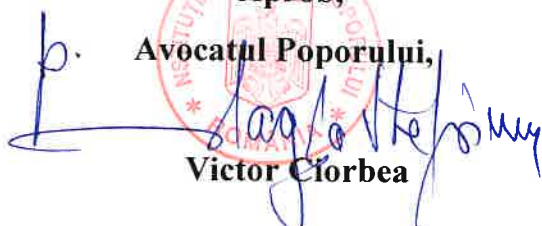



Aprob,
Avocatul Poporului,

Victor Ciorbea

RAPORT

*privind vizita efectuată la Căminul pentru Persoane Vârstnice
din Municipiul Mangalia, județul Constanța*

Sumar:

Prezentul Raport, întocmit ca urmare a vizitei efectuate la Căminul pentru Persoane Vârstnice Mangalia, este structurat pe trei capitole, după cum urmează:

1. Cadrul general și organizarea vizitei
2. Constatările rezultate din vizita efectuată și din interviurile cu beneficiarii
3. Recomandări

1. Cadrul general și organizarea vizitei

Prin Legea nr. 109/2009, România a ratificat Protocolul Opțional (OPCAT), adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984.

Conform art. 1 (Principii generale), obiectivul Protocolului este stabilirea unui sistem de vizite sistematice efectuate de către organisme independente internaționale și naționale în locurile în care persoanele sunt private de libertate, **în vederea prevenirii torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante.**

De asemenea, art. 4 din Protocolul Opțional prevede că:

”1. Fiecare stat-parte va permite efectuarea vizitelor, în conformitate cu prezentul protocol, de către mecanismele prevăzute la art. 2 și 3, în orice loc aflat sub jurisdicția și controlul său, în care persoanele sunt sau ar putea fi private de libertate, **fie în baza unui ordin al unei autorități publice sau la cererea acestora ori cu acordul tacit al acestora (denumite în continuare locuri de detenție).** Aceste vizite se întreprind în scopul consolidării, dacă este necesar, a protecției acestor persoane împotriva torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante.

2. În sensul prezentului protocol, privarea de libertate înseamnă orice formă de detenție sau închisoare ori **plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură**”.

În cadrul vizitelor, potrivit Protocolului Opțional, Subcomitetul de prevenire a torturii și Mecanismele naționale de prevenire au:

- acces la toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora;
- acces la toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane, precum și condițiile de detenție;
- acces la toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora;

•posibilitatea de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate, fără martori, fie personal, fie cu interpret, dacă se consideră necesar, precum și cu orice persoană care poate furniza informații pertinente;

•libertatea de a alege locurile pe care doresc să le viziteze și persoanele cu care doresc să aibă întrevederi.

Subcomitetul de prevenire a torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (SPT) consideră, în relație cu implementarea acestei definiții în practica operațională, că ar fi de dorit „*să se dea o interpretare cât mai largă acestei definiții, pentru a crește impactul activităților preventive ale MNP-urilor*”. „Orice loc în care o persoană este privată de libertate (în sensul că nu este liberă să îl părăsească după propria voință) sau în care (...) o persoană *ar putea să fie* lipsită de libertate, ar trebui să intre sub incidența mandatului OPCAT dacă este o situație în care *statul exercită*, sau *ar putea exercita*, o funcție de reglementare”.

S-a considerat neadecvată definirea "locurilor de detenție" în OPCAT prin prezentarea unei liste închise și exhaustive a categoriilor de instituții. O astfel de abordare ar fi dus în mod inevitabil la crearea unui sistem de vizite prea restrâns și restrictiv în domeniul său de aplicare. Cu toate acestea, anumite categorii intră în sfera de aplicare a definiției OPCAT a "locului de detenție" și ar putea fi exprimate printr-o definiție neexhaustivă în legislația națională, din motive de claritate, de exemplu: • secții de poliție; • arestul preventiv; • închisori; • centrele de detenție juvenile; • facilitățile de poliție de frontieră și zonele de tranzit la punctele de trecere a frontierei, porturile și aeroporturile internaționale; • centre de detenție pentru imigranți și solicitanți de azil; • instituții psihiatrice; • centrele de detenție aflate sub jurisdicția militară; • mijloace de transport pentru transferul deținuților.

În plus, față de aceste categorii relativ evidente, articolul 4 cere ca MNP să aibă acces la orice alt loc în care cineva poate fi ținut împotriva voinței sale, în legătură, chiar indirect, cu autoritatea publică.

Două fraze cheie din definiția "locului de detenție" în accepțiunea articolului 4 descriu natura acestei conexiuni: • "sub jurisdicția și controlul său"; • "în virtutea unui ordin dat de o autoritate publică sau la inițiativa acesteia sau cu consimțământul sau cu acordul acesteia" (care se referă la mijloacele prin care o persoană este sau poate fi ținută într-un loc de detenție).

