire înseamnă costuri imense legate de morbiditate, recuperare psihomotorie, educație specială.
- Prin alăptare s-ar putea reduce prevalența copiilor malnutriți și mortalitatea infantilă.

D. Laptele de mamă în al doilea an de viață

Alăptarea exclusivă în primele 5-6 luni de viață asigură nevoile nutritive ale sugarului. După aceasta vârstă, sugarul trebuie să primească hrana suplimentară. Aceste alimente pot fi administrate cu canița sau lingurița; hrănirea cu biberonul poate fi evitată.

Laptele de mamă rămâne o sursă importantă de calorii și substanțe nutritive de bună calitate și în al doilea an de viață.

Este important de reținut ca laptele matern în al doilea an de viață:

- poate fi o sursă importantă de hrană, care să prevină malnutriția la copiii din familiile sărace care nu pot asigura nevoile nutritive ale copilului;
- poate să protejeze copilul de deficiență în vitamine (în funcție de cantitatea de lapte suptă și de conținutul în aceste vitamine din hrana mamei).

E. Efectele laptelui de mama asupra sănătății copilului

Protecția față de infecții - Laptele de mamă nu este numai o sursă excelentă de hrană pentru copilul mic, ci îi oferă acestuia și protecție față de infecții. Protecția este maximă în cazul alimentației exclusive. În primul an de viață, sistemul natural de apărare al organismului nu este dezvoltat ca la copilul mai mare sau la adult, așa încât sugarul este mai vulnerabil față de infecții. Prin laptele de mamă, care este un lapte viu, sugarul primește acești factori de apărare de la mamă.

Protecția față de diaree - Cel mai mare risc de diaree se observă la copiii care nu au primit deloc lapte de mamă. Copiii alimentați artificial au risc mai mare de diaree, deoarece laptele de animal sau laptele praf nu conțin factori antiinfecțioși și în timpul manipulării sau preparării pot fi contaminate cu bacterii patogene. Contaminarea poate proveni din apa, biberoane și tetine incorect spălate și sterilizate, prin mâini nespălate, prin contaminarea laptelui praf din cutii păstrate în condiții necorespunzătoare.

Protecția față de infecțiile respiratorii

- Sugarii hrăniți artificial (cu formule sau cu lapte de vacă) au un risc de 3-4 ori mai mare de deces prin pneumonie decât cei alăptați.

- Sugarii alăptați parțial au un risc de deces mai mare decât cei alăptați exclusiv, dar mai mic decât cei care nu au fost deloc alăptați.

EVALUAREA UNEI ALĂPTĂRI

1. POZIȚIA CORPULUI

- Corpul copilului trebuie să fie apropiat de al mamei (atenție la mâna copilului sau la haine; dacă este prea înfășat, corpul lui va sta departe de corpul mamei)
- Copilul stă cu fața la sân și nu înclinat sau orientat într-o parte. Când capul copilului este în plica cotului mamei, el poate fi destul de departe de sân.
- Capul și corpul sunt plasate în linie dreaptă, nu încolăcite sau răsucite. Dacă un copil este culcat pe spate și își întoarce capul spre sân atunci el este răsucit.
- Bărbia atinge sânul. Un nou-născut care ține bărbia departe de sân va avea dificultăți în a suge bine.
- Pentru nou-născut: se sprijină și fese nu doar umerii sau capul.

Nota: De regulă, corectarea poziției se face la sugarii mici, care nu și-au dezvoltat un stil propriu de supt. La sugarii mari, chiar dacă poziția nu este „de atlas” dar copilul suge bine și crește corespunzător, iar mama are suficient lapte, nu trebuie intervenit. Dar dacă mama se plânge că nu are suficient lapte sau ca acesta este în scădere, chiar la un copil mare se caută îmbunătățirea poziției de alăptare.

2. RĂSPUNSUL COPILULUI ȘI AL MAMEI

- semne de ejecție a laptelui la mama imediat după naștere (crampe sau dureri uterine). Laptele curge din sâni.
 - copilul caută sânul când îi este foame
 - copilul este calm și treaz, nu neliniștit sau agitat la sân, nu lasă sanul să îi alunece
- Uneori pare că nou născutul își scutură capul. Aceasta nu reprezintă refuzul sânului, ci un semn ca nou-născutul explorează sânul și începe să își coordoneze reflexul de orientare.

Este bine să observați și să analizați răspunsul mamei la solicitările copilului. Ține ea copilul cu răbdare și îl lasă să exploreze astfel sânul sau începe să îl lege neliniștită, încearcă să îi bage mamelonul în gură, își acoperă sânul sau arată neliniște în vreun alt fel? O mamă care este neliniștită de explorarea copilului are nevoie să audă că această este calea naturală prin care copilul învață despre sân.

3. LEGĂTURA EMOTIONALĂ

- Mama și copilul stau față în față și copilul beneficiază de atenția mamei;
- Contactul fizic se realizează pe o suprafață mare și prin contact piele la piele și nu prin atingere redusă, copilul este învelit cu multe pături sau excesiv înfășat, iar mama care pare că nu se bucură de atingerea copilului;
- Mama ține copilul ferm, cu siguranță și nu îl leagă, este nervoasă sau îl ține fără vlagă.

4. ANATOMIA ȘI STAREA SÂNULUI

- Sânul este moale, nu sunt semne de angorjare, noduli etc;
- Mameloanele sunt protractile nu aplatizate, ombilicate sau întinse excesiv de angorjare;
- Nu există fisuri sau răni ale mamelonului;
- Mameloanele nu sunt dureroase.

5. SUPTUL

- Gura copilului este larg deschisă. Dacă este aproape închisă sau arată ca și când copilul suge dintr-un biberon atașarea la sân nu este bună;

- Gura copilului cuprinde toată areola și țesuturile învecinate. Sugarul suge din sân și nu din mamelon
- Obrajii sunt plini, nu tensionați sau supti;
- Copilul suge și înghite într-un ritm lent;
- Se poate auzi sau vedea cum înghite;
- Limba este vizibilă, formând o cupă în jurul sânelui.

6. TIMPUL

- Observați cât timp stă realmente copilul la sân. Dacă stă mai puțin de cinci minute, probabil că sugarul nu primește destul lapte.
- Observați dacă mama îl lasă pe copil să termine singur alăptatul sau dacă îl ia de la sân înainte de a lăsa singur sânul.

Nota: timpul cât copilul suge în mod real este important, mai ales dacă mama tinde să termine toate mesele înainte de cinci minute. Copiii care stau la sân prea puțin pot începe să scadă în greutate.

CUM SE EVALUEAZĂ O ALĂPTARE?

Evaluarea unei alăptări se face observând în liniște, fără a pune întrebări. Observarea alăptării este la fel de importantă ca orice examinare clinică, ca de ex. semnele de deshidratare sau frecvența respirației. Sunt semne care pot fi observate când copilul suge, iar altele pot fi observate când acesta nu suge.

1. ALIMENTAȚIA LA BIBERON

Există unele situații când copilul nu poate fi pus la sân, mama colectează laptele prin mulgere manuală sau mecanică, cu pompa, și acesta se administrează cu biberonul. Acestea sunt cazuri rare, de regula alimentația la biberon presupune alimentarea exclusivă a sugarului cu biberonul cu alt lapte decât laptele de mamă (alimentația artificială) sau administrarea cu biberonul a unui alt lapte în completarea celui supt de către copil (alimentația mixtă).

În cazul alimentației mixte este esențial ca sugarul să fie pus întâi la sân, pentru ca acesta, fiind înfometat, să fie "motivată" de a face efortul să sugă, după care i se administrează formula de completare, în mod ideal cu lingurița sau cu un biberon cu tetină cu orificiu foarte mic, altfel sugarul va refuza sânul, așteptând să fie alimentat cu biberonul, unde laptele curge mai ușor și nu necesită efort pentru a-l suge din sân. Din experiență, se știe că un sugar alimentat mixt devine curând alimentat artificial, dacă nu există o grijă specială din partea mamei și a medicului de a menține, măcar parțial, alimentația cu lapte matern.

Formulele de lapte care pot înlocui, numai în cazuri bine determinate, laptele matern sunt:

- cu lapte de vacă, muls, fiert și diluat în raport cu vârsta copilului, greutatea acestuia și toleranța digestivă. Diluarea se face cu apă fiartă și răcită sau cu apă de orez, iar proporția se stabilește de către medic;
- cu lapte praf standard, adică lapte de vacă în pulbere, care trebuie reconstituit prin adăugare de apă fiartă și răcită sau apă de orez. Unele produse din lapte praf trebuie fierte după reconstituire.
- cu formula de lapte pentru sugari, respectiv lapte de vacă în pulbere, care a fost modificat industrial ca să fie adaptată cerințelor nutriționale și digestive ale sugarilor.

Nici una din variantele de mai sus nu sunt recomandate în mod deosebit și nu pot înlocui alimentația la sân.

Totuși, în cazurile în care mama nu poate alăpta, trebuie să optăm pentru administrarea unei formule de lapte speciale pentru sugari, a cărei compoziție este mai aproape de necesitățile sugarului și nu pentru laptele de vacă, care nu este indicat în alimentația acestuia, din cauza compoziției diferite de a laptelui matern.

Majoritatea formulelelor au o concentrație standard de o măsură la 30 ml apă, dar există și alte diluții recomandate. Există tendința de a uniformiza diluțiile diferitelor preparate, pentru a nu se crea confuzii. Toate formulele sunt instant, adică se prepară prin dizolvare ușoară în apa fiartă și răcită la temperatura de administrare, fără adaosuri sau fierbere după preparare. Administrarea cu biberonul a alimentației lactate de preparare presupune un întreg arsenal de vesela specială pentru sugari (biberone, vase de fiert apă, tetine, vase pentru sterilizarea biberonului și tetinelor, aparatură specială cu sterilizare cu abur, electrică sau la microunde).

Insistăm asupra respectării igienei în timpul alimentației copilului:

- spălarea cu apă și săpun a mâinilor mamei sau persoanei care alimentează copilul;

- utilizare de veselă special dedicată alimentației copilului;
- sterilizarea prin fierbere a veselei copilului înaintea fiecărei mese.

Cea mai comună eroare (în afară de nerespectarea igienei) în alimentația artificială este prepararea unui produs în concentrație necorespunzătoare, ceea ce are ca prim efect administrarea inadecvata de calorii și substanțe nutritive, un spor ponderal inadecvat, tendința de a schimba formula din motive neintemeiate ("nu-i merge bine").

Spre deosebire de alimentația naturală, alimentația artificială cu formule, se administrează după un orar relativ mai fix.

Numărul de mese se stabilește în funcție de vârsta, greutate, tiparul alimentar ale copilului, variind între 7 mese/24 de ore la nou-nascut, 6-7 mese în primele 4 luni, 5-6 mese ulterior.

PERICOLELE ALIMENTAȚIEI CU ÎNLOCUITORI DE LAPTE MATERN

Alimentația artificială privează copiii și mamele de avantajele laptelui de mamă și ale alăptării.

Pericolele alimentației artificiale pot fi rezumate astfel:

Pericole potențiale pentru sugar:

- risc crescut de diaree datorită administrării unei concentrații inadecvate vârstei și toleranței digestive sau manipulării neigienice a ustensilelor de preparat și administrat laptele;
- risc crescut de malnutriție (prea puține mese, lapte prea diluat, diaree frecventă);
- risc crescut de infecții respiratorii, copilul nu mai primește de la mamă factorii de apărare contra infecțiilor;
- risc crescut de alergii (astm, eczeme) și intoleranță la laptele de vacă (diaree, crampe, erupții);

Posibila afectare a relației de afecțiune între mama și copil: alimentația artificială și cea cu biberonul pot influența negativ stabilirea unei afecțiuni profunde între mama și copil prin lipsa privirii ochi în ochi sau/și prea multe persoane implicate în îngrijirea copilului.

2. ALIMENTAȚIA COMPLEMENTARĂ (alimentația diversificată)

Alimentația complementară la aceea cu lapte matern sau formula de lapte, reprezintă introducerea treptată a alimentelor solide în alimentația sugarului, înlocuind treptat alimentația exclusiv lactată. Este vorba de un proces treptat, care are drept scop suplimentarea alimentației într-un moment în care laptele matern sau formulele de lapte nu mai acoperă nevoile energetice ale sugarului.

Diversificarea alimentației pregătește sugarul pentru alimentația care-i va fi proprie tot restul vieții, trecând de la sucțiune la masticăție.

În ceea ce privește momentul recomandat pentru diversificare, acesta este:

- la 5 ½ - 6 luni pentru sugarii alimentați exclusiv la sân, datorită calităților nutriționale excepționale ale laptelui uman;
- la 4 luni pentru sugarii alimentați artificial cu lapte de vacă sau formule de lapte.

Înlocuirea unei mese de lapte cu o masă de alimente solide nu trebuie făcută înaintea vârstei menționate mai sus, deoarece nu este adecvată nevoilor sugarului atât ca valoare calorică, cât și ca toleranță digestivă.

Regulile de bază ale diversificării:

- fiecare aliment nou trebuie introdus treptat în alimentația sugarului;
- nu introduceți concomitent două alimente noi;
- dacă bebelușul respinge alimentul sau apar scaune diareice ori vărsături, așteptați o săptămână înainte de a încerca din nou;
- scaune normale;
- absența semnelor de boală;

Se recomandă succesiunea următoare în administrarea alimentelor solide:

- primul aliment introdus este supa de legume urmată rapid de piureul de legume;
- apoi urmează fructele: măr, piersică, caisă, banană, suc de legume (roșie, morcov). Pulpa unor fructe ca: pere, prune, pepene roșu, struguri, cireșe, acestea nu se recomandă sugarului (risc de diaree).
- Se introduce cel mai devreme la 4 ½ luni, carnea de găina sau de vită;
- Carnea de porc este contraindicată;
- Peștele, exclusiv peștele alb fiert, se poate folosi, dar foarte proaspăt, în jurul vârstei de 10 luni;

- Gălbenușul de ou este util imediat după introducerea cărnii, dar nu înainte de vârsta de 5-6 luni;
- La sugarul mai mare de 8-9 luni, se va include, treptat, o gamă mai largă de alimente: iaurt, ciulama, budinci, papanași, brânză de vaci, diverse cereale fortificate industrial etc.

ALTE REGULI:

- copilului, care nu a fost înțărcat, i se vor completa mesele de “solide” cu lapte de mama;
- hidratarea suplimentară între mese se face cu lichide neindulcite (ceai fără zahăr, apă fiartă și racită), inutile în cazul sugarului alimentat la sân;
- nu se va insista excesiv la introducerea noilor alimente;
- în general, trebuie evitate “compromisurile” de genul modificării gustului supei de zarzavat cu lapte sau zahăr;
- nu se va adauga sare în mâncarea sugarului;
- nu se vor folosi conservanți, nici dulciuri concentrate;
- alimentele vor fi pasate, până la apariția primilor dinți, apoi vor fi fărâmițate/mărunțite;
- se va ține seama de preferințele și personalitatea sugarului, în măsura în care acestea nu contravin principiilor enunțate;
- nu se vor atribui sugarului preferințele și prejudecățile noastre alimentare;
- respectarea regulilor de igienă a alimentelor și a ustensilelor constituie o obligație de la care nu avem voie să ne abatem, conduita noastră va ține seamă de particularitățile psiho-afective ale copilului, de cerințele lui, știind că deprinderile alimentare se formează în primul an de viață.

Pentru a preîntâmpina apariția unor boli foarte grave precum polimielita, hepatita tip B, difteria copiii pot beneficia de vaccinări.

Sursa

<https://www.copilul.ro/bebelusi/alaptare/ghidul-complet-pentru-alimentatia-nou-nascutului-a18110.html>

https://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/alimentatia-nou-nascutilor

Suport curs mediere sanitară, Sastipen, 2019

TEMĂ NR. 9 – NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ÎNGRIJIREA COPILOR

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Femei (în special femei care au copii 0-7 ani)		
Teme abordate	Introducere în temă Informații generale îngrijirea copiilor Informații generale despre programul de vaccinare Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz/demonstrație		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la acesta întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luni de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

NOȚIUNI DE BAZĂ PRIVIND ÎNGRIJIREA COPILOR

Igiena pielii bebelușului

Pielea bebelușilor este extrem de sensibilă la toți stimulii din jur. La trecerea copilului din mediul intrauterin (unde pielea sa a fost permanent hidratată datorită lichidului amniotic) la cel extrauterin, poate să apară uscarea pielii. De aceea, îngrijirea nou-născutului în primele zile de viață este foarte importantă.

Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate informa părinții care sunt la primul copil că vor fi tentați să își spele bebelușul o dată pe zi sau după fiecare masă. Adevărul este că nou-născuții nu au nevoie de băi frecvente în primul lor an de viață. Academia Americană de Pediatrie susține că trei îmbăieri pe săptămână sunt suficiente pentru un copil nou-născut, întrucât mai multe ar putea provoca uscarea pielii.

Indiferent câte băi se decid a fi făcute copilului, trebuie urmate câteva sfaturi generale:

- Apa trebuie să fie caldă, dar nu fierbinte;
- Nu se folosește săpun pe zona feșei, doar apă;
- Pentru corp, se folosește doar o cantitate mică de săpun care nu conține coloranți sau parfumuri;

- Se curăță ușor scalpul bebelușului cu o perie moale și cu o cantitate mică de săpun sau produs de curățare ușor fără săpun.

Îngrijirea fiecărei zone a corpului

Iată cum trebuie îngrijită fiecare zonă a corpului nou-născutului, în funcție de particularități:

- **pielea:** unii bebeluși pot prezenta pete roșii cu mâncărimi, numite eczeme sau dermatită atopică (o afecțiune ereditară a pielii). În acest caz, se limitează băile la 10 minute și se utilizează un gel de corp pentru piele atopică, fără parfum, și apă caldă. Imediat după îmbăiere, se aplică o cremă hipoalergenică (recomandată de medic). Este indicată înbrăcarea bebelușului care are piele atopică numai în haine de bumbac;
- **scalpul:** mulți nou-născuți dezvoltă o afecțiune a scalpului, numită cruste de lapte (cruste seboreice, în baza cărora medicul poate formula diagnosticul de dermatită seboreică). De obicei, acestea dispar în primele câteva luni de la naștere. Pentru îndepărtarea crustelor seboreice se pot folosi, înainte de baie, produse dermato-cosmetice destinate îndepărtării acestora sau chiar ulei de floarea-soarelui care, datorită proprietăților lui emoliente, poate fi folosit în acest scop. La baie, trebuie spălat părul bebelușului cu un șampon delicat pentru copii, de cel mult trei ori pe săptămână, și periat zilnic, ușor, „solzii”, folosind o perie moale de păr pentru bebeluși, sau masate ușor crustele seboreice de pe scalp cu o compresă sterilă;
- **unghiile:** unghiile unui nou-născut sunt de obicei moi, dar îi pot zgâria pielea sensibilă. Pentru tăierea lor, trebuie folosită o unghieră pentru copii sau foarfece cu vârful rotunjit. Cel mai bine e să se taie unghiile după baie, când sunt moi, sau când copilul doarme și degetele sunt relaxate;
- **urechile:** urechile se curăță singure. Ceara și praful vor fi împinse treptat la suprafață și eliminate ușor. Cel mai bine este ca urechea externă a nou-născutului să fie ștearsă cu o cârpă moale sau cu un tampon de vată. Nu trebuie introdus niciodată nimic în canalul urechii copilului;
- **organele genitale:** se folosesc tampoane de bumbac (cotonete) umede pentru a șterge zona. La fete, se șterge întotdeauna din față spre spate pentru a evita transferul bacteriilor din anus în vagin/orificiu urinar. Se știe că scaunul nu e steril și, în cazul în care ștergerea se va face invers (de la anus spre uretră), este favorizată apariția de infecții urinare. Se va face toaleta folosindu-se apă caldă și, eventual, săpun pentru bebeluși. Se va evita, pe cât este posibil, folosirea șervețelilor umede.

Când vine vorba de produsele de igienă, mai simplu și mai puțin e mai bine. Nu aveți nevoie de multe săpunuri și loțiuni pentru a îngriji pielea bebelușului. Câteva produse sunt esențiale și e bine să le aveți la îndemână:

- șampon și săpun blând pentru copii;
- șervețele pentru bebeluși care nu conțin parfum și coloranți;
- cremă pentru scutece.

Igiena buricului bebelușului

Buricul nou-născutului are nevoie de o îngrijire aparte. Unii medici sugerează ca zona să fie tamponată cu alcool sanitar până când bontul de cordon ombilical se usucă și cade. Acest lucru se întâmplă, de obicei, în 10 zile până la 3 săptămâni după naștere. Alți pediatri recomandă să nu se intervină în niciun fel, ci să fie lăsat să se usuce și să cadă singur.

De asemenea, sunt medici care spun că e mai bine ca, până la căderea buricului, zona să fie menținută uscată, adică să nu fie îmbăiat copilul, ci să folosească dușul, evitând să intre apă în zona cordonului ombilical încă nedetașat. Alții, din contră, sunt de părere că bebelușul trebuie spălat normal, cu condiția ca, după baie, să fie uscată bine zona prin tamponare.

Pediatrii obișnuiau să recomande curățarea bazei buricului cu alcool, însă majoritatea preferă acum ca bontul să fie lăsat în pace, întrucât alcoolul poate irita pielea și, uneori, poate întârzia vindecarea. Unii dintre ei recomandă aplicarea unei soluții cu iod, iar alții o pudră cu antibiotic (în condițiile în care la nivelul buricului apare o secreție purulentă). Toți cad însă de acord că zona trebuie lăsată cât mai mult liberă și, pe cât posibil, evitată acoperirea cu scutece sau cu haine.

Cel mai sigur este discutarea cu medicul copilului și urmarea sfaturilor lui. Părinții nu trebuie să se îngrijoreze cu privire la buricul bebelușului decât dacă observă următoarele simptome:

- supurarea unui lichid alb-gălbui (puroi);
- sângerare;
- durere;
- înroșirea sau umflarea zonei;
- degajarea unui miros urât.

Schimbarea scutecului

Igiena bebelușului este extrem de importantă în primele luni de viață, iar schimbarea scutecului este o parte esențială din acest proces. În primele luni de viață ale copilului, părinții trebuie să se pregătească pentru aproximativ 10 schimbări de scutec pe zi.

În primele zile de viață, copilul va elimina meconiu, o substanță neagră, lipicioasă, asemănătoare gudronului. Până în a treia zi, scaunul bebelușului se va mai subția. Cât de des va trebui schimbat scutecul nou-născutului variază în funcție de modul în care este hrănit copilul: la sân sau cu lapte praf.

Bebelușii alăptați vor avea, de obicei, mai multe scaune pe zi, iar cei hrăniți cu formulă de lapte, mai puține. Oricum, scutecul copilului trebuie schimbat o dată la două-trei ore. Dacă scutecul este doar umed cu urină, nu trebuie schimbat imediat. În cazul scaunului, însă, bebelușul trebuie schimbat imediat pentru a evita iritația.

Înainte de a schimba scutecul copilului, părinții trebuie să se asigure că au la îndemână toate produsele necesare, pentru a nu fi nevoiți să lase bebelușul nesupravegheat pe pat sau pe masa de înfășat. Vor avea nevoie de:

- un scutec curat;
- unguent pentru scutec;
- șervețele umede (sau un recipient cu apă caldă și o cârpă curată).

Apoi, trebuie urmați acești pași:

- întinderea copilului pe o masă de înfășat sau pe o suprafață plană;
- scoaterea hainelor bebelușului;
- desfacerea scutecului murdar, plierea părții din față în jos, astfel încât să se poată avea acces la zona scutecului;
- curățarea zonei scutecului cu un șervețel umed sau cu o cârpă umedă, ștergând din față în spate și în pliurile pielii;
- ridicarea ușoară a picioarelor bebelușului, scoaterea scutecului murdar și înlocuirea cu unul curat;
- aplicarea cremei sau loțiunii de protecție;
- tragerea scutecului printre picioarele bebelușului, apoi fixarea și lipirea lui; părintele trebuie să se asigure că încap două degete între pielea copilului și scutec, astfel încât să nu fie prea strâns;
- aruncare scutecului vechi, îmbrăcarea copilului și spălarea mâinilor.

Iritația de scutec

Iritația de scutec îi preocupă pe mulți părinți, fiind o erupție cutanată, destul de frecventă, care apare când pielea sensibilă a bebelușului este iritată de scutecul umed sau murdar. Apar umflături și pete roșii, care dispar însă în câteva zile cu băi calde, cremă de protecție și, cât se poate, pielea lăsată la aer, fără scutec.

Dacă erupția persistă mai mult de 3 zile sau pare să se agraveze, părinții trebuie sfătuiți să contacteze medicul, întrucât erupția poate fi cauzată de o infecție fungică ce necesită tratament special.

Igiena nasului, a gurii și a ochilor la bebelușul nou-născut

Dimineața și seara, după baie, bebelușul are nevoie de o toaletă riguroasă a ochilor, nasului și gurii.

Îngrijirea ochilor

Secreția glandelor lacrimale, care curăță natural ochii, apare în a doua lună de viață. Pentru curățarea ochilor se folosesc doar materiale sterile umezite cu ser fiziologic, iar toaletarea oculară se face cel puțin o dată pe zi sau de fiecare dată când este nevoie.

Este foarte important să se ștergă ochii nou-născutului cu comprese sterile diferite pentru fiecare ochi în parte, dinspre colțul extern spre cel intern, cu o mișcare lină, fără să apăsați. Nu trebuie frecăți ochii și nici curățați cu degetul.

Unii bebeluși pot avea o scurgere gălbuie sau o crustă în ochi sau pe pleoapă, care este, de obicei, cauzată de un canal lacrimal blocate. Această condiție poate dura câteva luni. Dacă părinții observă o secreție conjunctivală persistentă, trebuie să ceară sfatul medicului neonatolog sau pediatru.

Igiena nasului

Se folosește pompița manuală (în formă de pară) pentru a curăța nasul bebelușului. Curățarea nasului se face cu blândețe (niciodată când bebe doarme!). Pentru a înmuia mucozitățile, se pot picura în fiecare nară una-două picături de ser fiziologic sau picături de apă de mare.

Nu trebuie folosite produse cu pulverizator pentru nasul bebelușului și nici pipete, ci comprese sterile înmuiate în ser fiziologic sau apă de mare. Un detaliu esențial este menținerea unui mediu cu umiditate potrivită în camera copilului, aerul uscat stimulând apariția mucozităților.

Igiena gurii

Curățarea gingiilor trebuie făcută din primele zile după naștere. Curățarea gurii copilului trebuie făcută mai ales dacă acesta este alimentat artificial, bebelușii alăptați putând amâna această operațiune în prima lună de viață.

Se folosește un degetar de silicon sau o bucată de tifon rulat pe deget și înmuiat în apă plată. Cu atenție și blândețe, se curăță gurița în interior peste tot: pe limbă, pe gingii, pe interiorul obrazilor. Toaleta gurii se poate face și cu glicerină (simplă, nu boraxată!) pusă pe o compresă sterilă.

Dacă apar pete albe pe mucoasele bucale (mai ales la copiii alăptați) poate fi vorba despre candidoza orală, care trebuie neapărat tratată.

Alimentația nou-născutului

Indiferent dacă hrănirea nou-născutului se face la sân sau cu biberonul, este posibil ca mama să fie nedumerită cu privire la cât de des trebuie să aibă loc acest proces. În general, se recomandă ca bebelușii să fie hrăniți la cerere - ori de câte ori pare să le fie foame. Bebelușul poate atrage atenția că îi este foame plângând, punându-și degetele în gură sau scoțând zgomote ca și când ar suge.

Un nou-născut trebuie hrănit la fiecare 2-3 ore. Dacă copilul este alăptat, acesta trebuie lăsat să sugă aproximativ 10-15 minute la fiecare sân. Dacă este hrănit cu formulă de lapte, cel mai probabil bebelușul va mânca aproximativ 60-90 de mililitri la fiecare hrănire.

Unii nou-născuți ar putea avea nevoie să fie treziți la fiecare câteva ore, pentru ca părinții să se asigure că au mâncat suficient. Sfatul medicului copilului este necesar în ceea ce privește trezirea pentru a-i da să mănânce sau să fie hrănit la cerere.

Dacă este hrănit cu lapte praf, e mai ușor de monitorizat cât mănâncă bebelușul la fiecare masă, dar dacă este alăptat este puțin mai complicat. Atunci când copilul pare mulțumit, produce aproximativ șase scutece umede și câteva scaune pe zi, doarme bine și se îngrașă în mod regulat, înseamnă că este hrănit suficient.

Bebeluşii înghit adesea aer în timpul hrănirii, ceea ce îi poate face agitați. Pentru a preveni acest lucru, copilul trebuie ajutat să eructeze/râgâie cât mai des. Dacă nou-născutul este balonat, are reflux gastroesofagian sau pare agitat în timpul alăptării trebuie ajutat să elimine aerul din stomac după fiecare 30 de mililitri de lapte sau la fiecare 5 minute.

Metode pentru eructare:

- copilul trebuie ținut în picioare, cu capul pe umărul părintelui: se sprijină capul și spatele bebelușului în timp ce acesta este bătut ușor pe spate cu cealaltă mână;
- copilul poate fi așezat în poală: pieptul și capul bebelușului se sprijină cu o mână și se folosește cealaltă mână pentru a-l bate ușor pe spate;
- se întinde copilul cu fața în jos în poală: se sprijină capul bebelușului, părintele asigurându-se că este mai sus decât pieptul lui și se mângâie sau se freacă ușor pe spate.
- Întotdeauna sugarul trebuie pus să eructeze după masă, apoi trebuie ținut în poziție verticală timp de cel puțin 10-15 minute pentru a evita regurgitarea.

Somnul nou-născutului

Ca proaspăt părinte, acesta trebuie să știe că bebelușul, care pare să aibă nevoie de atenție în fiecare minut al zilei, doarme, de fapt, aproximativ 16 ore sau mai mult pe zi.

Nou-născuții dorm, de obicei, în reprize de 2-4 ore. Părinții nu trebuie să se aștepte ca micuțul să doarmă noaptea - sistemul digestiv al bebelușilor este atât de mic, încât au nevoie de hrană la fiecare câteva ore. Abia după 3 luni, aceștia se pot aștepta ca cel mic să doarmă 6-8 ore legate, dar nu trebuie să fie îngrijorați nici dacă nu-și reglează astfel orarul de somn.

La fel ca adulții, bebelușii trebuie să-și dezvolte propriile modele și cicluri de somn, așa că dacă nou-născutul crește în greutate și pare sănătos, nu este nicio problemă dacă nu a dormit toată noaptea la vârsta de 3 luni.

Este important întotdeauna ca bebelușul să doarmă pe o parte sau pe alta, pentru a reduce riscul sindromului morții subite. Se va folosi „poziția de siguranță”, adică sub salteaua pe care doarme bebelușul se va pune în dreptul capului acestuia, de exemplu, un prosopel, astfel încât să stea pe un plan oblic și nu orizontal.

De asemenea, este de evitat să se pună în pătuțul lui păături, animale de pluș sau perne, cu care se poate sufoca. Părinții se vor asigura că alternează poziția capului bebelușului de la noapte la noapte (întâi la dreapta, apoi la stânga și așa mai departe) pentru a preveni dezvoltarea unei zone plate pe o parte a capului.

Mulți nou-născuți „amestecă” ziua cu noaptea, adică tind să fie mai treji și mai alerți noaptea și mai somnoroși în timpul zilei. O modalitate de a-i ajuta este menținerea stimulării pe timp de noapte la minimum, cu luminile la intensitate scăzută, de exemplu, iar în timpul zilei, părintele trebuie să se joace și să vorbească cât mai mult cu ei.

Cum trebuie ținut în brațe un bebeluș

Dacă nu ați petrecut mult timp în preajma nou-născuților, fragilitatea acestora poate fi intimidantă. Iată câteva elemente de bază pe care să le rețină un părinte:

- Spălarea pe mâini (sau folosirea unui dezinfectant) înainte de a lua în brațe copilul; bebelușii nu au încă un sistem imunitar puternic, așa că sunt expuși riscului de infecție. toți cei care se ocupă de copil trebuie să aibă mâinile curate;
- întotdeauna capul și gâtul bebelușului se suțin;
- niciodată bebelușul nu se scutură/zgâlțâie, nici în joacă, nici la nervi; șocul poate provoca sângerări la nivelul creierului și chiar moartea. Dacă nou-născutul trebuie trezit, trebuie gădilat ușor la picioare sau se suflă ușor pe obraz;
- bebelușul nu este pregătit fizic pentru un joc dur, cum ar fi să fie zguduit pe genunchi sau aruncat în aer.

VACCINAREA / IMUNIZAREA COPIILOR

Ce este imunizarea?

Imunizarea este cea mai bună și mai sigură modalitate de a preveni îmbolnăvirea copilului dvs. cu diferite boli infecțioase. Bebelușilor li se administrează vaccinuri care stimulează organismul să producă anticorpi. Aceștia reprezintă sistemul natural de apărare al organismului, care luptă împotriva bolilor infecțioase. Imunizarea ajută organismul să lupte cu infecția în cazul în care copilul intră în contact cu boala.

De ce este nevoie de imunizare?

În întreaga lume, milioane de oameni mor în fiecare an din cauza bolilor infecțioase. Multe dintre aceste boli au devenit foarte rare în Irlanda de Nord și este posibil să fi auzit foarte puține lucruri despre ele. Au devenit rare pentru că noi am implementat la scară mare vaccinările, iar acestea au fost foarte eficiente în eradicarea bolilor. Totuși, în alte colțuri ale lumii aceste boli sunt încă răspândite și, odată cu creșterea nivelului călătoriilor în țări străine, acestea ar putea fi reintroduse în Irlanda de Nord, putând afecta orice copil care nu a fost vaccinat.

Este foarte important să nu se uite cât de grave pot fi aceste boli. Copiii mici sunt cei mai vulnerabili la aceste infecții, motiv pentru care trebuie protejați cât mai devreme posibil. Pentru ca protecția să fie completă, sunt necesare mai multe vaccinuri, prin urmare este important să fie făcute pe toate cele cuprinse în program.

În cazul în care unui bebeluș nu i s-au administrat vreunul dintre vaccinuri, încă le mai poate primi pe majoritatea dintre ele, chiar după o pauză mare. Trebuie discutat cu medicul de familie sau cu asistenta care face vizite la domiciliu pentru a stabili administrarea dozei pe care nu a primit-o. Nu este necesară reînceperea schemei de vaccinare.

Cele mai importante întrebări și răspunsuri despre vaccinarea copiilor

Curentul actual din mediul online, care încurajează părinții să nu-și vaccineze copiii, poate să îi pună într-o situație dificilă pe cei care se gândesc la sănătatea bebelușilor și a copiilor. De aceea, este importat ca fiecare părinte să afle răspunsuri la unele dintre cele mai importante întrebări legate de vaccinare

1. Cum știe un părinte când trebuie să-și vaccineze copilul?

Există o schemă națională de vaccinare conform căreia vaccinurile se administrează la anumite vârste. Aceasta schemă trebuie consultată mereu. O altă metodă prin care se poate afla când trebuie vaccinat copilul este carnetul de vaccinări. De altfel, la o vizită de rutină la medicul pediatru sau la medicul de familie se poate afla ce vaccin urmează să primească bebelușul sau copilul și când se va întâmpla acest lucru.

2. Se poate refuza vaccinarea?

Da, vaccinarea poate fi refuzată, însă nu este recomandat deloc acest lucru, deoarece copilul va fi vulnerabil în fața bolilor și poate dezvolta complicații serioase în cazul îmbolnăvirii. Opărintele trebuie să se informeze doar din surse credibile și să dea copilului șansa la o sănătate optimă.

3. Ce se întâmplă dacă nu a fost vaccinat copilul la timp?

Părintele trebuie să se prezinte la medic și să stabilească cu el când va avea loc administrarea vaccinului.

4. Există efecte adverse la administrarea vaccinului?

Niciun medic nu poate garanta faptul că vaccinul administrat copilului nu va avea efecte adverse. În cele mai multe cazuri, poate fi vorba despre o febră ușoară, stare de iritabilitate, roșeață în zona înțepăturii sau umflare ușoară a zonei. În puține cazuri, efectele adverse ale vaccinului pot fi mai serioase, dar acest lucru nu înseamnă că el nu trebuie administrat.

5. Copiii născuți prematur pot fi vaccinați mai târziu?

Chiar dacă un copil s-a născut prematur, el trebuie vaccinat în funcție de vârstă, după schema de imunizare. Pentru ei, vaccinarea la timp este cu atât mai importantă cu cât sunt mai sensibili și mai vulnerabili la boli.

6. Copilul răcit în ziua vaccinării, mai trebuie vaccinat?

Da. Un copil răcit, care nu are febra, poate fi vaccinat conform programării facute. Dacă, în schimb, are stări febrile, vaccinarea ar trebui amânată. Oricum, medicul este cel care poate oferi mai multe sfaturi, în funcție de simptomele bolii copilului.

Boli ce pot fi prevenite prin vaccinare

Boala	Descriere	Riscuri
Rujeola (pojar)	Rujeola este o boală extrem de contagioasă cauzată de un virus care se transmite prin tuse și strănut, contact direct cu o persoană infectată sau contact direct cu secreții infectate ale nasului sau gâtului. O persoană infectată poate transmite rujeola începând cu patru zile înainte de	Complicațiile cele mai grave includ: • orbirea; • encefalita (o infecție care provoacă congestionarea creierului); • diaree severă și deshidratare consecutivă; • infecții ale urechii;

	debutul erupției cutanate, până la patru zile după apariția acesteia.	• infecții respiratorii severe, precum pneumonia. În cazurile cele mai grave complicațiile rujeolei pot fi fatale.
Rubeola (pojarul german)	Rubeola este o boală virală care se transmite prin contact direct cu o persoană infectată, tusea sau strănutul acesteia. Boala este cel mai mult contagioasă pe durata erupției cutanate, dar se poate transmite cu 7 zile înainte de erupție. Persoanele devenite asimptomatice pot totuși transmite rubeola.	La copii, rubeola este de obicei o boală ușoară care durează 1-2 zile, dar, în cazuri rare, pot apărea și probleme grave. Acestea includ infecții cerebrale (ale creierului) și sângerări. Rubeola este cea mai periculoasă pentru fetele gravide infectate: sindromul rubeolei congenitale poate provoca avort spontan sau malformații congenitale, cardiace, de exemplu, conducând uneori la surditate și dizabilități intelectuale.
Rotavirusul	Rotavirusul se găsește în materiile fecale ale persoanelor infectate și se transmite prin mâini, scutece (inclusiv mobilierul utilizat la înfășat) sau obiecte la îndemână copiilor precum jucăriile sau clanțele ușilor	Diareea și vărsăturile pot dura trei - opt zile și pot duce la o deshidratare accentuată, care netratată poate fi mortală. Copiii sub cinci ani, mai ales cei între șase luni și doi ani, sunt cei mai vulnerabili.
Oreionul	Oreionul se transmite prin tusea, strănutul sau saliva persoanei infectate cu virusul specific. Oreionul se poate transmite înainte de mărirea în dimensiuni a ganglionilor limfatici și încă cinci zile după acestea.	La cei mai mulți copii oreionul este destul de ușor, dar la alții poate cauza probleme grave, de durată. Acestea includ meningită (o infecție gravă a membranelor ce învelesc creierul și măduva spinării) și surditatea. În cazuri rare, oreionul poate deveni letal.
Bacteria Streptococcus pneumoniae (SP)	Bacteria Streptococcus pneumoniae (SP) produce boala pneumococică. Bacteria se transmite de la persoana infectată pe cale aeriană, de exemplu prin strănut sau tuse de la o persoană infectată sau purtătoare a bacteriei. Meningita pneumococică reprezintă o formă gravă dată de acesta bacterie.	Meningita pneumococică poate duce la dizabilități de durată sau chiar la deces. Infecțiile pneumococice sunt dificil de tratat, deoarece unele dintre tulpinile SP sunt rezistente la antibiotice.
Varicela de vânt	Varicela, cunoscută și sub denumirea populară de vârsat de vânt, este o boală infecțioasă eruptivă acută generalizată, provocată de virusul varicelo-zosterian, din familia virusurilor herpetice.	Varicela poate da complicații, cele mai grave fiind următoarele: • encefalita: o inflamație la nivelul creierului, care poate da tulburări de vedere, de mers, varsături, somnolență; • pneumonie variceloasă: o infecție a alveolelor pulmonare; • sindromul de șoc toxic: cauzat de suprainfectarea veziculelor cu streptococ sau stafilococ; complicația poate evalua rapid și poate fi fatală; • zona zoster: chiar dacă simptomele varicelei sunt eliminate, virusul varicelo-zosterian rămâne în corp, într-o stare latentă, la nivelul rădăcinilor nervoase.

		Dacă imunitatea este scăzută, virusul se poate reactiva, cauzând zona zoster; • infecția sângelui (septicemie); • deshidratare.
Meningita	Cel mai cunoscut tip de Hib este meningita. Hib este o bacterie ce poate cauza îmbolnăvire. De obicei, bacteria Hib localizată în nasul și gâtul unei persoane nu provoacă boala. Dacă însă bacteria se raspândește în plămâni sau în sânge, persoana se poate îmbolnăvi. Hib se răspândește prin tuse sau strănut.	Boala cauzată de Hib este foarte periculoasă. Complicațiile pot include: • meningita; • epiglotita (congestionarea severă a cartilajului la baza limbii); • pneumonie (infecție a plămânilor); • osteomielita (inflamație a oaselor și articulațiilor); • celulita (inflamație a țesutului subcutanat, al feței în speță). Aceste complicații se pot dezvolta rapid, iar meningita și epiglotita pot fi fatale. Copiii care supraviețuiesc meningitei Hib pot rămâne cu leziuni ale creierului sau surzi. Majoritatea copiilor cu boala Hib necesită îngrijire spitalicească care nu înlătură însă riscul de deces.

Calendarul național de vaccinare

Vârsta recomandată ¹⁾	Tipul de vaccinare	Comentarii
primele 24 de ore 2-7 zile	Vaccin hepatitic B (Hep B) ²⁾ Vaccin de tip Calmette Guérin (BCG)	în maternitate
2 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	medicul de familie
4 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	medicul de familie
11 luni	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic-Haemophilus B-hepatitic B (DTPa-VPI-Hib-Hep. B) Vaccin pneumococic conjugat	medicul de familie
12 luni	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	medicul de familie
5 ani	Vaccin rujeolic-rubeolic-oreion (ROR)	medicul de familie
5-6 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar-poliomielitic (DTPa-VPI)	medicul de familie
14 ani	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelar pentru adulți (dTpa)	medicul de familie

ATENȚIE!!! Decizia unui părinte de a-și vaccina copilul este vitală pentru sănătatea și starea lui de bine. Este recomandat ca orice fel de întrebări privind imunizarea să fie discutate cu medicul de familie, asistenta medicală sau asistenta medicală comunitară care face vizite la domiciliu.