În temeiul art. 2 alin. (2) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție din cadrul instituției Avocatul Poporului îndeplinește atribuțiile de Mecanism național de prevenire a torturii (MNP), conform prevederilor OPCAT, monitorizând în mod regulat tratamentul aplicat persoanelor private de libertate. Astfel, MNP poate vizita, anunțat sau inopinat, orice loc în care persoanele sunt private de libertate, în sensul art. 4 din OPCAT.

Potrivit art. 34 alin. (3) lit. j) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, sunt locuri de detenție sau, după caz, locuri în care instituția Avocatul Poporului își exercită atribuțiile privind prevenirea torturii, orice alt loc care îndeplinește condițiile prevăzute la alin. (1), privind definirea locului de detenție, sau face parte din sistemul de sănătate sau sistemul de asistență socială.

Referitor la căminele pentru persoanele vârstnice, reamintim dispozițiile Legii nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare, respectiv:

”Art. 92 (1): Pentru a identifica și a răspunde cât mai adecvat nevoilor sociale ale persoanelor vârstnice și condițiilor particulare în care acestea se află, serviciile sociale se organizează cu prioritate la nivelul comunităților locale.

(2) Autoritățile administrației publice locale au responsabilitatea identificării și evaluării nevoilor persoanelor vârstnice, a organizării, planificării și asigurării finanțării sau cofinanțării serviciilor sociale, iar furnizorii de servicii sociale publici și privați au responsabilitatea acordării acestora cu respectarea standardelor de calitate.

Art. 97 alin (2): Autoritățile administrației publice locale au obligația de a asigura serviciile de îngrijire personală acordate la domiciliu sau în centre rezidențiale pentru persoanele vârstnice dependente singure ori a căror familie nu poate să le asigure îngrijirea.”

Prin urmare, centrele pentru persoane vârstnice fac parte din sistemul de asistență socială și sunt supuse monitorizării Domeniului privind prevenirea torturii (MNP), având în vedere că acestea:

1. fac parte din sistemul de asistență socială, enumerat de art. 34 lit. j din Legea nr. 35/1997, republicată.

2. se încadrează în art. 4 din OPCAT și în art. 34 alin. (1) din Legea nr. 35/1997, republicată, respectiv: existența unei decizii a unei autorități judiciare, administrative sau de altă natură, respectiv cererea sau cu acordul expres sau tacit al persoanei.

În acest context, în temeiul art. 16 alin. (1) și a art. 39 alin. (3) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, o echipă de vizită a Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție a efectuat la data de 8 noiembrie 2018, o vizită la Căminul pentru Persoane Vârstnice din Municipiul Mangalia, județul Constanța.

Vizita a avut ca obiective: consolidarea protecției beneficiarilor împotriva torturii și a pedepselor și tratamentelor inumane sau degradante; verificarea cazurilor de deces, a registrelor, incidentelor; reprezentarea legală; obstacole și dificultăți în administrarea căminului; alte aspecte cu relevanță pentru activitatea Mecanismului Național de Prevenire a Torturii în locurile de detenție.

La efectuarea vizitei au participat: doamna [redacted], adjunct al Avocatului Poporului; consilieri în cadrul Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție, respectiv domnul [redacted], jurist; doamna [redacted], asistent social; domnul [redacted], medic; domnul [redacted], psiholog, precum și domnul [redacted] - reprezentant al Organizației Neguvernamentale „Grupul Român pentru Apărarea Drepturilor Omului (G.R.A.D.O.)”.

Membrii echipei de vizitare au purtat discuții cu domnul [redacted], directorul Direcției de Asistență Socială (D.A.S.) din cadrul Primăriei Mangalia, doamna [redacted], administrator cămin și doamna [redacted], asistent social din cadrul căminului menționat mai sus.

La începutul vizitei, membrii echipei de vizită au prezentat împuternicirea Avocatului Poporului pentru efectuarea vizitei, dispozițiile legale referitoare la atribuțiile Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție, obiectivele vizitei și etapele efectuării acesteia, prevederile legale referitoare la întocmirea Raportului de vizită și a eventualelor recomandări.

Directorul Direcției de Asistență Socială (D.A.S.) a invocat încă de la începutul vizitei neinclusiunea căminelor pentru persoane vârstnice în categoria locurilor supuse monitorizării Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție, totuși a permis efectuarea vizitei.