Sursa

<https://www.medlife.ro/articole-medicale/totul-despre-ingrijirea-bebelușului-nou-nascut>

<https://www.doc.ro/sarcina-bebelusi-sanatatea-mamei/ingrijirea-nou-nascutului-sfaturi-esentiale>

https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Immunisation%20for%20babies%20up%20to%201%20year%20old%2006_17_ROMANIAN_Final.pdf

<https://www.unicef.org/romania/ro/boli-ce-pot-fi-prevenite-prin-vaccinare>

<https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/08/Calendar-de-vaccinare-2022.pdf>

TEMA NR. 10 – PREVENIREA BOLILOR/INFECȚIILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ (BTS/ITS)

Timp alocat	2 ore (120 minute)	Număr participanți	Maxim 10 persoane/sesiune
Profilul participanților	Tineri (fete, băieți) 16-25 ani Adulți (femei, bărbați) 22-45 ani		
Teme abordate	Introducere în temă Informații generale ITS/BTS Stafuri prevenire ITS/BTS Recomandări finale		
Metode de livrare	Prelegere – prezentări Discuții libere Studiu de caz/demonstrație		
Materiale utilizate	Pliant realizat pe baza informațiilor culese pe internet. Materiale informative primite de la DSP sau medic de familie.		
Metode de evaluare	Aplicare chestionar 1. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – total inutilă și 5 foarte utilă), cât de utile au fost informațiile primite ? 2. Ce nu mi-a plăcut la această întâlnire? 3. Ce subiect consider că a fost cel mai important? 4. Ce subiect consider că nu a fost suficient abordat? 5. Pe o scală de la 1 la 5 (1 – foarte nemulțumit și 5 foarte mulțumit) ce notă acordați instructorului? 6. Ce recomandări aveți pentru ca sesiunile de educație în grup să fie mai eficiente?		
Observații	Se va avea în vedere organizarea unei sesiuni de evaluare după 3 luni de la finalizarea sesiunii de educație în grup pentru a evalua impactul în rândul beneficiarilor. Se recomandă participarea unui expert în domeniul medical care să aducă plus valoare procesului de instruire prin explicații amănunțite.		

Material de studiu pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară pentru pregătirea sesiunii.

PREVENIREA BOLILOR/INFECȚIILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ (BTS/ITS)**Ce sunt infecțiile cu transmitere sexuală?**

Infecțiile cu transmitere sexuală sunt în general dobândite prin contact sexual vaginal, oral sau anal. Bacteriile, virusurile sau paraziții care provoacă aceste infecții cu transmitere sexuală se pot transmite de la o persoană la alta prin sânge, spermă sau lichide vaginale. Uneori, aceste infecții pot fi transmise și pe altă cale decât cea sexuală, cum ar fi transmiterea de la mamă la făt în timpul sarcinii sau la naștere, transfuziile de sânge sau re folosirea acelor contaminate. Trichomoniasa, infecția cu parazitul *Trichomonas vaginalis*, se poate transmite și prin contactul cu obiecte umede, cum ar fi prosoape, haine sau capace de toaletă, deși este răspândită în special prin contact sexual.

Bolile cu transmitere sexuală sunt foarte comune. Acestea pot fi contractate de la persoane care par perfect sănătoase și poate nici nu știu că au o infecție. Tocmai de aceea, este deosebit de important să fim întotdeauna atenți la măsurile de igienă și să avem mereu grijă să nu întreținem relații sexuale neprotejate, în special atunci când avem mai mulți parteneri sau partenere.

Au un risc ridicat de a lua o boală cu transmitere sexuală persoanele care:

- Au mai mulți parteneri
- Întrețin relații sexuale cu o persoană care a avut mulți parteneri
- Nu folosesc prezervativ atunci când fac sex
- Folosesc la comun ace sau seringi – consumatori de droguri injectabile (predispuși Hepatita C)
- Întrețin relații sexuale pentru bani sau droguri

Atenție!!! O persoană cu BTS nu manifestă întotdeauna simptome.

În majoritatea cazurilor, bolile cu transmitere sexuală nu provoacă niciun fel de simptom specific. Există, însă, și cazuri în care pot fi asociate una sau mai multe simptome frecvente comune. Unele semne variază în funcție de fiecare boală în parte.

Simptome comune asociate bolilor cu transmitere sexuală la bărbați:	Simptome comune asociate bolilor cu transmitere sexuală la femei
• Durere sau disconfort în timpul sexului sau urinării • Răni, lovituri sau erupții pe sau în jurul penisului, testiculelor, anusului, feselor, coapselor sau gurii • Scurgere sau sângerare neobișnuită din penis • Testicule umflate • Durere la nivelul testiculelor	• Durere sau disconfort în timpul sexului sau urinării • Răni, lovituri sau erupții pe vagin, anus, fese, coapse sau gură • Scurgere sau sângerare neobișnuită din vagin • Mâncărime în sau în jurul vaginului • Bolile cu transmitere sexuală pot fi prevenite

Atenție!!! Abstința și prezervativul reprezintă cele mai sigure metode de prevenție a bolilor cu transmitere sexuală. Pentru o protecție optimă, se recomandă folosirea prezervativelor în timpul sexului vaginal, anal și oral. Prezervativele sunt în general eficiente pentru prevenirea bolilor cu transmitere sexuală care se răspândesc prin fluide corporale, cum ar fi materialul seminal sau sângele. Ele nu oferă protecție împotriva bolilor care se răspândesc prin contact piele-piele.

Efectuarea regulată a analizelor de sânge reprezintă o metodă eficientă de verificare a stării de sănătate și de identificare a unei posibile infecții cu transmitere sexuală și numai. Diagnosticul precoce și inițierea tratamentului pot ajuta la stoparea răspândirii infecțiilor.

Care sunt simptomele specifice infecțiilor cu transmitere sexuală?

Un număr crescut de agenți patogeni transmiși pe cale sexuală determină afecțiuni clinice asimptomatice, sau, în cazul în care o persoană infectată prezintă simptome, acestea sunt tardive și semnalează o evoluție îndelungată a bolii, care poate avea consecințe severe pe termen lung, fiind mult mai dificil de tratat. La adulți infecțiile cauzate de Chlamydia și gonoree pot duce la complicații pe termen lung de timpul infertilității masculine și feminine sau apariția sarcinilor ectopice (în afara uterului), pierderea sarcinii, naștere prematură și endometrite.

Infecția cu anumite tulpini oncogene de Human papilloma virus este frecvent asimptomatică și poate evolua cu modificări ale colului uterin ce pot duce în timp la apariția cancerului, iar tulpinile cu risc oncogen scăzut pot cauza apariția condiloamelor acuminate la nivelul organelor sexuale (negi genitali sau veruci genitale), perianal sau inghinal.

Herpesul genital reprezintă o boală cu transmitere sexuală cauzată de infecția cu herpes virus de tip 1 și 2 care determină apariția de leziuni genitale, anale sau orale dureroase, cu aspect de vezicule cu conținut lichidian. Infecția cu HSVII genital în primele săptămâni de sarcină poate determina avort spontan, în timp ce contactul viral la o vârstă mai mare de gestație poate determina apariția defectelor de dezvoltare intrauterină ale sistemului nervos central fetal cum sunt microcefalia sau hidrocefalia și oculare-microftalmie, keratoconjunctivita și retinita.

Trichomonas vaginalis este un parazit care se transmite în timpul contactului sexual neprotejat și afectează ambele sexe determinând inflamație, prurit și senzație de arsură la nivelul organelor genitale, disconfort la urinare și prezența de secreții anormale vaginale și uretrale. Pe termen lung infecția cu T. vaginalis

poate determina creșterea riscului infecție și cu alți patogeni transmisibili pe cale sexuală, sau al nașterii premature.

Infecțiile cu *Mycoplasma urogenitală* netratate sunt responsabile de apariția infertilității, uretritelor (mai frecvente la sexul masculin) și a pielonefritelor (infecții urinare înalte), care se manifestă prin jenă sau durere în timpul micțiunii, dureri pelvine (boala inflamatorie pelvină), disconfort la contact sexual și apariția de secreții vaginale/uretrale modificate. În cazul transmiterii patogenului prin intermediul placentei către produsul de concepție, nou născutul poate prezenta greutate scăzută la naștere, meningită sau se poate naște prematur, în timp ce infecțiile de tract respirator la sugar apar datorită infecției cu *Mycoplasma* în timpul nașterii.

Care sunt cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală?

Peste 30 de bacterii, virusuri și paraziți diferiți se pot transmite prin contact sexual. 8 dintre acești agenți patogeni sunt răspunzători de cea mai mare incidență a bolilor cu transmitere sexuală. Dintre aceste 8 infecții, 4 pot fi vindecate (sifilisul, gonoreea, chlamydia și trichomonioza), în timp ce 4 sunt infecții virale incurabile: hepatita B, virusul herpes simplex, virusul imunodeficienței umane (HIV) și virusul papiloma uman (HPV).

Cele mai comune boli cu transmitere sexuală sunt: Chlamydia, HPV, Sifilis, HIV, Gonoreea, Pediculoza pubiană, Trichomonioza și Herpes (HSV)

Chlamydia	Boala este provocată de bacteria <i>Chlamydia trachomatis</i>, se tratează prin administrarea de antibiotice și nu se manifestă întotdeauna prin semne și simptome specifice. În cazurile în care există simptomatologie, pot fi resimțite: • Durere sau disconfort în timpul sexului sau urinării • Scurgere de culoare verde sau galbenă din penis sau vagin • Dureri la nivelul abdomenului inferior Netratată, Chlamydia poate duce la: • Infecții ale uretrei, prostatei sau testiculelor • Boală inflamatorie pelvină • Infertilitate Chlamydia, nedescoperită și netratată la femeia însărcinată poate fi transmisă copilului în timpul nașterii și poate conduce la complicații severe, precum pneumonie, infecții oculare sau orbire.
HPV	Există multe tulpini diferite ale virusului papiloma uman (HPV), iar unele pot fi deosebit de periculoase, fiind asociate cu dezvoltarea mai multor tipuri de cancer: cancerul de col uterin, cancerul oral, vulvar, cancerul de penis sau de rect. Cele mai multe cazuri de cancer asociate infecției cu HPV sunt cauzate de tulpinile HPV 16 și HPV 18. Aceste două tulpini reprezintă cauza a 70% din toate cazurile de cancer de col uterin. Cea mai bună metodă de prevenție a infecției cu HPV este vaccinarea. Vaccinul împotriva infecției oferă protecție împotriva tulpinilor periculoase și este disponibil tuturor fetelor și băieților, începând cu vârsta de 15 ani. Cel mai frecvent simptom al infecției cu HPV sunt negii la nivelul organelor genitale, gurii sau gâtului.
Sifilis	Sifilisul este o altă infecție bacteriană, care adesea trece neobservată în fazele timpurii de evoluție. Primul simptom care apare este o mică rană rotundă, care se poate dezvolta pe organele genitale, anus sau la nivelul gurii. Infecția este nedureroasă, dar deosebit de contagioasă. Simptomele ulterioare ale sifilisului pot include: • Eczeme • Oboseală

	• Febră • Dureri de cap • Dureri articulare • Pierdere în greutate • Pierderea părului Netratată, boala poate duce la complicații severe precum pierderea vederii, auzului, memoriei, boli psihice, infecții ale creierului sau ale măduvei spinării, boli de inimă și chiar deces. Din fericire, descoperit în stadii precoce, sifilisul poate fi vindecat cu antibiotice. În schimb, infecția cu sifilis la nou-născut poate fi fatală. Acesta este motivul pentru care este important ca toate femeile gravide să se testeze pentru sifilis.
HIV	Virusul imunodeficienței umane (HIV) poate deteriora sistemul imunitar și poate crește riscul de alte infecții virale sau bacteriene, dar și de anumite tipuri de cancer. Netratată, infecția poate duce la SIDA. În stadii incipiente sau acute, simptomele infecției cu HIV sunt ușor de identificat și sunt asemănătoare simptomelor asociate gripei: • Febră • Frisoane • Dureri musculare • Noduli limfatici umflați • Durere de gât • Durere de cap • Greață • Erupții cutanate Aceste simptome inițiale dispar, de obicei, în aproximativ o lună. Din acel moment, o persoană poate avea infecția fără a dezvolta simptome grave sau persistente timp de mai mulți ani. Alte persoane pot dezvolta simptome nespecifice, cum ar fi: oboseală recurentă, febră, dureri de cap și diferite probleme la stomac. Nu există încă un remediu pentru infecția cu HIV, dar sunt disponibile mai multe opțiuni de tratament. Inițiat precoce, tratamentul poate ajuta persoanele cu HIV să aibă o speranță de viață similară persoanelor fără infecție.
Gonoreea	Gonoreea este o altă infecție bacteriană cu transmitere sexuală. Multe persoane nu prezintă simptome specifice, însă, atunci când acestea se manifestă, includ: • Scurgere de culoare albă, galbenă, bej sau verde din penis sau vagin • Durere sau disconfort în timpul actului sexual sau urinării • Urinare mai frecventă decât de obicei • Mâncărime în jurul organelor genitale • Durere de gât Gonoreea poate fi tratată de obicei cu antibiotice. Netratată, poate duce la complicații serioase precum: infecții ale uretrei, prostatei sau testiculelor, boală inflamatorie pelvină și infertilitate. Infecția poate fi transmisă și de la mamă la nou-născut, în timpul nașterii, cauzând probleme grave de sănătate la copil.
Pediculoza pubiană	Păduchii genitali (pubieni, lăței sau crabi) sunt insecte minuscule care se instalează în părul pubian și se hrănesc cu sânge, asemenea păduchilor luați de copii în școli și grădinițe. Păduchii genitali se pot transmite altor persoane prin contact piele-piele sau prin folosirea în comun a hainelor, lenjeriei de pat sau a prosoapelor. Simptomele comune ale infecției cu păduchi pubieni includ: • Mâncărime în jurul organelor genitale sau anusului • Mici umflături roz sau roșii în jurul organelor genitale sau anusului

	• Febră mică • Lipsă de energie • Iritabilitate Păduchii pubieni pot fi îndepărtați prin tratamente topice și pensete. De asemenea, se recomandă o igienizare generală a casei, hainelor, lenjeriilor de pat și prosoapelor.
Trichomonioza	Trichomonioza este cauzată de un mic parazit – <i>Trichomonas vaginalis</i> – care poate fi transmis de la o persoană la alta prin contact genital, dar și prin contactul cu obiecte umede, cum ar fi prosoape, haine sau capace de toaletă. Simptomele : • Scurgere din vagin sau penis urât mirositoare • Senzație de arsură sau mâncărime în jurul vaginului sau a penisului • Durere sau disconfort în timpul urinării sau în timpul actului sexual • Urinare frecventă Trichomonioza se tratează cu antibiotice. Netratată, boala poate duce la infecții ale uretrei, boală inflamatorie pelvină și infertilitate.
Herpes	Herpesul este termenul prescurtat pentru virusul herpes simplex (HSV). Există două tulpini principale ale virusului – HSV-1 și HSV-2 – și ambele pot fi transmise sexual. Este o boală foarte frecventă, afectând mai mult de o persoană din 6, cu vârste cuprinse între 14 și 49 de ani. HSV-1 cauzează în primul rând herpes oral și se manifestă prin apariția unor ulceratii la nivelul gurii. Cu toate acestea, HSV-1 poate fi transmis prin sex oral unei alte persoane, provocând herpes genital. Cea de-a doua tulpină a virusului, HSV-2, cauzează în primul rând herpes genital. Dacă o femeie însărcinată are herpes, poate să transmită infecția fătului în timpul sarcinii sau la naștere. Acest așa-numit herpes congenital poate fi foarte periculos pentru nou-născuți. În general, herpesul se vindecă de la sine în câteva săptămâni. Nu există încă un remediu pentru acest tip de infecție. Există numai medicamente care ajută la controlul simptomelor și la reducerea riscului de transmitere a infecției partenerului sexual.

Tratarea infecțiilor cu transmitere sexuală

Medicul dermatovenerolog este cel care va stabili diagnosticul în urma analizelor de laborator și a controalelor de specialitate. Tratamentul imediat după diagnosticare și aplicat corect de pacient asigură vindecarea destul de rapidă. Importante sunt însă măsurile preventive, în special folosirea mijloacelor de protecție în timpul actului sexual.

Prevenirea bolilor cu transmitere sexuală

Există mai multe modalități de a evita sau de a reduce riscul de a contracta boli cu transmitere sexuală.

- **Abstința sexuală.** Cea mai eficientă modalitate de a evita infectarea este să nu aveți contact sexual cu partenerul, dacă știți că acesta suferă de o infecție cu transmitere sexuală.
- **Relația monogamă** pe termen lung. Schimbarea frecventă a partenerului sexual poate fi riscantă din punct de vedere al infecțiilor cu transmitere sexuală. De aceea, o modalitate de evitare a acestor boli este de a rămâne într-o relație pe termen lung.
- **Testarea.** Evitați contactul sexual cu parteneri noi până când nu ați fost testați amândoi pentru boli cu transmitere sexuală.
- **Vaccinarea.** Vaccinarea înainte de începerea vieții sexuale, este, de asemenea, eficientă în prevenirea anumitor tipuri de afecțiuni. Vaccinurile sunt disponibile pentru a preveni papilomavirusul uman (HPV), hepatita A și hepatita B.
- **Folosirea prezervativului.** Folosiți un prezervativ din latex pentru fiecare act sexual. Prezervativele din membrane naturale nu sunt recomandate deoarece nu sunt la fel de eficiente în prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală.

Întrebări frecvente despre bolile cu transmitere sexuală

1. Ce cauzează bolile cu transmitere sexuală (BTS)?

Bolile cu transmitere sexuală pot fi cauzate de bacterii, fungi, viruși și paraziți.

2. Sunt prezervativele singura modalitate eficientă de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală?

Da. În cazul anumitor infecții cu transmitere sexuală, prezervativul este printre singurele metode contraceptive care oferă și protecție împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală.

3. Care este diferența dintre boală și infecție cu transmitere sexuală?

Diferența dintre cei doi termeni este că nu toate infecțiile cu transmitere sexuală se manifestă simptomatic sau se transformă în boală.

4. Igiena corespunzătoare după contactul sexual poate preveni infecțiile cu transmitere sexuală?

Igiena intimă este foarte importantă, însă, cu toate acestea, nu există dovezi că igiena intimă previne infecțiile cu transmitere sexuală.

5. Cât de des trebuie să se testeze cineva pentru bolile cu transmitere sexuală?

Testarea pentru bolile cu transmitere sexuală depinde de frecvența contactelor intime. În general, este recomandat ca o persoană activă sexual să se testeze cel puțin o dată pe an.

6. Este adevărat că anumite boli cu transmitere sexuală nu se manifestă simptomatic?

Da, unele infecții și boli cu transmitere sexuală pot fi prezente fără să cauzeze simptome, iar altele pot manifesta simptome la mult timp după infectare. De exemplu, gonoreea și chlamydia pot fi prezente fără niciun simptom.

7. Bolile cu transmitere sexuală se pot transmite prin sex oral?

Da! Există riscul de a contracta sau de a transmite boli cu transmitere sexuală prin sex oral.

8. Anticoncepționalele oferă protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală?

Anticoncepționalele au rolul doar a preveni sarcina și nu oferă niciun fel de protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală

Sursa

<https://www.medicover.ro/despre-sanatate/bolile-cu-transmitere-sexuala-manifestari-si-diagnostic,487,n,295>

<https://smartmedic.ro/8-cele-mai-frecvente-boli-cu-transmitere-sexuala/>

https://www.sfatulmedicului.ro/Sex-si-erotism/cum-pot-fi-prevenite-bolile-cu-transmitere-sexuala_16007

<https://www.medic.chat/boli-cu-transmitere-sexuala/#prevenirea-bolilor-cu-transmitere-sexuala>

BIBLIOGRAFIE

Daniel Radulescu *“Mediere sanitară în contextul programului de asistență medicală comunitară- ghid practic pentru APL”*, Sastipen, 2015

Daniel Radulescu *“Mediere sanitară în contextul programului de asistență medicală comunitară- ghid practic pentru APL- editie revizuita”*, Sastipen, 2021

Daniel Radulescu, *“Suport curs calificare mediere sanitară”*, Sastipen, 2020.

Daniel Radulescu, *Intre proiectare si necesitate: Evaluarea impactului politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății*, SNSPA, 2014

Georgel Radulescu, Mariana Sandu, Eugenia Bratu, Daniel Radulescu, *“Suport curs instruire mediere sanitară”*, Sastipen, 2014.

Daniel Radulescu, *Programul de mediere sanitară între necesitate și inovatie*, Revista Perspective Politice, 2012

Lavinia Nanu, Daniel Rădulescu, Hanna Dobronăuțeanu, Cristina Jitariu, Corina Raicu, *“Manualul mediatorului sanitar”*, Agentia Națională pentru Romi, 2008

Mariana Buceanu, *“Ghidul mediatorului sanitar”*, Romani CRISS, 2001

Mariana Buceanu, Daniel Radulescu, Daniela Iancu, *“Manualul mediatorului sanitar pentru sanatatea familiei și a comunității”*, JSI Reseach & Training Institute, 2004

Legislație utilizată

- ORDIN nr. 619 din 14 august 2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002, emis de Ministerul Sănătății și Familiei, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 655 din 3.09.2002, abrogat.
- HOTĂRÂRE nr. 430 din 25 aprilie 2001 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010, abrogate.
- O.U.G. nr 18 din 27 februarie 2017- privind asistență medicală comunitară
- Legea nr 180 din 18 iulie 2017 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr 18/2017 privind asistență medicală comunitară
- Hotarare de Guvern 324/2019 - NORME METODOLOGICE din 23 mai 2019 privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară
- O.U.G. nr 8 din 22 februarie 2018 privind reglementarea unor măsuri în domeniul sănătății
- Hotarare de Guvern nr 560 /2022 pentru aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027
- O.U.G. nr 162 din 12 noiembrie 2008
- Legea nr. 215 din 23.04.2001 privind administrația publică locală
- Legea 477/2004 privind Codul de conduită a personalului contractual din autoritățile și instituțiile publice
- Legea nr. 53/24.01.2003 Codul muncii, republicat

Surse documentare internet

<https://www.g4media.ro/istoria-conflictelor-interetnice-din-anii-90-sute-de-case-distruse-si-populatii-stramutate-in-localitati-in-care-romanii-si-maghiarii-s-au-ridicat-impotriva-romilor.html>
<https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistentă-medicală-comunitară.pdf>

<https://www.aspms.ro/documente/10cp19.pdf>

<https://www.drmax.ro/articole/reguli-de-igiena-pentru-copii>

<https://www.spatulconstruit.ro/articol/5-sfaturi-pentru-o-viata-sanatoasa-igiena-locuintei-tale/25900>

<https://suntparinte.md/infografic-spalatul-pe-maini-cei-sase-pasi-obligatorii/>

https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf

https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf

<https://mamisicopilul.ro/igiena-adolescentului/>

https://www.sfatulmedicului.ro/Educație-pentru-sanatate/cele-mai-contagioase-boli_11793

<https://affidea.ro/serviciu/boli-infectioase/>

<https://www.medlife.ro/articole-medicale/ce-sunt-bolile-cronice-si-cum-pot-fi-prevenite>

https://www.sfatulmedicului.ro/Diverse/bolile-cronice_9603

<https://www.arcadiamedical.ro/medinfo/managementul-medical-al-bolilor-cronice>

<https://insp.gov.ro/2023/02/01/sanatatea-reproducerii-dreptul-si-responsabilitatea-ta/>

https://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicală/sanatatea-reproduceri

<https://maternitateagiulesti.ro/2019/07/30/planificarea-familiala/>

<https://ghidurimedicale.ro/pacienti-files/ingr-prenatale.pdf>

https://www.sfatulmedicului.ro/Cum-sa-te-ingrijesti-in-sarcina/ingrijirea-prenatala_9715

<https://mamisicopilul.ro/lauzia/>

<https://www.totuldespresarcina.ro/etapele-lehuziei/>

<https://www.copilul.ro/bebelusi/alaptare/ghidul-complet-pentru-alimentatia-nou-nascutului-a18110.html>

https://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicală/alimentatia-nou-nascutilor

<https://www.medlife.ro/articole-medicale/totul-despre-ingrijirea-bebelusului-nou-nascut>

<https://www.doc.ro/sarcina-bebelusi-sanatatea-mamei/ingrijirea-nou-nascutului-sfaturi-esentiale>

https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Immunisation%20for%20babies%20up%20to%201%20year%20old%2006_17_ROMÂNIAN_Final.pdf

<https://www.unicef.org/românia/ro/boli-ce-pot-fi-prevenite-prin-vaccinare>

<https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/08/Calendar-de-vaccinare-2022.pdf>

<https://www.medicover.ro/despre-sanatate/bolile-cu-transmitere-sexuala-manifestari-si-diagnostic,487,n,295>

<https://smartmedic.ro/8-cele-mai-frecvente-boli-cu-transmitere-sexuala/>

https://www.sfatulmedicului.ro/Sex-si-erotism/cum-pot-fi-prevenite-bolile-cu-transmitere-sexuala_16007

<https://www.medic.chat/boli-cu-transmitere-sexuala/#prevenirea-bolilor-cu-transmitere-sexuala>

DESPRE AUTORI

	Dr. Daniel RADULESCU Daniel Radulescu, doctor în sociologie, este expert de etnie romă specializat în domeniul politicilor publice de sănătate și incluziune socială a romilor, cu peste 20 de ani de activitate în mișcarea romilor. Este membru-fondator al organizației Sastipen, cu experiență în domeniul medierii sanitare de peste 20 de ani, formator în domeniul medierii sanitare încă din anul 2002, cu experiență în realizarea de manuale/ghiduri, articole în domeniul medierii sanitare, cu experiența de peste 10 ani în realizarea de recomandări de politica publică în domeniul sănătății romilor și cu o experiență de peste 15 ani în realizarea de recomandări de îmbunătățire a legislației care reglementează activitatea de mediere sanitară. De asemenea, experiența sa, de peste 15 de ani în activitatea de asistență tehnică, monitorizare și evaluare a activității de mediere sanitară, face ca, în prezent, acesta să coordoneze echipa de formatori ai Sastipen, responsabili de procesul de calificare și instruire continuă a mediatorelor sanitare.
	Dr. Mariana SANDU Mariana Sandu, doctor în sociologie, vorbitoare de limba romani, este expert de etnie romă, specializată în domeniul politicilor publice pentru romi, incluziunea socială a comunităților vulnerabile cu romi, elemente de cultură, identitate și istoria romilor, antropologie și lucru în comunități vulnerabile. În perioada 2012-2018 a coordonat Unitatea de Asistență Tehnică Monitorizare și Evaluare a activității de mediere sanitară din cadrul organizației Sastipen și are o experiență de peste 10 ani în domeniul monitorizării activității de medierii sanitare. Este formator în domeniul medierii sanitare și are experiența în dezvoltarea de concepte de campanii IEC, adaptate diversității culturale ale comunităților cu romi, având și experiență în documentarea de studii de caz din domeniul medierii sanitare care au stat la baza dezvoltării de ghiduri și instrumente de lucru pentru mediatorele sanitare. În prezent face parte din echipa de master-formatori ai Asociației ”Sastipen” și este, în specul, responsabilă de familiarizarea și informarea participantelor la cursurile de calificare și instruire continuă cu privire la elementele de cultură și tradiție a comunităților tradiționale cu romi.
	As. Med. Nicoleta FILIP Nicoleta Filip, asistent medical generalist, este expert de etnie romă, specializată în asistență medicală, angajată a Spitalului Clinic CF nr. 2 București, secția cardiologie. Deține o experiență de peste 5 ani în domeniul livrării sesiunilor de educație pentru sănătate adresate membrilor comunităților vulnerabile și a participat la diferite seminarii/conferințe sesiuni de instruire care au contribuit la dezvoltarea ei profesională. În perioada studenției, alături de alți tineri romi studenți în cadrul facultăților de medicină, a participat la un program de dezvoltare personală organizat de Asociația Sastipen, program care a contribuit la dezvoltarea ei personală și profesională. În prezent, datorită experienței profesionale în domeniul medical, este parte din echipa de formatori ai organizației Sastipen, responsabilă de livrarea sesiunilor de educație pentru sănătate, respectiv instruirea și familiarizarea mediatorelor sanitare cu elemente ce țin de prevenție, monitorizare și tratarea bolilor.

VOLUMUL 3

ROLUL ADMINISTRATIEI PUBLICE LOCALE IN PROCESUL DE GESTIONARE A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARE

Material realizat de experții asociației Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen în cadrul proiectului cu numărul 8362-RO “*Reformă în Sectorului Sănătății – Îmbunătățirea calității și eficienței sistemului de sănătate/ Health Sector Reform – Improving Health System Quality and Efficiency Project*” implementat de Ministerul Sănătății, prin Unitatea de Management al Proiectului (UMP), cu sprijin financiar oferit de International Bank for Reconstruction and Development (IBRD).

-2023-

ROLUL ADMINISTRATIEI PUBLICE LOCALE IN PROCESUL DE GESTIONARE A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARE

Aspecte organizatorice la nivelul administrației publice locale pentru a beneficia de activitatea unui mediator sanitar

Coordonarea tehnica si metodologica a activității de mediere sanitară

Limitele angajatorului APL in relația cu mediatoarea sanitară/mediatorul sanitar

Monitorizarea satisfacției membrilor comunității cu privire la activitatea de mediere sanitară și conduita mediatoarei sanitare/mediatorului sanitar

Colaborarea cu DSP în procesul de coordonare a activității de mediere sanitară

Monitorizare, evaluare și control a activității de mediere sanitară

ROLUL ADMINISTRATIEI PUBLICE LOCALE IN PROCESUL DE GESTIONARE A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARE

Autori Dr. Soc. Daniel Radulescu si Dr. Mariana Sandu

1. ASPECTE ORGANIZATORICE LA NIVELUL ADMINISTRATIEI PUBLICE LOCALE PENTRU A BENEFICIA DE ACTIVITATEA UNUI MEDIATOR SANITAR /MEDIATOARE SANITARE

Asistență medicală comunitară cuprinde ansamblul de programe, servicii de sănătate și acțiuni de sănătate publică, derulate la nivelul comunităților locale, destinate creșterii accesului populației, în special a persoanelor și grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate centrate pe prevenție.

Asistență medicală comunitară se realizează pe baza nevoilor medico-sociale identificate prin catagrafierea populației aparținând grupurilor vulnerabile din comunități, fiind în concordanță cu politicile și strategiile guvernamentale, precum și cu cele ale autorităților administrației publice locale

Potrivit art. 5 din HG 324/2019 pentru aprobarea *Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*, structurile centrale și locale cu atribuții în asigurarea asistenței medicale comunitare sunt Ministerul Sănătății, Direcțiile de Sănătate Publică Județene și a municipiului București și autoritățile administrației publice locale.

Autoritățile administrației publice locale au obligația de a organiza servicii de asistență medicală comunitară în structurile proprii, fiind responsabile de asigurarea cu servicii de asistență medicală comunitară a populației, în special a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social, în conformitate cu legislația națională în domeniu și în limitele resurselor umane și financiare existente. Desfășurarea activităților de asistență medicală comunitară se realizează, după caz, în colaborare cu serviciile medicale, cu serviciile sociale și cu alte servicii publice, în scopul soluționării problemelor medico-socio-educative ale grupurilor vulnerabile, de la nivelul comunei, orașului, municipiului, după caz.

Care sunt atribuțiile¹ autorităților executive de la nivelul unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale în domeniul asistenței medicale comunitare?

- a) elaborează planul anual de asistență medicală comunitară la nivelul unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale respective, parte a strategiei privind dezvoltarea economică, socială și de mediu;
- b) înființează structuri și furnizează servicii de asistență medicală comunitară în beneficiul populației, în special al persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic și social, adaptate inclusiv nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități, în condițiile prezentelor norme metodologice, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și în limitele resurselor umane și financiare disponibile;
- c) identifică problemele medico-sociale ale membrilor comunității în scopul susținerii argumentate a solicitării de avizare a posturilor de asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar/meiatoare sanitară, în vederea asigurării cu servicii de asistență medicală comunitară a populației, în special a celei aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic;
- d) monitorizează și evaluează activitatea de asistență medicală comunitară la nivelul comunității, potrivit prezentelor norme metodologice, Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017;

¹ Art.8, HG 324/2019, pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

e) facilitează colaborarea personalului din asistență medicală comunitară cu personalul din servicii public de asistență socială, cu personalul din cadrul centrelor de sănătate mintală, cu medicul/medicii de familie care deservește/deservesc populația din colectivitatea locală, cu personalul medical de specialitate din cadrul unităților spitalicești, cu personalul din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, cu personalul din unitățile de învățământ și alt personal care este implicat în identificarea și soluționarea problemelor medico-socio-educative ale persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile, astfel cum sunt reglementate potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 691/2015 pentru aprobarea Procedurii de monitorizare a modului de creștere și îngrijire a copilului cu părinți plecați la muncă în străinătate și a serviciilor de care aceștia pot beneficia, precum și pentru aprobarea Metodologiei de lucru privind colaborarea dintre direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului și serviciile publice de asistență socială și a modelului standard al documentelor elaborate de către acestea.

În cazul comunităților vulnerabile de romi, autoritățile locale pot colabora cu organizații neguvernamentale și cu lideri locali pentru soluționarea problemelor socio-sanitare din respectivele comunități;

f) sprijină personalul din asistență medicală comunitară în accesarea serviciilor medicale, sociale, educative pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile identificate în colectivitatea locală, prin facilitarea comunicării cu specialiștii din domeniul medical, social și educativ, precum și prin asigurarea transportului persoanelor vulnerabile către serviciile medicale, sociale sau educative, după caz;

g) asigură respectarea criteriilor de angajare și salarizare, precum și desfășurarea activității personalului din asistență medicală comunitară potrivit atribuțiilor stabilite prin prezentele norme metodologice și Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare;

h) asigură spațiul de desfășurare a activității personalului din asistență medicală comunitară, bunurile și serviciile necesare întreținerii și funcționării activității de asistență medicală comunitară, inclusiv în forme adaptate nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități;

i) pun la dispoziție, din dotarea proprie, personalului din asistență medicală comunitară, spre folosință, un calculator, un laptop sau o tabletă, cu acces la internet, pentru desfășurarea activităților de raportare către Unitatea de Incluziune Socială din cadrul Ministerului Sănătății;

j) asigură spre folosință, în funcție de specificul local și în limitele posibilităților, un mijloc de transport pentru desfășurarea activităților de asistență medicală comunitară;

k) acoperă cheltuielile de transport pentru activitatea de teren a asistentului medical comunitar, moașei și/sau a mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare în localitățile în care aceștia furnizează servicii de asistență medicală comunitară, pentru deplasările între diferitele sate ale aceleiași/aceluiași comune/oraș, la direcția de sănătate publică județeană, pentru transportul, la nevoie, al beneficiarilor de asistență medicală comunitară către unitățile medicale sau serviciile sociale, precum și cheltuielile privind comunicarea telefonică cu beneficiarii;

l) se asigură că personalul din subordine cu atribuții în domeniul asistenței medicale comunitare, atât cel finanțat de la bugetul de stat, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, cât și cel finanțat de la bugetul local, respectă reglementările legale în vigoare privind asistență medicală comunitară, răspunde adecvat coordonării metodologice a Direcției de Sănătate Publică Județene și a Municipiului București și raportează activitatea specifică domeniului către Direcția de Sănătate Publică Județeană și a Municipiului București și către Unitatea de Incluziune Socială din cadrul Ministerului Sănătății prin introducerea datelor privind activitatea de asistență medicală comunitară în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro;

m) încheie un protocol-cadru de colaborare cu medicul/medicii de familie care deservește/deservesc populația din unitatea/subdiviziunea administrativ-teritorială. Modelul de protocol-cadru de colaborare între unitatea/subdiviziunea administrativ teritorială și medicii de familie se elaborează de

către Ministerul Sănătății în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu reprezentanții asociațiilor profesionale ale medicilor de familie și cu reprezentanți ai autorităților administrației publice locale și se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al viceprim-ministrului, ministrul dezvoltării regionale și administrației publice, în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentelor norme metodologice;

n) susține și facilitează crearea de parteneriate interinstituționale cu scopul integrării la nivel comunitar a serviciilor de sănătate, sociale și educaționale, responsabilizarea în implementarea strategiilor locale, județene și naționale în domeniu și încheierea de protocoale privind serviciile de asistență medicală comunitară, ca parte a serviciilor comunitare integrate;

o) solicită avizul prealabil și obligatoriu al direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București pentru înființarea, respectiv desființarea posturilor de asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar, finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, precum și pentru posturile finanțate de la bugetul local, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 459/2010, cu modificările ulterioare.

Practic, dacă se analizează atribuțiile în domeniul asistenței medicale comunitare regăsite în HG 324/2019 se poate constata faptul că administrația publică locală are cel mai mare rol în procesul de înființare și gestionare a structurii/echipei de asistență medicală comunitară deoarece este entitatea care are contact permanent cu membrii comunității locale și cunoaște în detaliu specificul grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic și social care locuiesc pe raza localității respective.

Cum poate dovedi APL dacă comunitatea cu romi are nevoie de un mediator sanitar/mediatoare sanitară?

Conform legislației în domeniul asistenței medicale comunitare², mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară poate fi inclusă în echipa de asistență medicală comunitară cu norma întreagă de lucru doar dacă, la nivelul unității administrativ teritoriale, se regăsește un număr minim de 700 de persoane de etnie romă, care se încadrează în categoria de persoane vulnerabile, supuse riscului de excluziune socială, proces documentat de autoritatea locală.

În situații deosebite, dacă la nivel local regăsim un număr mai mic de romi și autoritatea locală consideră justificat că aceștia au nevoie de suportul unei mediatore sanitare (mediator sanitar), conform HG 459/2010, cu modificările ulterioare și ținând cont de prevederile art. 6 din Carta europeană a autonomiei locale, adoptată la Strasbourg la 15 octombrie 1985, ratificată de România prin Legea nr. 199/1997, autoritatea locală poate să solicite DSP Județene aprobarea unui post de mediator sanitar cu normă parțială de lucru care să deservească membrii comunității locale și care să contribuie la creșterea accesului romilor la servicii de sănătate preventive și curative.

Riscul de excluziune socială a persoanelor de etnie romă care locuiesc pe raza unității administrativ teritoriale se stabilește fie prin realizarea unei analize de nevoi în rândul membrilor comunității care scoate în evidență gradul de vulnerabilitate a comunității din perspectivă socială, economică și a stării de sănătate, fie prin conlucrarea cu reprezentanții formali și informali ai comunităților cu romi (inclusiv ONG-uri ale romilor și neromilor) care, prin natura activității lor, participă alături de autoritatea locală la procesul de planificare și implementare a planurilor de măsuri locale care vin în sprijinul incluziunii sociale a populației de etnie romă, în conformitate cu strategia națională³, adoptată de Guvernul României în domeniul incluziunii romilor.

În practică, am regăsit foarte puține cazuri în care autoritatea publică locală a realizat din proprie inițiativă o analiză de nevoi în rândul populației de etnie romă pentru a fundamenta necesitatea înființării unui post de mediator sanitar/mediatoare sanitară la nivel local. De regula, inițiativa de a dezvolta activitatea de

² Art. 4, din HOTĂRÂRE nr. 459 din 5 mai 2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-socială și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările și completările ulterioare.

³ Hotărârea Guvernului nr. 560/2022 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027

mediere sanitară la nivelul comunității locale se realizează cu participarea liderilor locali ai romilor sau a organizațiilor civice ale romilor care militează pentru drepturile romilor, cunosc profilurile comunităților cu romi în care activează și au informații documentate cu privire la gradul de vulnerabilitate cu care se confrunta membrii acestor comunități.

Activitatea de mediere sanitară o regăsim în toate documentele strategice care vizează incluziunea romilor și din acest motiv este preluată în toate documentele de planificare județene și locale fără însă a fi documentată din perspectiva eficienței și eficacității.

Însă, ținând cont de prevederile HG nr. 560/2022 privind aprobarea *Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027* prin care autoritatea locală este responsabilizată să dezvolte și să implementeze planuri de măsuri în domeniul incluziunii sociale adaptate nevoilor comunităților locale cu romi și, luând în considerare necesitatea de a demonstra eficiența și eficacitatea intervenției, se recomandă ca procesul de fundamentare a necesității activității de mediere sanitară să se realizeze bazat pe un proces de cunoaștere a problemelor reale cu care se confrunta membrii comunității din punct de vedere medico-social, proces gestionat direct de autoritatea locală, bineînțeles și cu participarea liderilor formali și informal ai comunităților cu romi, membri în Grupurile de Inițiativă locală (GIL).

Cum poate dovedi APL numărul de romi care locuiesc pe raza unității administrative teritoriale?

Referitor la felul în care se determină numărul de persoane de etnie romă, trebuie menționat că sunt multe controverse care determina de multe ori un comportament pasiv din partea realizatorilor și implementatorilor de programe/proiecte/politici de incluziune adresate comunităților cu romi. Sintagma *“nu avem romi declarați oficial în localitatea noastră și nu putem face nimic să îi ajutăm”* nu are logică/suport în contextul în care respectivele zone sunt recunoscute de ceilalți locuitori ca fiind comunități locuite de de romi, comunități de cele mai multe ori sărace sau cu un nivel redus de educație, iar programul de asistență medicală comunitară are ca scop creșterea accesului populației, în special a **persoanelor și grupurilor vulnerabile**, la servicii de sănătate centrate pe prevenție în vederea diminuării riscului asociat îmbolnăvirilor tuturor membrilor comunităților locale.

Potrivit datelor provizorii prezentate la sfârșitul anului 2022 de INS, la recensământ, 569.500 de cetățeni si-au declarat oficial apartenența la etnia romilor, număr în scădere față de anul 2011 când, la recensământ, 621.600 cetățeni și-au declarat oficial apartenența la etnia romilor (3,3% din populația României). Neoficial, numărul romilor este mult mai mare, acestia numărând cca 1,8 milioane de persoane (cca 10% din totalul populației României), date menționate atât în rapoartele Consiliului Europei, Băncii Mondiale cât și în rapoartele organizațiilor civice ale romilor.