Către finalul vizitei, când membrii echipei de vizită urmau să-și formuleze concluziile, domnul [redacted], însoțit de doamna [redacted], șef Serviciu Asistență Socială din cadrul Primăriei Mangalia au întrerupt efectuarea vizitei pretinzând că articolele menționate în Împuternicirea semnată de Avocatul Poporului

respectiv, **art. 35 lit. a) și art. 39 alin. (3) din Legea nr. 35/1997 de organizare și funcționare a instituției Avocatul Poporului, republicată, sunt greșite**, astfel că **vizita nu este legală. Potrivit opiniei directorului Direcției de Asistență Socială (D.A.S.), Căminul pentru persoane Vârstnice Mangalia nu se încadrează în prevederile art. 34 alin. (1) și alin (3) lit. j) din aceeași Lege**, afirmând că aceasta a fost și opinia mai multor juriști din cadrul Direcției de Asistență Socială și din Primăria Municipiului Mangalia.

De asemenea, directorul Direcției de Asistență Socială (D.A.S.) a precizat în cadrul discuțiilor că doar Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială (A.J.P.I.S.) din județul Constanța poate controla și verifica activitatea desfășurată în cadrul Căminului.

Având în vedere reiterarea aceluiași argumente deja invocate, adjunctul Avocatului Poporului și membrii echipei de vizită au prezentat din nou atribuțiile Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție, cu argumentele menționate anterior, care însă au fost contestate în continuare.

Cât privește discuțiile din cadrul întâlnirii de final ale membrilor echipei cu directorul Direcției de Asistență Socială (D.A.S.), referitoare la concluziile vizitei, acestea nu au mai avut loc, având în vedere, pe de o parte că vizita a fost întreruptă tocmai în această etapă, iar pe de altă parte lipsa de cooperare a acestuia; s-a menționat că atât constatările vizitei, cât și recomandările vor fi incluse în Raportul de vizită.

Reținem, de asemenea, că discuțiile membrilor echipei de vizită cu personalul căminului și studierea documentelor au avut loc în cadrul unei săli de recreere a beneficiarilor de la etajul 2 (unde aceștia se uitau la televizor, se deplasau către frigider, lift, balcon, se relaxau pe canapea etc.) și nu într-un loc adecvat. Sub acest aspect, menționăm că, potrivit art. 41 alin. (2) din Legea nr. 35/1997, republicată "La solicitarea membrilor echipei de vizitare, instituția vizitată este obligată să pună la dispoziție un loc adecvat pentru desfășurarea întrevederii".

Referitor la atribuțiile Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție (MNP) de monitorizare a căminelor pentru persoane vârstnice prin vizite, **recomandăm prelucrarea dispozițiilor Protocolului opțional și ale Legii nr. 35/1997, republicată, atât personalului centrului cât și personalului DAS, aflat în subordinea Primăriei Mangalia, precum și cooperarea acestora cu echipele de vizită ale MNP.**

Constatările rezultate din vizita efectuată și din interviurile cu beneficiarii

Căminul pentru Persoane Vârstnice Mangalia, jud. Constanța (denumit în continuare Căminul) se află în subordinea Direcției de Asistență Socială a Primăriei Mangalia, fiind o instituție pentru persoane vârstnice, fără personalitate juridică, cu o capacitate de 40 de locuri ce asigură găzduire și hrană, îngrijiri medicale, asistență socială, resocializare și activități de petrecere a timpului liber. Instituția a obținut licența de funcționare în anul 2017, fiind primul cămin pentru persoane vârstnice licențiat în județul Constanța și singurul Cămin pentru Persoane vârstnice din Municipiul Mangalia.

Unitatea a fost reabilitată în 2007 în cadrul unui proiect european, când a fost transformată din Creșă în Cămin de bătrâni. Au fost realizate lucrări de reabilitare în perioada 2016-2017, când a fost înlocuit parchetul cu gresie în unele camere, au fost schimbate paturile, au fost achiziționate saltele anti-escară, etc. În anul 2018 nu au fost efectuate lucrări de reabilitare sau renovare, dar erau planificate pentru luna decembrie a aceluiași an, lucrări pentru înlocuirea parchetului cu gresie și în celelalte camere pentru a facilita menținerea curățeniei.

Căminul era licențiat ca serviciu social, începând cu anul 2017, pentru o perioadă de 5 ani, cu posibilitatea prelungirii termenului cu condiția menținerii serviciilor oferite în conformitate cu prevederile Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare, iar Primăria Municipiului Mangalia era acreditată ca furnizor de servicii sociale.

La momentul efectuării vizitei erau cazate 31 de persoane (15 bărbați și 16 femei) cu vârste cuprinse între 63-97 de ani, persoane care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege, conform art. 1 alin. (4) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată; existau 2 cereri de admitere care erau în așteptare la momentul efectuării vizitei. În cadrul Căminului existau 20 de camere destinate cazării beneficiarilor (4 camere la parter și 8 camere pe fiecare din etajele 1 și 2).