Faptul că mulți romi nu își recunosc oficial apartenența etnică este rezultatul politicilor de exterminare și ulterior asimilaționiste la care au fost supuși romii de-a lungul istoriei însă trebuie recunoscut faptul că aceștia sunt printre noi și locuiesc în comunități supuse riscului de excluziune socială. Autoritățile locale cunosc aceste comunități și au posibilitatea, **prin metoda heteroidetificării**⁴, să își asume prezența acestora în comunitățile locale și să dezvolte inițiative menite să contribuie la scoaterea lor din cercul vicios al sărăciei și excluziunii sociale.

Deci, pentru a determina numărul de romi ca beneficiari ai activității de mediere sanitară, în procesul de fundamentare și argumentare a solicitării de avizare a postului de mediator sanitar, autoritatea locală poate să utilizeze atât datele statistice oficiale, cât și date obținute prin metoda heteroidetificării, ca parte dintr-un proces, inițiat la nivel local, de identificare a nevoilor reale cu care se confruntă populația de etnie romă din punct de vedere medico-social, economic, al locuirii, s.a.

Care sunt pașii pe care trebuie să îi urmeze APL pentru a înființa un post de mediator sanitar/mediatoare sanitară?

⁴ Heteroidetificarea etnică – este actul prin care un individ este încadrat de alții ca aparținând unei anumite etnii. În general, conferirea unui etnonim unui individ are la baza criteriile asupra cărora există un consens cvasiunanim

Pasul nr. 1 - Identificarea problemelor medico-sociale ale membrilor comunității în scopul susținerii argumentate a solicitării de avizare a posturii de mediator sanitar/ mediatore sanitară.

În general, pentru a demara un proces de identificare a problemelor cu care se confruntă membrii comunităților vulnerabile cu romi în domeniul sănătății și pentru a formula un plan de acțiune, inclusiv argumentarea solicitării de avizare a postului de mediator sanitar/ mediatore sanitară, autoritatea locală trebuie să realizeze **o cercetare la nivel local care să aibă la bază** aplicarea unui set de instrumente de culegere de date (chestionar, interviuri, s.a) care are în vedere următoarele obiective:

În domeniul demografie și populație:

Ob.1 – Realizarea unui inventar al numărului real al romilor bazat pe datele oficiale ale recensământului, evaluarea autorității locale - heteroidetificare, evaluarea realizată de liderii romi și asumarea identității de către membrii comunității cu romi (adulți și copii) - autoidentificare.

Ob.2 – Realizarea unei descrieri a comunității și a gospodăriilor romilor - inclusiv acces la utilități.

Ob.3 – Realizarea unei analize a comunității cu romi bazat pe diferențele culturale ale neamurilor de romi care locuiesc în aceeași comunitate (neamuri de romi și diferențe culturale).

În domeniul actelor de identitate, stare civilă și proprietate:

Ob.4 – Realizarea unui inventar al situației actelor de identitate și stare civilă în rândul membrilor comunității cu romi.

Ob.5 – Realizarea unei analize a situației actelor de proprietate în rândul membrilor comunității cu romi pentru spațiile unde locuiesc (case, terenuri).

În domeniul social

Ob.6 – Identificarea numărului de persoane care beneficiază de Legea 416/2001 – legea venitului minim garantat - inclusiv identificarea numărului de persoane ocupate pe piața muncii.

Ob.7 – Identificarea acțiunilor de asistență socială adresată membrilor comunităților cu romi.

Ob. 8 - Identificarea numărului de cazuri de violență domestică, căsătorii timpurii, delincvență juvenilă, din respectivele comunități ce necesită serviciile unui mediator sanitar/mediatore sanitară.

În domeniul sănătate:

Ob.10 – Realizarea unui inventar al unităților medicale și farmaceutice care prestează servicii la nivel comunitar/localitate.

Ob.11 - Realizarea unei radiografii a stării de sănătate a populației de etnie romă (populație adultă și copii) – tipurile de boli cu care se confruntă populația de etnie romă.

Ob.12 - Evaluarea gradului de preocupare a persoanelor de etnie romă față de propria sănătate, inclusiv realizarea unui inventar al persoanelor asigurate medical și înscrise pe listele medicilor de familie.

Ob.13 - Evaluarea gradului de cunoaștere în rândul membrilor comunităților cu romi a măsurilor profilactice în vederea prevenirii îmbolnăvirilor.

Ob.14 - Identificarea principalelor probleme ridicate de accesarea serviciilor medicale de către membrii comunității cu romi și identificarea factorilor de risc pentru sănătate.

Bineînțeles că se pot adauga și alte obiective care pot scoate în evidență gradul de vulnerabilitate al membrilor comunităților cu romi însă, pentru a se putea fundamenta nevoia înființării postului de mediator sanitar/mediatore sanitară, este suficientă concentrarea pe obiectivele menționate mai sus.

În general, pentru realizarea notei de fundamentare a înființării postului, se utilizează metoda aplicării de chestionare în rândul membrilor comunității vizate. Pentru a avea o imagine cât mai aproape de realitate, recomandat este ca aceste chestionare să fie aplicate tuturor membrilor adulți din comunitate, însă, depinde de mărimea comunității și de numărul de persoane care locuiesc în comunitate.

Dacă într-o localitate regăsim o comunitate mică, cu minim 500 de persoane de etnie roma, recomandat este ca acest chestionar să fie aplicat tuturor persoanelor adulte. Însă, dacă într-o localitate regăsim o comunitate cu peste 2000 de persoane adulte, atunci trebuie utilizată o metodă de eşantionare⁵ a subiecţilor investigaţi care să ofere o imagine clară a situaţiei.

După finalizarea procesului de completare a chestionarelor, urmează etapa de introducere a datelor într-o bază de date şi interpretarea rezultatelor. Această etapă reprezintă o muncă mai complexă deoarece necesită o echipă de minim 2 persoane, un program pentru introducerea de date (de obicei se utilizează aplicaţia Microsoft Excel), experienţa în utilizarea aplicaţiei (realizarea de grafice, tabele, s.a) şi experienţa în interpretarea rezultatelor obţinute.

Atentie!!! *In raportul de cercetare, autorii trebuie să prezinte situaţia indentificată ținând cont de obiectivele cercetării, să formuleze recomandări realiste care să vină în sprijinul procesului de rezolvare a problemelor identificate, să descrie urgenţa intervenţiei şi să prezinte care sunt riscurile la care este supusă populaţia în cazul în care nu se intervine eficient şi la timp.*

Fişa de lucru APL - Model chestionar culegere de date

1. JUDEȚ: _____ 2. _____ LOCALITATE/COMUNĂ:
3. SAT: _____

4. NUME COMUNITATE: _____ 5. Adresa _____

6. GENUL RESPONDENTULUI 1. Bărbat 2. Femeie 7. Vârsta. Ce vârstă aveţi? (în
ani împliniţi) _____ ani

8. CARE ESTE APARTENENȚA ETNICĂ? 1. Română 3. Rom 3. Altceva
4.NS/NR.

9. NEAM (ÎNCERCUIȚI CIFRA CORESPUNZĂTOARE)

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| 1. ROM (NEDIFERENȚIAT PE NEAMURI) | 11. URSARI | 21. PIEPTĂNARI |
| 2. NOMAZI | 12. LĂIESI | 22. FULGARI |
| 3. COCALARI | 13. CĂRĂMIDARI | 24. TISMĂNARI |
| 4. DE VATRĂ, VĂTRAȘI | 14. GABORI | 26. RĂCARI |
| 5. FLORARI /BOLDEENI/ | 15. CĂLDĂRARI | 27. GEAMBAȘI |
| 6. BIDINARI | 16. TURCI, TATARI | 28. CEAUNARI |
| 7. CIURARI | 17. CIUBOTARI | 29. EVITĂ SA DECLARE |
| 8. SPOITORI/COSITORARI | 18. LăUTARI | CA SUNT ROMI |
| 9. ARGINTARI/INELARI | 19. ZLĂTARI | (ASIMILATI) |
| 10. RUDARI/ LINGURARI | 20. DE MĂTASE | |

10. Care este ultima școală absolvită de dvs.? ÎNCERCUIȚI CIFRA CORESPUNZĂTOARE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Fără școală | 6. Liceu |
| 2. Școală primară (4 clase) | 7. Școală post-liceală (inclusiv colegiu) sau de |
| 3. Gimnaziu (8 clase) | maiștri |
| 4. 10 clase | 8. Studii superioare / facultate |
| 5. Școală profesională ori de meserii | 9. NS/NR |

11. În prezent dvs. sunteți: ÎNCERCUIȚI CIFRA CORESPUNZĂTOARE

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| 1. angajat | 4. șomer |
| 2. casnic | 5. agricultor |
| 3. student, elev | 6. în căutarea unui loc de muncă |

⁵ Eșantionul poate fi determinat cu ajutorul sistemului de cercetare al Creative Research System survey software, disponibil la <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>.

12. Care sunt principalele surse de venit pe care le aveți în prezent (alegere multiplă)?

ÎNCERCUIȚI CIFRA/CIFRELE CORESPUNZĂTOARE

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Ajutor de șomaj | 5. Bani trimiși de la rude din străinătate |
| 2. Venit minim garantat | 6. Venituri din vânzarea produselor agricole |
| 3. Alocății copii | 7. Venituri din activități neagricole |
| 4. Munca cu ziua | 8. Alte surse. Care?..... |
| | 9. Nu știu, nu răspund (răspuns spontan!) |

13. Cum ați caracteriza veniturile gospodăriei dvs.? ÎNCERCUIȚI CIFRA CORESPUNZĂTOARE

- | | |
|---|--|
| 1. Nu ajung nici pentru strictul necesar | 4. Permite să aveți tot ce vă trebuie, fără să vă restrângeți de la ceva |
| 2. Ajung numai pentru strictul necesar | 5. Nu știu, nu pot răspunde |
| 3. Banii sunt suficienți pentru ceea ce ne trebuie și putem face economii | |

14. Cum este starea dvs. de sănătate în prezent?

Foarte bună	Bună	Nici bună, nici proastă	Proastă	Foarte proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	6

15. Cum credeți că va fi starea dvs. de sănătate peste un an?

Mult mai bună	Mai bună	Aproximativ la fel	Mai proastă	Mult mai proastă	NȘ/NR
1	2	3	4	5	6

16. Sunteți înscris pe lista unui medic de familie? 1. DA 2. NU (TRECI LA 17) 3. NS/NR

17. Care sunt motivele pentru care nu sunteți înscris pe listele medicilor de familie?

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Nu am avut nevoie până acum | 4. Nu știu procedura de înscriere |
| 2. Nu avem medic în comunitate | 5. Am neglijat/am uitat/nu m-a interesat. |
| 3. Nu am asigurare medicală | 6. Alte..... |

18. De ce boli ați fost diagnosticat de către medic? RĂSPUNS MULTIPLU! NU CITITI RĂSPUNSURILE.

1. NU SUFĂR DE NICI O BOALĂ	9. BOLI SAU TULBURĂRI ALE RINICHILOR SAU TRACTULUI URINAR (INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ, LITIAZĂ RENALĂ, LITIAZĂ VEZICALĂ ETC.)
2. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>CARDIOVASCULAR</u> (HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ, ANGINĂ PECTORALĂ, CARDIOPATIE ISCHEMICĂ, VARICE, INFARCT, PERICARDITĂ, etc.)	10. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI REPRODUCĂTOR (HIPERTROFIA PROSTATEI, FIBROM UTERIN ETC.)
3. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI <u>RESPIRATOR</u> /BOALĂ LA PLĂMÂNI (ASTM BRONȘIC, BRONȘITĂ CRONICĂ, BPOC, TUBERCULOZĂ)	11. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE SISTEMULUI OSOS ȘI ARTICULAR, ARTROZĂ, OSTEOPOROZĂ
4. BOLI ȘI TULBURĂRI ALE <u>TUBULUI DIGESTIV</u> (ULCER GASTRIC/	12. BOLI REUMATICE ȘI AUTOIMUNE, LUPUS

DUODENAL, GASTRITĂ, BOLI ALE INTESTINULUI GROS ETC.)	
5. BOLI ȘI TULBURĂRI <u>HEPATICE</u> , PANCREATICE SAU BILIARE (CIROZA, HEPATITĂ CRONICĂ, PANCREATITĂ CRONICĂ, DISKINEZIE BILIARĂ ETC.)	13. BOALA A SISTEMULUI NERVOS, PAREZE, PARALIZII
6. BOLI ȘI TULBURĂRI <u>ENDOCRINE</u> , DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM (DIABET, BOLI ALE TIROIDEI ETC.)	14. BOLI ȘI TULBURĂRI MINTALE / BOLI PSIHICE
7. BOALĂ DE <u>OCHI</u> (CATARACTĂ, GLAUCOM ETC.)	15. AMPUTARE SAU LIPSA TOTALĂ SAU PARȚIALĂ UNUI MEMBRU SAU ORGAN
8. <u>CANCER</u> (ORICE LOCALIZARE, LEUCEMIE)	16. ALTELE. Care?
	88. NS/NR

19. Când aveți o problemă de sănătate mai puțin gravă cum procedati de obicei...? RĂSPUNS UNIC! CITIȚI RĂSPUNSURILE!

1. Încercați să vă tratați singur folosind metode tradiționale (ceaiuri, plante etc)
2. Încercați să vă tratați singur folosind medicamente pe care le cumpărați de la farmacie
3. Mergeți la medic și urmați tratamentul prescris
4. NS/NR

20. Medicul de familie la care sunteți înscris acum a fost ales de dvs.? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE VARIANTELE!

1. DA, a fost
 2. NU, am fost trecut sau înscris la medicul de familie
 3. NS/NR
- opțiunea mea fără acordul meu

21. Cât de multă încredere aveți în medicul dvs. de familie? RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!

1. Foarte multă
2. Multă
3. Putină
4. Foarte puțină/deloc
5. NS/NR

22. Care este MOTIVUL PRINCIPAL pentru care ați apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni?

1. CONSULTAȚIE / NU MĂ SIMȚEAM BINE
2. CONTROL PREVENTIV DIN PROPRIE INIȚIATIVĂ
3. CONTROL PREVENTIV LA SOLICITAREA medicului de familie
4. ÎN URMA PRIMIRII INVITAȚIEI DE PARTICIPARE LA PROGRAMUL DE EVALUARE A STĂRII DE SĂNĂTATE
5. OBTINEREA UNEI TRIMITERI PENTRU MEDIC SPECIALIST
6. ELIBERAREA UNEI REȚETE PENTRU O BOALĂ CRONICĂ
7. CONTROL PERIODIC PENTRU BOALĂ CRONICĂ
8. ANALIZE MEDICALE SÂNGE/ECOGRAFIE
9. ELIBERAREA UNUI AVIZ EPIDEMIOLOGIC, ADEVERINȚĂ, CERTIFICAT MEDICAL
10. ALTELE _____
11. NS/NR

23. În ultimele 12 luni dvs. ați mers la o farmacie pentru a cumpăra medicamente sau alte produse? 1. DA 2. NU 3. NS/NR

24. Cât de ușor vă este să procurați... CITIȚI VARIANTELE DE RĂSPUNS !		Foarte ușor	Ușor	Greu	Foarte greu	NU ESTE CAZUL	NS/NR
1	Medicamente în general	1	2	3	4	5	6
2	Medicamente compensate	1	2	3	4	5	6

25. De obicei când cumpărați de la farmacie medicamente pe baza unei rețete de la medic:...
RĂSPUNS UNIC! CITEȘTE RĂSPUNSURILE!

- | | |
|--|---|
| 1. Solicitați farmacistei exact produsul pe care îl doriți | 3. Luați direct ce vă ofera farmacistul |
| 2. Vă consultați cu farmacistul despre opțiuni | 4. NS/NR |

26. Situația vaccinarilor.....

In rândul adulților (Dvs. ați fost vaccinat?)			In rândul copiilor (Copii Dvs. sunt vaccinați?)		
DA	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR
1	2	3	1	2	3

27. Dvs., aveți acte de identitate?

Certificate de naștere			Carte de identitate		
DA	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR
1	2	3	1	2	3

28. Care este motivul pentru care nu au acte de identitate? (DACA RĂSPUNSURILE LA 27 ESTE NU)

.....

29. Tipul locuinței

- | | |
|---|--|
| 1. Proprietate personală | 4. Locuința socială |
| 2. Locuința închiriată | 5. Locuința ocupată abuziv fără forme legale |
| 3. Locuința moștenită de la părinți (trece la 69) | 6. NS/NR. |

30. Deține acte de proprietate asupra locuinței? 1. DA 2. NU (trece la 31) 3. NS/NR

31. Care este motivul pentru care nu deține acte de proprietate?

32. Numărul de camere al locuinței?camere

33. Suprafața totală a locuinței?m².

34. Utilități

Apa			Electricitate			Gaz		
DA	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR	DA	NU	NS/NR
1	2	3	1	2	3	1	2	3

35. Starea locuinței 1. Bună 2. Acceptabilă 3. Rea 4. Foarte rea
 5. NS/NR

36. Descrierea pe scurt a locuinței (câte camere, starea de degradare, existența unei camere tip bucatărie, camera de baie și WC)

.....

38. Locuința dvs se afla în: 1. Comunitatea cu romi 2. In acelasi loc cu majoritari
3. NS/NR.
39. Sunteți păstrător al tradiției și portului Români? 1. DA 2. NU 3. NS/NR
40. Sunteți vorbitor de limba Români? 1. DA 2. NU 3. NS/NR
41. Dvs. sau familia beneficiază de ajutorul minim garantat? 1. DA 2. NU 3. NS/NR
42. Beneficiați de alocație de stat pentru copii? 1. DA 2. NU (de ce?.....)
3. NS/NR
43. Credeți că un mediator sanitar din comunitatea dvs., angajat la primărie, este util pentru a facilita comunicarea dintre romi și autorităților locale sanitare și pentru a ușura accesul la serviciile medico-sociale ?
1. DA (argumentați) 2. NU (Argumentați) 3. NS/NR
Argument.....
.....

Va multumim pentru timpul acordat!

Pasul nr. 2 – Includerea în planul de măsuri în domeniul incluziunii romilor a necesității înființării unui post de mediator sanitar/mediatoare sanitară care să contribuie la creșterea accesului romilor la serviciile medicale și îmbunătățirea stării de sănătate.

După finalizarea raportului de cercetare care va conține informații cu privire la situația medico-socială precum și o descriere mai detaliată a problemelor cu care se confruntă populația de etnie romă de la nivel local, autoritatea locală va întocmi o **notă de fundamentare** care va sta la baza planificării unor măsuri menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților vulnerabile cu romi de la nivel local, deziderat regăsit și în HG 560/2022, pentru aprobarea *Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rom pentru perioada 2022-2027*⁶.

Exemplu: Plan de acțiune în domeniul sănătății romilor realizat pe baza unei cercetări realizate la nivel comunitar

Scop: Îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților vulnerabile cu romi din localitatea.....				
Obiective strategice :				
OS1: Îmbunătățirea accesului persoanelor de etnie romă la servicii preventive și curative de baza integrate și de calitate;				
OS2: Reducerea riscurilor și prevenirea îmbolnăvirilor asociate modelelor de mortalitate și morbiditate prevalente la populația de etnie romă,				
OS3: Creșterea capacității autorităților locale în procesul de identificare a nevoilor de sănătate, dezvoltare și implementare a programelor/ intervențiilor de sănătate adresate comunităților cu romi, monitorizarea și evaluarea acestora.				
Acțiuni	Rezultate	Indicatori	Responsabili	Observații
1. Dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară care să furnizeze servicii populației defavorizate cu romi, conforme cu	Angajare Mediator sanitar	1 mediator sanitar angajat	APL DSP	Se va solicita DSP aviz pentru

⁶ HG 560/2022, anexa 4, direcție de acțiune 2.3, măsura 2.3.5. Creșterea numărului de mediaci sanitar pentru comunitățile cu romi și dezvoltarea unui centru de asistență tehnică, monitorizare și evaluare care să contribuie la îmbunătățirea activității de mediere sanitară.

pachetul de servicii de baza în asistență primară.				înființare post.
2.Dezvoltarea unui centru de servicii integrate care să raspundă nevoilor membrilor comunităților vulnerabile care nu au asigurare medicală.	Creșterea accesului populației vulnerabile la servicii de asistență medico-socială comunitară.	1 centru înființat	APL DSP MS	De identificat surse de finanțare.
3. Implementarea unor campanii de informare, educare, constientizare (IEC) în rândul membrilor comunităților vulnerabile cu romi cu privire la importanța sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor.	Creșterea nivelului de instruire a membrilor comunităților cu romi cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor.	X persoane de etnie romă vor beneficia de sesiuni IEC.	DSP Mediator sanitar Medic de familie	Acțiuni derulate de MS + medic +DSP
4. Implementarea de campanii IEC în rândul femeilor rome cu privire la importanța sănătății prenatale și postnatale, sănătatea reproducerii, îngrijirea nou-născuților, vaccinare, alimentație sănătoasă, stil de viață sănătos.	Creșterea nivelului de instruire a femeilor rome cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor și importanța sănătății.	x femei rome care beneficiaza de sesiuni IEC.	DSP Mediator sanitar Medic de familie	Acțiuni derulate de MS + medic +DSP
5. Implementarea de intervenții cu rolul de a facilita înscrierea membrilor comunităților vulnerabile cu romi pe listele medicilor de familie.	Creșterea accesului romilor la serviciile de sănătate.	X persoane din comunitati vulnerabile cu romi inscise pe listele medicilor de familie.	Mediator sanitar Medic de familie	Acțiuni derulate de MS + medic
6. Dezvoltarea și implementarea de acțiuni de sănătate destinate vârstnicilor și tinerilor din comunitățile vulnerabile socio-economice, care să contribuie la promovarea unui comportament pro-sănătate în rândul populației vizate.	Promovarea unui stil de viață sănătos în rândul tinerilor și vârstnicilor romi.	X campanii IEC organizate la nivel comunitar. X persoane participante la sesiunile IEC.	Mediator sanitar Medic de familie DSP	Acțiuni derulate de MS + medic +DSP

7. Implementarea unui program de educație pentru sănătate în vederea prevenirii bolilor transmisibile în rândul membrilor comunității cu romi	Reducere a riscului îmbolnăvirilor	X persoane	Mediator sanitar Medic de familie DSP	Acțiune derulată de MS + medic + DSP
---	------------------------------------	------------	---	--------------------------------------

De ce este importantă includerea acestei măsuri (necesitatea înființării unui post de mediator sanitar/mediatoare sanitare care să contribuie la creșterea accesului romilor la serviciile medicale și îmbunătățirea stării de sănătate) în planul local de acțiune în domeniul incluziunii romilor?

Așa cum a fost menționat mai sus, în contextul de implementare a măsurilor regăsite în HG 560/2022, pentru aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027, în localitățile în care regăsim populație de etnie romă, autoritatea locală este responsabilă să dezvolte și să implementeze planuri de măsuri în domeniul incluziunii sociale, măsuri adaptate nevoilor comunităților locale cu romi.

Angajarea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este o acțiune prioritară regăsită în **Strategia națională pentru incluziunea romilor** care trebuie raportată, iar rezultatele muncii mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare trebuie raportate către Birourile Județene pentru Romi. Conform metodologiei de implementare a Strategiei Naționale de Incluziune a Romilor, autoritățile locale trebuie să realizeze **planuri de acțiune locale** adaptate nevoilor reale ale comunităților cu romi și să înainteze aceste planuri experților din cadrul Birourilor Județene pentru Romi, funcționale la nivelul Instituțiilor Prefectului și să raporteze periodic către acestea progresele înregistrate.

În plus, Ministerul Sănătății este unul dintre actorii cu responsabilitate în implementarea măsurilor din domeniul sănătății regăsite în Strategia Națională pentru Incluziunea Romilor, iar faptul că autoritatea locală include în **planul local de acțiune** angajarea unui mediator sanitar/mediatoare sanitare și fundamentează măsura bazându-se pe nevoile reale cu care se confruntă romii la nivel local, constituie o valoare adăugată în procesul de asumare și implementare a măsurilor regăsite în Strategia Națională pentru Incluziunea Romilor de către autoritățile competente.

Pasul nr. 3 – Realizarea și transmiterea unei adrese către Direcția de Sănătate Publică Județeană prin care se solicită avizarea înființării postului de mediator sanitar/mediatoare sanitare, finanțat de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății.

În conformitate cu HG 324/2019, pentru înființarea postului de mediator sanitar/mediatoare sanitare, autoritatea locală trebuie să solicite avizul Direcției de Sănătate Publică. În acest sens, bazat pe rezultatele procesului de cercetare care scoate în evidență problemele medico-sociale ale membrilor comunității, autoritatea locală va realiza o adresa către DSP în scopul susținerii argumentate a solicitării de avizare a postului de mediator sanitar/mediatoare sanitare.

Indicatori de urmărit în realizarea adresei de solicitare a aprobării unui post mediator sanitar/mediatoare sanitare:

- *Numărul oficial al romilor din localitate și numărul neoficial al romilor din localitate, identificat prin metoda heteroidentificării etnice și asumat de APL.*
- *Tipul și neamurile de romi din localitate (romi asimilați sau romi tradiționali, păstrători de tradiție, vorbitori de limbă, port și cultură).*
- *Distribuția locuințelor romilor în localitate și descrierea stării locuințelor romilor (locuiesc în comunitate compactă sau dispersați pe toată raza localității, locuințe racordate la utilități, s.a).*
- *Situația actelor de identitate (CI și Certificate de naștere).*
- *Calitatea de asigurat și înscrierea pe listele medicilor de familie (descriere a modalității prin care este asigurată calitatea de asigurat medical).*
- *Bolile regăsite în rândul populației de etnie romă (se realizează o analiză împreună cu medicul/medicii de familie).*

- *Nivelul de educație sanitară, prevenire îmbolnăviri (se realizează o analiză împreună cu medicul/medicii de familie).*
- *Riscuri de îmbolnăvire (descriere a principalelor riscuri de îmbolnăvire a populației de etnie romă și cauzele care determină aceste riscuri).*
- *Alte vulnerabilități din perspectiva socio-economică (locuri de muncă, nivel de educație, beneficiari de vmg, s.a).*

Pasul nr. 4 – Demararea procedurilor interne pentru aprobarea înființării postului de mediator sanitar/ mediatore sanitară prin hotărâre de consiliul local și includerea postului în organigrama instituției.

În general, dacă adresa este bine argumentată și sunt respectate cerințele menționate în legislația referitoare la funcționarea mediatorului sanitar/ mediatorii sanitare la nivel comunitar, cu acordul Ministerului Sănătății, Direcția de Sănătate Publică transmite în scris solicitantului **avizul favorabil**. Totodată, în adresa prin care se comunică avizul favorabil, Direcția de Sănătate Publică menționează și care sunt pașii pe care autoritatea locală trebuie să îi facă pentru a demara procedura de ocupare a postului conform legislației în vigoare.

Pot fi angajați mediatorii sanitari dacă există avizul favorabil de la DSP, însă nu există finanțare de la bugetul Ministerului Sănătății?

Au fost situații când, din lipsa de finanțare, DSP a comunicat autorității locale avizul favorabil înființării postului însă fără finanțarea costurilor de la bugetul Ministerului Sănătății. Conform art. Articolul 14 din OG 18/2017⁷ privind asistență medicală comunitară aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare, autoritățile locale pot asigura din venituri proprii ale bugetelor locale finanțarea cheltuielilor de personal care activează în asistență medicală comunitară. Trebuie menționat faptul că sunt autorități locale care finanțează din fonduri proprii activitatea de asistență medicală comunitară, respectiv acopera costurile de funcționare și salarizare a echipei comunitare (asistent medical comunitar și mediator sanitar/ mediatore sanitară). În această situație, dacă autoritatea locală consideră oportună activitatea și are posibilitatea acoperirii costurilor de salarizare și funcționare a activității de mediere sanitară de la bugetul local, conform legislației în vigoare, trebuie să parcurgă aceleași etape pentru ocuparea posturilor, asigurând comunicarea cu Direcția de Sănătate Publică Județeană.

Ce trebuie știut înainte de demararea procesului de includere a postului de mediator sanitar/mediatoare sanitară în organigrama autorității și organizarea concursului pentru ocuparea postului?

Conform art. 4, alin.1, OG 18/2017, autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de asigurarea de servicii de asistență medicală comunitară a populației, în special a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social, în condițiile legii și în limitele resurselor umane și financiare existente.

Furnizarea serviciilor de asistență medicală comunitară se poate face prin⁸:

- a) serviciul public de asistență socială, înființat potrivit secțiunii a 3-a „Organizarea și administrarea serviciilor sociale” din capitolul III „Sistemul de servicii sociale” din Legea nr. 292/2011, cu modificările ulterioare;
- b) compartimentul de asistență medicală comunitară din cadrul autorităților administrației publice locale;
- c) centre comunitare integrate înființate prin hotărâri ale autorităților deliberative ale administrației publice locale;

⁷ OG 18/2017, Art. 14 - Autoritățile deliberative ale administrației publice locale, la propunerea autorităților executive, pot aproba suplimentarea din veniturile proprii ale bugetelor locale a finanțării cheltuielilor de personal pentru categoriile prevăzute la art. 8 alin. (2) (asistenți medicali comunitari, mediatorii sanitari, moașe și medici) și pot aproba angajarea și a altor categorii de personal care furnizează, potrivit legii, servicii medicale, sociale și, după caz, educaționale, cu asigurarea finanțării cheltuielilor acestora din bugetul local respectiv.

⁸ OG 18/2017, art.8, alin.1

d) aparatul de specialitate al primarului.

e) contractarea serviciilor de asistență medicală comunitară către furnizori privați autorizați, acreditați sau licențiați conform legislației în vigoare. Procedura de autorizare și acreditare a furnizorilor privați de asistență medicală comunitară, precum și contractarea serviciilor se stabilește prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi.

Îndeplinirea serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară se realizează de către următoarele categorii profesionale, în limita competențelor⁹:

a) asistenți medicali comunitari;

b) mediatori sanitari, în funcție de specificul comunității.

c) moașe.

d) medic, în localitățile din Munții Apuseni și în Rezervația Biosferei «Delta Dunării», stabilite potrivit Ordonanței Guvernului nr. 27/1996 privind acordarea de facilități persoanelor care domiciliază sau lucrează în unele localități din Munții Apuseni și în Rezervația Biosferei «Delta Dunării», republicată, cu modificările ulterioare, și în localitățile izolate sau unde atragerea personalului se face cu dificultate.

Conform art. 9 din OG 19/2019, mediatorul sanitar (mediatoarea sanitară) este angajat la nivelul unităților/subdiviziunilor unităților administrativ-teritoriale, având statutul de personal contractual, în cadrul Serviciului public de asistență socială înființat potrivit Legii nr. 292/2011, cu modificările ulterioare, în cadrul Compartimentului de asistență medicală comunitară sau în aparatul de specialitate al primarului.

Condițiile generale de ocupare a postului sunt cele prevăzute în Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare, iar condițiile specifice de ocupare a postului de către mediatorii sanitari sunt cele prevăzute în Normele Metodologice de aplicare a HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

Numărul de personal din cadrul Serviciului public de asistență socială se stabilește ținând seama de prevederile art. 6 din Carta europeană a autonomiei locale, adoptată la Strasbourg la 15 octombrie 1985, ratificată de România prin Legea nr. 199/1997, neintrând în numărul maxim de posturi stabilit pentru fiecare unitate/subdiviziune administrativ-teritorială, potrivit legii.

Includerea postului în organigrama și statul de funcții al instituției

În conformitate cu ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 57 din 3 iulie 2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, pentru înființarea postului de mediator sanitar/mediatoare sanitară, autoritatea locală are responsabilitatea includerii în organigrama instituției a respectivului post, prin modificarea organigramei și a statului de funcții, solicitându-se Consiliului Local înființarea postului prin Hotărâre de Consiliu Local.

În vederea realizării acestui demers, în baza avizului emis de Direcția de Sănătate Publică și a raportului de cercetare care scoate în evidență necesitatea angajării unui mediator sanitar/mediatoare sanitară, autoritatea locală (prin Comisia de specialitate sau Compartimentul din cadrul UAT, desemnat de primar) întocmește documentația necesară înființării postului ce urmează a fi supusă atenției membrilor Consiliului Local.

Documentația ce va fi supusă atenției membrilor Consiliului Local este alcătuită din:

1. Nota de fundamentare (în care se precizează cadrul legal, avizul favorabil emis de DSP privind aprobarea înființării unui post de mediator sanitar/mediatoare sanitară și finanțarea acestuia din bugetul Ministerului Sănătății, necesitatea angajării mediatorului sanitar, aspecte privind impactul bugetar).
2. Proiectul de modificare a organigramei și a statului de funcții.
3. Raportul Comisiei de specialitate privind modificarea organigramei și a statului de funcții.

⁹ OG 18/2017, art.8, alin.2

La propunerea Primarului, documentația privind înființarea postului de mediator sanitar/mediatoare sanitară va fi supusă atenției membrilor Consiliului Local care vor adopta o hotărâre (HCL) prin care aprobă, organigrama, statul de funcții și numărul de personal, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Proiectul adoptat de membrii Consiliului Local va fi înaintat Instituției Prefectului pentru obținerea avizului de legalitate pentru modificările solicitate. După obținerea acestui aviz, prevederile regăsite în HCL intră în vigoare și autoritatea locală poate să realizeze următorul demers și anume organizarea concursului pentru ocuparea postului de mediator sanitar/mediatoare sanitară.

Pasul nr. 5 – Demararea procedurilor în vederea organizării concursului de ocupare a postului.

Organizarea concursului pentru ocuparea postului

Compartimentul de Resurse Umane din cadrul autorității locale este responsabil pentru realizarea metodologiei de organizare a concursului pentru ocuparea postului. În procesul de organizare a concursului, autoritățile locale trebuie să colaboreze cu direcțiile de sănătate publică județene.

Ocuparea posturilor vacante de către mediatorii sanitari/medoatoarele sanitare se realizează prin concurs (proba scrisă și interviu) organizat în conformitate cu dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și cu normele metodologice regăsite în HG 324/2019.

Metodologia pentru ocupare a posturilor vacante se realizează conform prevederilor HG 286/2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare.

Metodologia pentru ocuparea postului de mediator sanitar/mediatoare sanitară va fi afișată la avizierul primăriei, pe site-ul oficial al primăriei, va fi publicată în Monitorul Oficial și va fi diseminată și pe alte canale de informare (mass - media, alte site-uri de profil, portalul www.posturi.gov.ro, etc).

Anunțul pentru organizarea concursului va cuprinde obligatoriu următoarele informații:

- Titlul poziției scoase la concurs și numărul de poziții vacante
- Locația unde se organizează concursul
- Termenul de depunere a dosarelor de concurs
- Conținutul dosarelor de concurs
- Informații cu privire la selecția dosarelor și locul unde se vor afișa rezultatele procesului de selecție
- Data când are loc proba scrisă, intervalul orar și locația
- Data când are loc interviul, intervalul orar și locația
- Informații cu privire la afișarea rezultatelor probei scrise
- Informații cu privire la modalitatea de depunere și soluționare contestațiilor
- Informații cu privire la afișarea rezultatelor finale și locul unde se vor afișa rezultatele
- Bibliografia și tematica pentru concurs

În plus, tot în anunțul pentru organizarea concursului, vor fi menționate condițiile generale de participare la concurs, condițiile specifice pentru ocuparea postului și conținutul dosarului de înscriere la concurs.

Condiții generale de participare la concurs, respectiv:

- a) are cetățenia română și are domiciliul în România
- b) cunoaște limba română, scris și vorbit
- c) are vârsta minimă reglementată de legislația în vigoare
- d) are capacitate deplină de exercițiu
- e) are o stare de sănătate corespunzătoare postului pentru care candidează, certificată printr-o adeverință eliberată de medicul de familie sau o altă unitate sanitară abilitată
- f) îndeplinește condițiile de studii minime și condițiile specifice potrivit cerințelor postului

g) nu are antecedente penale sau nu a fost condamnată pentru săvârșirea unei infracțiuni care o face incompatibilă cu exercitarea funcției, excepție situația în care a intervenit reabilitarea.

Condițiile specifice¹⁰ pentru ocuparea postului de mediator sanitar, respectiv:

- a) absolvent cu studii minime obligatorii conform legislației în vigoare
- b) cunoștințe de operare pe calculator: nivel minim
- c) absolvent al cursurilor de formare profesională cu certificat de calificare în ocupația de mediator sanitar conform legislației în vigoare

Dosarul pentru concurs va conține următoarele documente:

- a) Cerere de înscriere la concurs adresată conducătorului instituției organizatoare
- b) copie act de identitate sau orice alt document care atestă identitatea, certificat de naștere, certificat de căsătorie, potrivit legii, după caz
- c) copiile documentelor care atestă studiile, precum și copiile documentelor care atestă îndeplinirea condițiilor specifice
- d) copie carnet de muncă sau, după caz, adeverințe care să ateste vechimea în muncă și/sau în specialitatea studiilor
- e) cazier judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu are antecedente penale care îl/o face incompatibil/ă cu poziția pentru care candidează (în cazul în care candidatul este admis la selecția dosarelor, acesta are obligația de a prezenta cazierul judiciar până la data susținerii primei probe de concurs)
- f) adeverință medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare ocupării postului
- g) curriculum vitae în format European.

Bibliografia obligatorie pentru concurs:

Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistență medicală obligatorie, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017.

HOTĂRÂRE nr. 324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară .

LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reformă în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 57 din 3 iulie 2019 privind Codul administrativ, PARTEA a III-a Administrația publică locală, Titlul IV și Titlul V.

Hotărârea Guvernului nr. 560/2022 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027,

Manualul participantului – curs de calificare mediator sanitar, Sastipen, Bucuresti, 2021, disponibil la www.sastipen.ro

Ghid practic în domeniul medierii sanitare, Sastipen, Bucuresti, 2023, disponibil la www.sastipen.ro

Ghiduri de prevenție în asistență medicală comunitară, INSP, 2022, disponibil la <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Ghiduri-de-preventie-in-asistentă-medicală-comunitară.pdf>

Posibile teme/subiecte pentru concurs

1. Obiectivele, activitățile și beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară
2. Fișa de post a mediatorului sanitar – descrierea atribuțiilor mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare
3. Monitorizarea, evaluarea și controlul activității serviciilor de asistență medicală comunitară
4. Misiunea și scopul activității mediatorului sanitar în contextul programului de asistență medicală comunitară.

¹⁰ Conform art. 18 (3) din HG 324/2019

5. Metode și tehnici de lucru ale mediatorului sanitar pentru organizarea sesiunilor de educație pentru sănătate – posibile teme (prevenirea sarcinilor nedorite, îngrijirea nou-nascuților, importanța vaccinării, îngrijirea spațiilor comune de locuit, prevenirea bolilor transmisibile, s.a).
6. Metode și tehnici de lucru ale mediatorului sanitar pentru realizarea catagrafierii populației și identificarea problemelor medico-sociale cu care se confruntă beneficiarii - cum se realizează procesul de catagrafiere și ce informații colectează mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară
7. Descrierea măsurilor prioritare regăsite la capitolul Sănătate din HG 560/2022 privind aprobarea *Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027*
8. Drepturile și obligațiile pacienților – care sunt acestea și cum poate mediatoarea sanitară/mediatorul sanitar să le promoveze în rândul membrilor grupului țintă.
9. Obținerea calității de asigurat medical și înscrierea beneficiarilor pe listele medicilor de familie - care este procedura și cum poate sprijini mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară beneficiarul să obțină calitatea de asigurat medical, inclusiv înscrierea pe lista medicului de familie.
10. Aspecte culturale, tradiționale ale comunității cu romi de la nivel local - descrierea comunității și a particularităților membrilor comunității cu romi, încadrat în sistemul cultural tradițional al acestora.

Afișarea rezultatelor concursului de ocupare a postului de mediator sanitar/mediatoarea sanitară

După afișarea rezultatelor obținute la selecția dosarelor, proba scrisă și interviu, după caz, candidații nemulțumiți pot depune contestație în termen de cel mult o zi lucrătoare de la data afișării rezultatelor selecției dosarelor, respectiv de la data afișării rezultatelor probei scrise și a interviului, sub sancțiunea decăderii din acest drept.

Rezultatele finale se afișează la sediul Primăriei, precum și pe pagina de internet a acesteia, în termen de maxim o zi lucrătoare de la expirarea termenului pentru ultima probă, prin specificarea punctajului final al fiecărui candidat și a mențiunii “admis” sau “respins”.

Pasul nr 6 - Angajarea mediatorului sanitar/ mediatoarei sanitare, în conformitate cu legislația în vigoare.

Conform art. 12 din OG 18/2017, candidatul/a care a fost declarat/ă câștigător/oare a concursului de ocupare a postului de mediator sanitar/mediatoarea sanitară, va avea calitatea de personal contractual încadrată în cadrul APL cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată, în condițiile legii, beneficiind de drepturile și obligațiile ce decurg din această calitate. Contractul individual de muncă se încheie cu autoritatea administrației publice locale pe a cărei rază teritorială își desfășoară activitatea.

Salariul de bază¹¹ și celelalte drepturi salariale ale mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare se stabilesc potrivit Legii-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare, conform anexei nr. II - Familia ocupațională de funcții bugetare «Sănătate și asistență socială», cap. I pct. 3 «Instituții și unități de asistență socială/servicii sociale cu sau fără cazare» și cap. II «Reglementări specifice personalului din sănătate, din unitățile de asistență medico-socială și din unitățile de asistență socială/servicii sociale», pentru funcția de instructor de educație.

Foarte important de reținut este faptul că mediatorii sanitari/mediatoarele sanitare care desfășoară activitate în domeniul asistenței medicale comunitare au în fișa postului doar atribuțiile prevăzute la art. 13 din HG 324/2019 pentru aprobarea *Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*. În exercitarea atribuțiilor de serviciu, mediatorul sanitar/ mediatoarea sanitară respectă normele eticii profesionale și asigură păstrarea confidențialității datelor la care are acces.

Programul de lucru al mediatorului sanitar/ mediatoarei sanitare este de 8 ore pe zi, conform orarului stabilit de autoritatea executivă a administrației publice locale și avizat de direcția de sănătate publică județeană și a municipiului București. Programul de lucru al mediatorului sanitar/ mediatoarei sanitare trebuie să prevadă activitate de teren de cel puțin două treimi din timpul zilnic de lucru, raportat ca

¹¹ OG 18/2017, art. 12, (4)

medie pe fiecare lună, cu excepția zilelor în care sunt organizate întâlnirile de lucru sau instruirile profesionale.¹²

În calitate de angajator, în conformitate cu Anexa 2 la HG 324/2019, autoritatea locală trebuie să asigure mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare următoarele bunuri și echipamente pentru desfășurarea activității: birou, scaun, dulap/șifet, calculator, laptop/tableta conectată la internet, asigurare acces la imprimanta, pelerină de ploaie, telefon mobil și consumabile operaționale cum ar fi: hârtie, toner imprimantă, pix/creion, registre/caiete, foi de scris etc.

Totodată, conform art. 29 din HG 324/2019, Art. 29 Unitățile/Subdiviziunile administrativ-teritoriale care organizează activitate de asistență medicală comunitară asigură cheltuielile aferente sesiunilor de instruire furnizate de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București în vederea utilizării aplicației on-line funcționale cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro de către asistenții medicali comunitari, moașe și mediatorii sanitari.

În plus, în conformitate cu legislația în domeniu, în calitate de angajator, autoritatea locală poate să asigure angajatului accesul la forme de instruire continuă, prin acoperirea costurilor de formare și deplasare¹³, precum și decontarea transportului efectuat în interes de serviciu, în conformitate cu sarcinile din fișa de post. Autoritățile publice locale sunt responsabile de acoperirea cheltuielilor pentru bunuri și servicii necesare întreținerii și funcționării activității de asistență medicală comunitară prin sume alocate de la bugetul local cu această destinație¹⁴.

2. COORDONAREA TEHNICĂ ȘI METODOLOGICĂ A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ

Conform Normelor metodologice de aplicare a Legii asistenței medicale comunitare, activitatea mediatorului sanitar este coordonată tehnic și metodologic de către Ministerul Sănătății, prin structurile sale deconcentrate din teritoriu, respectiv **direcțiile de sănătate publică județene**.

La nivel local, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este subordonată primarului localității sau altei persoane cu funcție de conducere din cadrul UAT, desemnată prin decizia scrisă a primarului sau menționată în HCL adoptată pentru înființarea postului de mediator sanitar/mediatoarea sanitară și are în fișa postului doar atribuțiile prevăzute la art. 13 din HG 324/2019 pentru aprobarea *Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*.

Conform fișei postului, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligativitatea întocmirii de evidențe necesare și completează documentele utilizate în exercitarea atribuțiilor de serviciu, respectiv registre, fișe de planificare a vizitelor la domiciliu, alte documente solicitate și le înaintează spre avizare superiorului ierarhic.

Lunar, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația realizării și depunerii unui raport de activitate în conformitate cu sistemul de raportare definit de Ministerul Sănătății, care va fi avizat de superiorul ierarhic și înaintat coordonatorului activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP. Totodată, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația raportării lunare a activității și în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro, cu respectarea confidențialității datelor personale și a diagnosticului medical al beneficiarilor¹⁵.

Coordonatorii județeni de asistență medicală comunitară din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene monitorizează respectarea introducerii lunare a datelor activității personalului din asistență

¹² Art.19 din HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

¹³ Art.8, punct k, din HG 324/2019

¹⁴ Art. 15 (3) din legea 180/2017, legea asistenței medicale comunitare.

¹⁵ Art.13, litera n din HG 324/2019

medicală comunitară și vor întocmi rapoartele de analiză privind evoluția indicatorilor propuși și a impactului acestora la nivelul comunității conform prevederilor prezentelor norme metodologice.

Conform art. 7 lit. o din HG 324/2019, Direcția de Sănătate Publică organizează întâlniri lunare ori de câte ori se impune cu personalul din asistență medicală comunitară (inclusiv cu mediatorele/mediatorii sanitari), evaluează rapoartele întocmite de către acesta și propun autorităților administrației publice locale și Ministerului Sănătății măsurile care se impun pentru îmbunătățirea activității de furnizare a serviciilor de asistență medicală comunitară.

Autoritatea locală are obligația de a asigura implementarea măsurilor dispuse de DSP pentru îmbunătățirea activității de furnizare a serviciilor de asistență medicală comunitară implementate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară la nivel local și de a comunica acestora rezultatele obținute¹⁶.

Pentru a asigura un proces corect de comunicare și informare inter-instituțională, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară are obligația de a informa în scris superiorul ierarhic cu privire la concluziile și recomandările întâlnirilor lunare la care participă alături de coordonatorul județean de asistență medicală comunitară din cadrul DSP.

2.1. LIMITELE ANGAJATORULUI APL ÎN RELAȚIA CU MEDIATORUL SANITAR/MEDIATOAREA SANITARĂ

Relațiile de muncă dintre mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și angajatorul APL este reglementată de Legea nr. 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare.

În calitate de personal contractual, în conformitate cu prevederile Legii nr. 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară prestează munca în baza unui contract individual de munca (CIM) care se încheie pe durată nedeterminată și în baza unei fișe de post care conține exclusiv doar atribuțiile prevăzute la art. 13 din HG 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

Având în vedere faptul că direcția de sănătate publică județeană asigură coordonarea tehnică și metologică a activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, șeful ierarhic, desemnat de APL, trebuie să mențină legătura permanent cu coordonatorul activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP și să participe activ atât în faza de planificare a activității cât și în faza de monitorizare, evaluare și control al activității de mediere sanitară.

Trebuie să menționăm și faptul că sunt anumite situații când angajatorul adaugă în fișa postului prevederea *“Îndeplinește orice atribuții și sarcini stabilite de primar, viceprimar, secretar comuna și sau superiorul ierarhic”* și, în baza acestei prevederi, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară desfășoară alte activități care nu au legătură cu natura muncii sale așa cum este prevăzută în *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistență medicală comunitară, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017 și normele metodologice de aplicare adoptate prin HG 324/2019*.

De multe ori, desfășurarea altor activități care nu au legătură cu activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare contravine activității de asistență medicală comunitară și denaturează munca mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare care se afla în riscul de a nu mai putea activa la nivel comunitar și de a contribui la atingerea obiectivului general al activității de asistență medicală comunitară. (de exemplu: *mediatoare sanitare (mediatori sanitari) care întocmesc anchete sociale fără participarea asistentului social din cadrul UAT, mediatore sanitare (mediatori sanitari) care împart ajutoare umanitare oferite de autoritatea locală beneficiarilor programelor europene de întraajutorare, mediatore sanitare (mediatori sanitari) care lucrează în primărie la Compartimentul Relații Publice, mediatore sanitare (mediatori sanitari) care nu merg pe teren și desfășoară alte activități în cadrul altor compartimente (administrativ, agricol, cadastru, urbanism, gospodărie*

¹⁶ Art.8, litera d din HG 324/2019

comunala, s.a) sau chiar monitorizează beneficiarii de ajutor social în procesul de prestare a orelor obligatorii de muncă în folosul comunității.

Faptul că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară efectuează anchete sociale fără a avea pregătirea necesară și calitatea profesională solicitată pentru acest tip de activitate, vulnerabilizează și chiar viciază relația cu beneficiarii care, cu siguranță, vor avea alte așteptări. Aceiași situație o regăsim și atunci când mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este delegat/ă să împartă pachete cu ajutoare umanitare. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, conform condițiilor specifice pentru ocuparea postului, trebuie să promoveze încredere în rândul comunității și să faciliteze comunicarea cu prestatorii de servicii medico-sociali de la nivel local. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu trebuie să fie perceput/ă de beneficiari ca fiind cel/cea care decide sau poate influența cine obține ajutorul social sau alte avantaje sociale. Mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să fie perceput/ă ca fiind lucrătorul comunitar care facilitează comunicarea dintre beneficiari și asistentul social care întocmește ancheta socială și se asigură că nu sunt încălcate drepturile cetățenilor de a beneficia de măsurile de protecție socială oferite de legislația națională în vigoare.

În cazul în care, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară constată că îi sunt atribuite sarcini care nu au legătură cu fișa de post menționată la art. 13 din HG 324/2019 pentru aprobarea ***Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară***, în această situație are dreptul de a refuza implementarea sarcinilor trasate cu obligativitatea de a informa în scris cu privire la acest aspect, atât superiorul ierarhic din cadrul APL, cât și coordonatorul activității de asistență medicală comunitară din cadrul direcției de sănătate publică. De multe ori, în special în localitățile rurale mici, în lipsa de personal, pentru desfășurarea activităților curente, UAT-urile apelează la toată resursă umană disponibilă, însă pentru eficiența și eficacitatea intervenției de asistență medicală comunitară, mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să își desfășoare activitatea în conformitate cu fișa de post reglementată de legislația în vigoare și încurajată de APL să își concentreze activitatea strict pe obiectivele intervenției de asistență medicală comunitară.

Bineînțeles că pot exista situații când mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară nu își desfășoară activitatea așa cum prevede legislația în domeniul asistenței medicale comunitare, încălcând, uneori, atribuțiile din fișa postului sau manifestând un comportament neprofesionist față de angajator, față de beneficiari și față de coordonatorul metodologic din cadrul DSP. În aceste situații se vor impune luarea unor măsuri de sancționare a angajatului, în conformitate cu legislația în vigoare, bineînțeles cu anunțarea coordonatorului compartimentului de asistență medicală comunitară din cadrul Direcției de sănătate publică și implicarea acestuia în procesul de cercetare disciplinară.

Codul Muncii prevede sancțiunile ce pot fi aplicate de către angajator în vederea pedepsirii unei abateri disciplinare. Totodată, Codul Muncii interzice în mod expres amenzi disciplinare, iar pentru o abatere nu poate fi aplicată decât o singură sancțiune. Toate sancțiunile disciplinare au caracter temporar, cu excepția celei prin care se desface contractul individual de muncă. Astfel, o reducere a salariului nu poate avea, în niciun caz, un caracter definitiv, ea putând fi luată doar pentru o perioadă de maximum trei luni.

Angajatorul nu are voie să sancționeze un salariat, cu excepția avertismentului scris, fără a impune o cercetare prealabilă. Cercetarea prealabilă constă în descoperirea abaterii, strângerea probelor săvârșirii abaterii, stabilirea vinovăției și, cel mai important aspect, convocarea salariatului cercetat disciplinar în vederea formulării apărării sale.

Sancțiunile disciplinare enumerate de Codul Muncii și care pot fi aplicate în cazul mediatorului sanitar sunt:

- avertismentul scris;
- reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;
- desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă.

În baza Raportului formulat de Comisia de disciplină, angajatorul stabilește sancțiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

- împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- gradul de vinovăție a salariatului;
- consecințele abaterii disciplinare;
- comportarea generală în serviciu a salariatului;
- eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

Angajatorul dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.

În mod obligatoriu, decizia de sancționare va cuprinde toate elementele de mai jos (art. 252 alin. 2 din Codul Muncii), în caz contrar ea fiind lovită de nulitate:

1. Descrierea faptei care reprezintă abatere disciplinară;
2. Precizarea prevederilor care au fost încălcate de salariat prin abaterea săvârșită (statut profesional, regulament intern, contract individual de muncă etc.);
3. Motivele pentru care au fost înlăturate apărările formulate de salariat în cadrul cercetării prealabile sau motivul pentru care cercetarea prealabilă nu a fost desfășurată;
4. Temeiul legal în baza căruia este aplicată sancțiunea disciplinară (art. 248 alin. 1 din Codul Muncii sau statutul profesional care instituie un alt regim sancționator);
5. Termenul în care sancțiunea poate fi contestată;
6. Numirea instanței competente în soluționarea contestației

Decizia de sancționare se comunică salariatului în cel mult 5 zile calendaristice de la data emiterii și produce efecte de la data comunicării. Comunicarea se preda personal salariatului, cu semnătură de primire, ori, în caz de refuz al primirii, prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reședința comunicată de acesta.

Odată ce decizia a fost comunicată, salariatul are la dispoziție 30 de zile calendaristice în vederea contestării ei în instanța competentă (tribunalul din raza căruia salariatul își are domiciliul). Chiar dacă sancțiunea este contestată în instanță, executarea ei nu va fi suspendată.

Activitatea de mediere sanitară nu permite abaterea de la Normele metodologice de aplicare a legii asistenței medicale comunitare stabilite. În caz contrar, în cazul în care nu se mai justifică activitatea de mediere sanitară, bineînțeles, bazat pe o fundamentare corectă și o analiză aprofundată a situației, direcțiile de sănătate publică județene pot solicita și aviza desființarea postului de mediator sanitar, finanțat de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, după caz și pentru postul finanțat de la bugetul local.

Scopul activității de mediere sanitară este de a crește accesul populației vulnerabile din comunitățile cu romi la servicii de sănătate centrate pe prevenție și, în acest sens, atât angajatorul cât și mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară trebuie să își concentreze activitatea pentru îndeplinirea acestei misiuni.

2.4. MONITORIZARE, EVALUARE ȘI CONTROL A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București realizează monitorizarea și evaluarea activității de mediere sanitară și transmit lunar Ministerului Sănătății raportul privind activitatea desfășurată la nivel de județ.

La nivel local, Autoritatea publică locală monitorizează și evaluează activitatea de asistență medicală comunitară derulată de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară la nivelul comunității, potrivit prezentelor norme metodologice regăsite în HG 324/2019. Colaborarea cu DSP și informarea reciprocă, sprijină raportarea corectă a activității de mediere sanitară.

Ministerul Sănătății monitorizează, analizează și evaluează periodic și ori de câte ori este nevoie serviciile furnizorilor de asistență medicală comunitară prin intermediul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, pentru analiza eficienței și eficacității acestor servicii în scopul adaptării activității de asistență medicală comunitară la nevoile de sănătate ale populației, cu precădere a grupurilor vulnerabile, pentru îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate, și a indicatorilor stării de sănătate a acestora.

Ministerul Sănătății este abilitat să exercite controlul privind respectarea legislației referitoare la organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară prin Unitatea de

incluziune socială și structurile de control din aparatul propriu, precum și cele existente la nivelul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București .

Nerespectarea legislației privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară atrage sancțiuni, după cum urmează :

- a) avertisment - pentru personalul din asistență medicală comunitară pentru nerealizarea atribuțiilor prevăzute în Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și în prezentele norme metodologice;
- b) avertisment - pentru autoritatea administrației publice locale care nu respectă prevederile privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, reglementată de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și prevederile prezentelor norme metodologice;
- c) retragerea finanțării unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale care continuă să nu respecte prevederile privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară reglementate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și prevederile prezentelor norme metodologice, după primirea avertismentului prevăzut la lit. b);

2.5 MONITORIZAREA SATISFACȚIEI MEMBRILOR COMUNITĂȚII CU PRIVIRE LA ACTIVITATEA DE MEDIERE SANITARĂ ȘI CONDUITA MEDIATOAREI SANITARE

Un indicator important urmarit în procesul de evaluare a activității mediatorului sanitar îl reprezintă eficiența și eficacitatea activității acesteia, respectiv impactul activității în rândul membrilor grupului țintă.

În acest sens, pentru a avea o imagine cât mai amplă cu privire la impactul activității de mediere sanitară în rândul grupului țintă, la nevoile și așteptările membrilor grupului țintă în raport cu activitatea de mediere sanitară și pentru a remedia unele aspecte care pot afecta procesul de implementare a activităților specifice de mediere sanitară, este recomandat ca, trimestrial, angajatorul să culegă feedback de la beneficiari/să afle opinia beneficiarilor cu privire la activitatea de mediere sanitară și conduita mediatorului sanitar.

Trebuie menționat faptul că mediatorul sanitar/ mediatorul sanitar, în calitate de angajat al UAT, participă și are dreptul, alături de ceilalți angajați ai UAT, la *procesul anual de evaluare de personal*, realizat obligatoriu de conducerea UAT conform legislației în vigoare, proces de evaluare în care se menționează și nevoile de instruire ale angajatului. Mediatorul sanitar/mediatorul sanitar, fiind angajatul UAT, are dreptul legal de a beneficia de programe de instruire, bineînțeles dacă în fișa de evaluare a performanțelor profesionale individuale, evaluatorul menționează și care sunt nevoile de instruire ale mediatorului sanitar/mediatorului sanitar evaluat/e (cursuri de prim – ajutor, comunicare etc).

Practic, aceste rapoarte de monitorizare trimestriale (sau semestriale, în funcție de decizia coordonatorului ierarhic), prin care se măsoară satisfacția membrilor grupului țintă cu privire la activitatea de mediere sanitară și conduita angajatului, vor atinge două ținte, respectiv:

- 1) evaluarea activității mediatorului sanitar/mediatorului sanitar și identificarea nevoilor de instruire;
- 2) evaluarea eficienței și eficacității activității de mediere sanitară, raportat la nevoile și așteptările membrilor grupului țintă în domeniul asistenței medicale comunitare.

Pe de altă parte, faptul că angajatorul se implică în procesul de comunicare cu beneficiarii și colectează opiniile acestora cu privire la activitatea de mediere sanitară poate constitui și o formă de suport oferită mediatorului sanitar în relația cu beneficiarii, confirmându-le acestora că mediatorul sanitar/mediatorul sanitar este parte din echipa UAT și că este o resursă importantă pentru UAT în procesul de implementare a măsurilor care vizează creșterea accesului populației de etnie romă la servicii medico- sociale livrate la nivel local.

Care sunt tehnicile cel mai des utilizate în vederea monitorizării satisfacției beneficiarilor activității de mediere sanitară?

1. Realizarea de interviuri de tip focus grup cu participarea beneficiarilor activității mediatorilor sanitari/mediatoarelor sanitare

Interviul de tip focus- grup este un interviu de grup, focalizat pe o anumită temă, strict delimitată, care este condus de un moderator și face parte din categoria tehnicilor calitative de culegere a datelor pentru analiza percepțiilor, motivațiilor, nevoilor și opiniilor beneficiarilor.

Această tehnică este o discuție de grup planificată, organizată pentru obținerea percepțiilor legate de o arie de interes strict delimitată, desfășurată într-un mediu permisiv, discuția este relaxată și adesea plăcută pentru participanții care își împărtășesc ideile și percepțiile, membrii grupului se influențează reciproc, răspunzând ideilor și comentariilor.

Dacă se dorește a se afla cum este perceput **programul de mediere sanitară**, pot fi organizate focus-grupuri cu beneficiari direcți ai mediatorilor sanitare și separate cu un alt grup alcătuit din experți implicați în procesul de incluziune a romilor și liderii formali sau informali ai comunității.

Focus grup – beneficiari direcți ai mediatorilor sanitare

Timp de lucru	1 ora
Locație	În incinta unei locații închise (sala de curs, sala de sedințe a primăriei, etc)
Număr de participanți	10 participanți selectați din lista de persoane catagrafiate de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară
Intrebări pentru participanți	1. Imi puteți spune dacă în ultima perioadă a venit cineva la dvs. acasă și a discutat despre problemele medico-sociale cu care vă confrunțați dvs. sau membrii familiei dvs? Dacă da, îmi puteți spune cum s-a prezentat această persoană și ce profesie a spus că are? (se verifică dacă beneficiarii cunosc profilul persoanei care i-a vizitat și menționează poziția pe care o are persoana în programul de asistență medicală comunitară) 2. Ce părere aveți despre activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare? Este benefică activitatea? Argumentați. 3. Ce așteptări aveți de la mediatorul sanitar /mediatoarea sanitară? Ce credeți că ar trebui să facă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară mai mult pentru a vă rezolva problemele? 4. Analizând felul în care vorbește cu dvs. sau cu alți membrii ai comunității, cum apreciați calitățile profesionale ale acestuia/acesteia? 5. Considerați că activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare este benefică pentru membrii comunității? Argumentați. 6. Puteți să oferiți exemple de situații în care mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară s-a implicat și v-a oferit sprijin? Dați exemple. 7. Au fost situații când ați avut nevoie de mediatorul sanitar /mediatoarea sanitară și aceasta nu a răspuns solicitării voastre? Dați exemple. 8. Cum apreciați relația de colaborare dintre mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și cadrele medicale de la nivel local/ Asistent medical comunitar/ medic de familie? Argumentați. 9. Puteți să apreciați dacă s-a schimbat atitudinea cadrelor medicale în relația cu beneficiarii romi de când activează mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în comunitate? Argumentați. 10. Aveți recomandări pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară care să o ajute să își îmbunătățească activitatea? Ce ar

	trebui să se schimbe în munca mediatorului/mediatoarei astfel încât aceasta să fie mult mai eficientă și pe placul comunității?
Recomandari pentru moderator	La începutul sesiunii, moderatorul va explica participanților de ce au fost selectați să participe la aceasta sesiune, va menționa numele mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, va prezenta pe scurt rolul și atribuțiile pe care le are mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în lucru cu membrii comunității și le va solicita acordul pentru participarea la discuție și înregistrarea discuțiilor, cu mențiunea că se va păstra confidențialitatea și nu vor fi utilizate numele participanților în raportul întâlnirii – timp de lucru max 10 minute. Pe parcursul discuției, moderatorul va nota/înregistra toate răspunsurile primite și se va asigura ca toți participanții sunt implicați în discuție. La finalul sesiunii, moderatorul va mulțumi participanților și îi va asigura că în raportul ce va fi realizat nu vor fi folosite numele participanților, raportul fiind necesar îmbunătățirii activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare în raport cu membrii comunității cu romi în care își desfășoară activitatea.

Raportul întâlnirii de tip focus - grup cu membrii grupului țintă care au interacționat cu mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară, cu siguranță vor ajuta la creșterea unei imagini cât mai clare cu privire la impactul programului în rândul grupului țintă. Totodată, aceste rapoarte vor ajuta la evaluarea activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare și identificarea nevoilor de instruire a acestuia/acesteia, pentru a fi mult mai eficientă în relația cu membrii comunității.

Focus-grup – cu experți implicați în procesul de Incluziune a romilor și liderii formali sau informali ai comunității

Timp de lucru	1 ora
Locatie	În incinta unei locații închise (sala de curs, sala de sedințe la primărie, etc)
Număr de participant	8 - 10 participanți (în funcție de nivelul de reprezentativitate al romilor în relația cu APL, numărul poate fi și mai mic, important este ca la discuție să participe persoanele care au cunoștințe despre activitatea de mediere sanitară)
Intrebări pentru participanți	1. Ce părere aveți despre activitatea mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare ? Este benefică activitatea acestuia/acesteia pentru membrii comunității? Argumentați. 2. Ce așteptări aveți de la mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară? Ce credeți că ar trebui să facă mai mult pentru a vă rezolva problemele membrilor comunității? 3. Analizând activitatea profesională a acestuia/ acesteia, ce credeți că ar trebui schimbat ca acesta/aceasta să fie mult mai eficient/ă în activitățile curente? 4. Puteți să ne exemplificați care este percepția membrilor comunității referitoare la activitatea de mediere sanitară? 5. Puteți să oferiți exemple de situații în care mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară s-a implicat și a oferit sprijin membrilor comunității? 6. Cunoașteți dacă au fost situații când membrii comunității au avut nevoie de mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și acesta/aceasta nu a răspuns solicitării? Dați exemple. 7. Cum apreciați relația de colaborare dintre mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară și cadrele medicale de la nivel local? Argumentați. 8. Puteți să apreciați dacă s-a schimbat atitudinea cadrelor medicale în relația cu beneficiarii romi de când activează

	mediatorul sanitar/ mediatoarea sanitară în comunitate? Argumentați. 9. Aveți recomandări pentru mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară care să îl/o ajute să își îmbunătățească activitatea? Ce ar trebui să se schimbe în munca mediatorului/mediatoarei astfel încât aceasta să fie mult mai eficientă și pe placul comunității? 10. Per general, puteți să oferiți un punct de vedere cu privire la eficiența intervenției de mediere sanitară la nivel comunitar?
Recomandari pentru moderator	La începutul sesiunii, moderatorul va explica participanților de ce au fost selectați să participe la acesta sesiune, va menționa numele mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare, va prezenta pe scurt rolul și atribuțiile pe care le are mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară în lucru cu membrii comunității și le va solicita acordul pentru participarea la discuție și înregistrarea discuțiilor, cu mențiunea că se va păstra confidențialitatea și nu vor fi utilizate numele participanților în raportul întâlnirii – timp de lucru max 10 minute. Pe parcursul discuției, moderatorul va nota/înregistra toate răspunsurile primite și se va asigura că toți participanții sunt implicați în discuție. La finalul sesiunii, moderatorul va mulțumi participanților și îi va asigura că toate informațiile cuprinse în raport va ajuta echipa coordonatoare să îmbunătățească activitatea în beneficiul membrilor comunității locale.

Raportul întâlnirii de tip focus grup cu experți implicați în procesul de Incluziune a romilor si liderii formali sau informali ai comunității va ajuta la creioanarea unei imagini cât mai clare cu privire la impactul programului în rândul membrilor comunității, încadrat în sistemul cultural tradițional al comunității. Totodată, aceste rapoarte vor ajuta la evaluarea eficienței și eficacității activității de mediere sanitară, raportat la așteptările membrilor grupului țintă în domeniul asistenței medicale comunitare.

2. Aplicarea de chestionare în rândul membrilor grupului țintă

O alta metodă de a monitoriza satisfacția beneficiarilor activității de mediere sanitară utilizată de coordonatorii activității de mediere sanitară este reprezentată de ***aplicarea de chestionare în rândul beneficiarilor***.

Trimestrial, coordonatorul activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare poate dispune aplicarea de chestionare în rândul beneficiarilor care au interacționat cu mediatorul /mediatoarea sanitar/ă și sunt înregistrați în registrul de catagrafiere.

În general, atunci când se utilizează metoda chestionarului trebuie stabilit un eșantion reprezentativ din rândul grupului țintă. În cazul mediatoarei sanitare, se recomandă aplicarea unui procent de 10% din totalul persoanelor catagrafiate în trimestrul respectiv.

De exemplu, dacă mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară a catagrafiat un număr de 230 de persoane în trimestrul 1, atunci când se stabilește eșantionul pentru aplicarea chestionarului de evaluare, se aplică procentul de 10% la numărul total de catagrafiați și rezultă un eșantion de 23 persoane. Atunci când aplicăm chestionarul, trebuie urmat pasul 10, adică, din lista de persoane catagrafiate, se selectează prima persoană căreia îi este aplicat chestionarul de evaluare, iar următoarea va fi persoana înregistrată la poziția 10, apoi următoarea persoană de la poziția 20 și așa mai departe până când se ajunge la poziția 230 din lista cu persoane catagrafiate.

Model chestionar

Localitate..... Județ.....

Vârsta respondentului.....

Sexul respondentului F M

Comunitatea din care faceți parte este deservită de către un mediator sanitar pentru romi? (încercuiți răspunsul)

1. DA

2. NU

88. NȘ

De câte ori, în ultimele 12 luni, ați fost vizitat la domiciliu de mediatorul sanitar pentru romi? RĂSPUNS UNIC!

1. Niciodată

2. O dată

3. 2-3
ori4. 4-5 ori
mult de 5 ori

5. Mai

88. NS/NA

Gândindu-vă la mediatorul sanitarmediatoarea sanitară pentru romi din comunitatea dvs, vă rog să îmi spuneți cât de mulțumit ați fost de:... CITIȚI VARIANTELE DE RĂSPUNS !		Foarte mulțumit	Mulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit	NȘ/NR
1	Activitatea acestuia/acestei a din ultimul trimestru	4	3	2	1	88
2	Sfaturile acordate	4	3	2	1	88
3	Ajutorul dat în rezolvarea unor probleme	4	3	2	1	88
4	Informațiile furnizate	4	3	2	1	88

În ultimele 3 luni mediatorul sanitar v-a vorbit despre.....:	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ	1	2	88
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)	1	2	88
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA	1	2	88
4. Sarcină, graviditate, lehoz	1	2	88
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări	1	2	88
6. Cancer genital sau mamar (la sân)	1	2	88
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia	1	2	88
8. Asistență medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)	1	2	88
9. Promovarea alăptatului la sân	1	2	88
10. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)	1	2	88

13. Cum se pot obtin actele de identitate (certificat de naștere, buletin etc.)	1	2	88
14. Drepturile pe care le au cetățenii	1	2	88
15 Instituțiile care vă soluționează un caz de discriminare	1	2	88
15. Cum se accesează anumite servicii sociale (ajutor social, venit minim garantat etc.)	1	2	88
16. Prevenire transmitere boli si vaccinare	1	2	88
17. Altele: _____	1	2	88

Ne puteți spune ce așteptări aveți de la mediatorul sanitar/ mediatoarea sanitară?

.....

Considerați utilă activitatea mediatorului/mediatoarei sanitar/e? Argumentați și dați exemple de situații în care mediatorul sanitar/ mediatoarea sanitară v-a ajutat.

.....

Vă mulțumesc pentru timpul acordat!!!

2.6 COLABORAREA CU DSP ÎN PROCESUL DE COORDONARE A ACTIVITĂȚII DE MEDIERE SANITARĂ

Autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de asigurarea cu servicii de asistență medicală comunitară a populației, în special a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, economic sau social, în condițiile prezentelor norme metodologice și ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. [18/2017](#), aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. [180/2017](#), și în limitele resurselor umane și financiare existente.

Desfășurarea activităților de asistență medicală comunitară se realizează, după caz, în colaborare cu serviciile medicale, cu serviciile sociale și cu alte servicii publice, în scopul soluționării problemelor medico-socio-educative ale grupurilor vulnerabile, de la nivelul comunei, orașului, municipiului, după caz.

Autoritatea locală, în calitate de angajator al mediatoarei sanitare, prin superiorul ierarhic al mediatoarei are obligația de a comunica permanent cu **coordonatorul activității de asistență medicală comunitară din cadrul DSP** și de a se informa reciproc în vederea schimbului de informații privind activitatea de asistență medicală comunitară și implementarea acesteia în rândul beneficiarilor de la nivel local.

Conform HG 324/2019, cele doua entități sunt responsabile de coordonarea activității mediatorului sanitar/mediatoarei sanitare și au următoarele responsabilități:

Responsabilități DSP	Responsabilități APL
- asigură îndrumarea tehnică și metodologică a activității de asistență medicală comunitară la nivel județean și al municipiului București; - acordă sprijin tehnic în domeniul evaluării nevoilor în vederea acoperirii acestora, al stabilirii priorităților de planificare a dezvoltării rețelei de asistență medicală comunitară pentru acoperirea treptată a nevoilor, a implementării și monitorizării	- elaborează planul anual de asistență medicală comunitară la nivelul unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale respective, parte a strategiei privind dezvoltarea economică, socială și de mediu; - înființează structuri și furnizează servicii de asistență medicală comunitară în beneficiul populației, în special al persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere

politicilor de asistență medicală comunitară integrată la nivel comunitar;

- avizează planul anual de asistență medicală comunitară elaborat de unitățile/subdiviziunile administrativ-teritoriale în conformitate cu indicatorii de monitorizare stabiliți conform prezentelor norme metodologice;

- colaborează cu autoritățile executive ale administrației publice locale în vederea stabilirii listei de priorități în domeniul asistenței medicale comunitare și a realizării planului anual de asistență medicală comunitară;

- asigură cadrul organizatoric necesar pentru implementarea programelor naționale de sănătate la nivelul colectivităților locale beneficiază de activitatea de asistență medicală comunitară;

- identifică și inițiază acțiuni de sănătate publică la nivel local, inclusiv la cel județean, care să răspundă nevoilor colectivităților locale, în special programe de educație pentru sănătate și pentru adoptarea unui stil de viață sănătos, programe de consiliere medicosocială în limita competențelor profesionale, servicii de monitorizare și intervenție la domiciliu pentru persoane vulnerabile, cum ar fi: gravide, nou-născuți, copii, bolnavi cronici, bolnavi cu boli rare, bătrâni, persoane cu dizabilități, persoane neasigurate, persoane victime ale violenței domestice, persoane cu probleme de sănătate mintală, precum și alte categorii de persoane identificate la nivel local ca fiind vulnerabile sau în situații de risc medico-social;
- evaluează și monitorizează acțiunile de sănătate publică, județene sau locale, care se adresează prin intermediul asistenței medicale comunitare categoriilor de persoane identificate la nivel local ca fiind vulnerabile sau în situații de risc;

- participă ca membri în comisiile de examen pentru ocuparea posturilor din rețeaua de asistență medicală comunitară, respectiv în comisiile de soluționare a contestațiilor;

- analizează, lunar, activitatea de asistență medicală comunitară și raportările lunare introduse în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro și comunică periodic unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale rezultatele activității de asistență medicală comunitară;

- organizează întâlniri lunare și ori de câte ori se impune cu personalul din asistență medicală comunitară, potrivit competenței teritoriale, evaluează rapoartele întocmite de către acesta și propun autorităților administrației publice locale și Ministerului Sănătății măsurile care se impun pentru îmbunătățirea activității de

medical, economic și social, adaptate inclusiv nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități, în condițiile prezentelor norme metodologice, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, și în limitele resurselor umane și financiare disponibile;

- identifică problemele medicosociale ale membrilor comunității în scopul susținerii argumentate a solicitării de avizare a posturilor de asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar, în vederea asigurării cu servicii de asistență medicală comunitară a populației, în special a celei aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic;

- monitorizează și evaluează activitatea de asistență medicală comunitară la nivelul comunității, potrivit prezentelor norme metodologice, Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017;

- asigură respectarea criteriilor de angajare și salarizare, precum și desfășurarea activității personalului din asistență medicală comunitară potrivit atribuțiilor stabilite prin prezentele norme metodologice și Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare;

- asigură spațiul de desfășurare a activității personalului din asistență medicală comunitară, bunurile și serviciile necesare întreținerii și funcționării activității de asistență medicală comunitară, inclusiv în forme adaptate nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități;

- pun la dispoziție, din dotarea proprie, personalului din asistență medicală comunitară, spre folosință, un calculator, un laptop sau o tabletă, cu acces la internet, pentru desfășurarea activităților de raportare către Unitatea de incluziune socială din cadrul Ministerului Sănătății;

- asigură spre folosință, în funcție de specificul local și în limitele posibilităților, un mijloc de transport pentru desfășurarea activităților de asistență medicală comunitară;

- acoperă cheltuielile de transport pentru activitatea de teren a asistentului medical comunitar, moașei și/sau a mediatorului sanitar în localitățile în care aceștia furnizează servicii de asistență medicală comunitară, pentru deplasările între diferitele sate ale aceleiași/aceleiași comune/oraș, la direcția de sănătate publică județeană, pentru transportul,

furnizare a serviciilor de asistență medicală comunitară; - vizitează, cel puțin o dată pe semestru, colectivitățile locale care au organizat activitate de asistență medicală comunitară, precum și furnizorii privați de asistență medicală comunitară pentru a verifica modul de furnizare a serviciilor de asistență medicală comunitară; - facilitează crearea parteneriatelor interinstituționale privind dezvoltarea de servicii integrate la nivel comunitar, implementarea obiectivelor strategiilor de sănătate locale și județene și stabilirea protocoalelor comune pentru integrarea serviciilor de asistență medicală comunitară cu serviciile socioeducaționale la nivel comunitar; - prezintă, spre informare, raportul anual, realizat pe baza datelor colectate prin aplicația AMCMSR.gov.ro, autorităților administrației publice locale de la nivelul unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale care implementează activitatea de asistență medicală comunitară, până în ultima săptămână a primei luni din anul următor, în scopul dezvoltării strategiilor locale de creștere a accesului la servicii de sănătate al persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile; - avizează, la nivel județean, la cererea autorităților executive ale administrației publice locale, înființarea, respectiv desființarea posturilor de asistent medical comunitar, moașă și mediator, posturi finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, precum și a posturilor finanțate de la bugetul local; - informarea și comunicarea cu APL, în vederea schimbului de informații privind activitatea de asistență medicală comunitară și implementarea acestora în rândul beneficiarilor de la nivel local.	la nevoie, al beneficiarilor de asistență medicală comunitară către unitățile medicale sau serviciile sociale, precum și cheltuielile privind comunicarea telefonică cu beneficiarii; - se asigură că personalul din subordine cu atribuții în domeniul asistenței medicale comunitare, atât cel finanțat de la bugetul de stat, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, cât și cel finanțat de la bugetul local, respectă reglementările legale în vigoare privind asistență medicală comunitară, răspunde adecvat coordonării metodologice a direcției de sănătate publică județene și a municipiului București și raportează activitatea specifică domeniului către direcția de sănătate publică județeană și a municipiului București și către Unitatea de incluziune socială din cadrul Ministerului Sănătății prin introducerea datelor privind activitatea de asistență medicală comunitară în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro; - solicită avizul prealabil și obligatoriu al direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București pentru înființarea, respectiv desființarea posturilor de asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar, finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, precum și pentru posturile finanțate de la bugetul local, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 459/2010, cu modificările ulterioare. - informarea și comunicarea cu DSP, în vederea schimbului de informații privind activitatea de asistență medicală comunitară și implementarea acestora în rândul beneficiarilor de la nivel local.
---	---

BIBLIOGRAFIE

Daniel Radulescu *“Mediere sanitară în contextul programului de asistență medicală comunitară- ghid practic pentru APL- editie revizuita”*, Sastipen, 2021

Mariana Sandu, Radu Anuti, Daniel Radulescu, *“Suport curs calificare mediere sanitară”*, Sastipen, 2018.

Radu Anuti, Daniel Radulescu, Danut Dumitru, Geanina Radulescu, Andreea Chiriac, Nicoleta Filip, *“Suport curs calificare mediere sanitară”*, Sastipen, 2022.

Legislatie utilizata

- ORDIN nr. 619 din 14 august 2002 pentru aprobarea funcționarii ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitar în anul 2002, emis de Ministerul Sănătății și Familiei, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 655 din 3.09.2002, abrogat.
- HOTĂRÂRE nr. 430 din 25 aprilie 2001 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor 2001-2010, abrogată.
- O.U.G. nr 18 din 27 februarie 2017- privind asistență medicală comunitară
- Legea nr 180 din 18 iulie 2017 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr 18/2017 privind asistență medicală comunitară
- Hotarare de Guvern 324/2019 - NORME METODOLOGICE din 23 mai 2019 privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară
- O.U.G. nr 8 din 22 februarie 2018 privind reglementarea unor măsuri în domeniul sănătății
- Hotarare de Guvern nr 560 /2022 pentru aprobarea Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2022-2027
- O.U.G. nr 162 din 12 noiembrie 2008
- Legea nr. 215 din 23.04.2001 privind administrația publică locală
- Legea 477/2004 privind Codul de conduită a personalului contractual din autoritățile și instituțiile publice
- Legea nr. 53/24.01.2003 Codul muncii, republicat

DESPRE AUTORI



Dr. Daniel RADULESCU

Daniel Radulescu, doctor în sociologie, este expert de etnie romă specializat în domeniul politicilor publice de sănătate și incluziune socială a romilor, cu peste 20 de ani de activitate în mișcarea romilor. Este membru-fondator al organizației Sastipen, cu experiență în domeniul medierii sanitare de peste 20 de ani, formator în domeniul medierii sanitare încă din anul 2002, cu experiență în realizarea de manuale/ghiduri, articole în domeniul medierii sanitare, cu experiență de peste 10 ani în realizarea de recomandări de politică publică în domeniul sănătății romilor și cu o experiență de peste 15 ani în realizarea de recomandări de îmbunătățire a legislației care reglementează activitatea de mediere sanitară. De asemenea, experiența sa, de peste 15 de ani în activitatea de asistență tehnică, monitorizare și evaluare a activității de mediere sanitară, face ca, în prezent, acesta să coordoneze echipa de formatori ai Sastipen, responsabili de procesul de calificare și instruire continuă a mediatorelor sanitare.

	Dr. Mariana SANDU Mariana Sandu, doctor în sociologie, vorbitoare de limba romani, este expert de etnie romă, specializată în domeniul politicilor publice pentru romi, incluziunea socială a comunităților vulnerabile cu romi, elemente de cultură, identitate și istoria romilor, antropologie și lucru în comunități vulnerabile. În perioada 2012-2018 a coordonat Unitatea de Asistență Tehnică Monitorizare și Evaluare a activității de mediere sanitară din cadrul organizației Sastipen și are o experiență de peste 10 ani în domeniul monitorizării activității de medierii sanitare. Este formator în domeniul medierii sanitare și are experiența în dezvoltarea de concepte de campanii IEC, adaptate diversității culturale ale comunităților cu romi, având și experiență în documentarea de studii de caz din domeniul medierii sanitare care au stat la baza dezvoltării de ghiduri și instrumente de lucru pentru mediatoarele sanitare. În prezent face parte din echipa de master-formatori ai Asociației "Sastipen" și este, în specual, responsabilă de familiarizarea și informarea participantelor la cursurile de calificare și instruire continuă cu privire la elementele de cultură și tradiție a comunităților tradiționale cu romi.
---	--

Centrul Romilor pentru Politici de Sanatate - Sastipen este o neguvernamentală care are ca principală arie de interes întărirea și dezvoltarea rețelei de mediere sanitară, ca resursă importantă în procesul de incluziune socială a comunităților cu romi precum și îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților vulnerabile.

Încă din anul 2010, Sastipen este un furnizor de formare profesională în domeniul medierii sanitare în conformitate cu normelele ANC și cu standarul ocupațional al meseriei de mediator sanitar. În vederea întăririi rețelei de mediere sanitară, Sastipen organizează sesiuni de instruire de bază, cursuri de perfecționare și formare continuă a mediatoarelor sanitare, precum și cursuri de calificare în meseria de mediator sanitar.

Sastipen consideră că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un cultivator de încredere care, prin activitatea derulată la nivel local, contribuie semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă și creșterea speranței de viață în rândul femeilor din comunitățile vulnerabile.

Centrul Romilor pentru Politici de Sanatate - Sastipen este o neguvernamentala care are ca principală arie de interes întărirea și dezvoltarea rețelei de mediere sanitară, ca resursă importantă în procesul de incluziune socială a comunităților cu romi precum și îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților vulnerabile.

Încă din anul 2010, Sastipen este un furnizor de formare profesională în domeniul medierii sanitare în conformitate cu normelele ANC și cu standarul ocupațional al meseriei de mediator sanitar. În vederea întăririi rețelei de mediere sanitară, Sastipen organizează sesiuni de instruire de bază, cursuri de perfecționare și formare continuă a mediatoarelor sanitare, precum și cursuri de calificare în meseria de mediator sanitar.

Sastipen consideră că mediatorul sanitar/mediatoarea sanitară este un cultivator de încredere care, prin activitatea derulată la nivel local, contribuie semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă și creșterea speranței de viață în rândul femeilor din comunitățile vulnerabile.