Internarea în cadrul Căminului se realiza prin Dispoziția Primarului Municipiului Mangalia, bazată pe referatul întocmit de asistentul social prin care se propunea aprobarea instituționalizării.

Din declarațiile reprezentanților Căminului, cea mai mare parte a beneficiarilor venea din spitale, fiind aduși de către familie, iar cazurile foarte grave nu erau admise în Cămin. Totodată, serviciile oferite de Cămin vizau doar cetățenii municipiului Mangalia.

Cu privire la fluctuația beneficiarilor, în anul 2017 numărul persoanelor admise în Cămin a fost 5, iar în anul 2018 numărul acestora a fost dublu, raportat la anul anterior (10 admiteri în anul 2018). *Cu privire la reintegrarea beneficiarilor în familie sau transfer într-un alt serviciu social*, în anul 2018 au fost realizate 6 reintegrări în familie, în anul 2017 nefiind realizată nici o reintegrare. Din discuțiile purtate cu reprezentanții Căminului a rezultat faptul că solicitările de reintegrare în familie s-au datorat faptului că în anul 2018 contribuția lunară a beneficiarului crescuse foarte mult (2.492 lei), iar veniturile persoanelor vârstnice erau reduse, beneficiarii fiind în imposibilitatea de a achita contribuția stabilită. Contribuția lunară de întreținere era stabilită, pentru anul 2018, în valoare de până la 60% din pensie, diferența fiind achitată, în majoritatea cazurilor, de susținătorii legali ai persoanei vârstnice. Deoarece cuantumul contribuției lunare de întreținere era mare, numărul cererilor în așteptare era redus, deși era singurul Cămin pentru persoane vârstnice din rețeaua de cămine publice din municipiul Mangalia.

Cu privire la situația transferurilor, în anul 2018, nu au fost cazuri de transfer în alt serviciu social, fiind realizate 6 reintegrări în familie, pentru un caz motivul fiind acela de neadaptare într-un astfel de serviciu social. În celelalte 5 cazuri de reintegrare în familie, beneficiarii, cât și aparținătorii nu au mai putut suporta plata contribuției de întreținere având în vedere faptul că în anul 2018, cuantumul acesteia crescuse foarte mult.

Un număr de 2 beneficiari reprezentau cazuri sociale, cheltuielile privind întreținerea fiind asigurate din bugetul autorității publice locale.

Încadrarea în grad de dependență se realiza pe baza Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, prevedere stabilită în Hotărârea Guvernului nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Astfel, un număr de **18 persoane erau independente, 5 persoane semidependente și 8 persoane dependente**. Criteriile de încadrare în grade de dependență au fost stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psiho-afectiv al persoanei vârstnice, prin dependență înțelegând situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.

Referitor la încadrarea beneficiarilor în grad și tip de handicap, un număr de 2 beneficiari erau încadrați în grad de handicap grav și 2 beneficiari erau încadrați în grad de handicap accentuat.

Reevaluarea beneficiarilor privind încadrarea în grade de dependență a fost realizată, conform conducerii centrului anual sau ori de câte ori a fost impusă o astfel de situație. De asemenea, cazarea beneficiarilor a fost efectuată în funcție de gradul de dependență, la parter și etajul I fiind cazate persoanele dependente și semidependente, iar la etajul II erau cazate persoanele independente.

Referitor la reprezentarea legală a beneficiarilor, s-a constatat că la admiterea în Cămin, solicitările persoanelor vârstnice de a fi admise în Cămin (însoțite de dosarul fiecărui beneficiar) au fost formulate în scris și depuse la Direcția de Asistență Socială din cadrul Primăriei municipiului Mangalia. Din discuțiile purtate cu conducerea Căminului a rezultat faptul că, toate dosarele de admitere cuprindeau acordul persoanei respective.

Sistarea acordării serviciilor se realiza, astfel: la solicitarea personală (ex. a existat un caz în care 2 beneficiari s-au căsătorit și s-au mutat din cămin pentru a locui împreună); prin reintegrare în familie (au fost 6 reintegrări în familie la cererea beneficiarului sau a aparținătorilor), prin deces (au fost 2 decese în anul 2016, 7 decese în anul 2017 și 8 decese în anul 2018 până la momentul efectuării vizitei).

Sub aspectul condițiilor de cazare, Căminul avea parter și 2 etaje, pe fiecare nivel erau câte 8 camere cu câte 2 locuri, precum și un grup sanitar comun cu 3 toalete și 2 dușuri. Dușurile erau dotate cu covor anti-alunecare și scaunel, însă **pragurile făceau dificil accesul persoanelor care se deplasau mai greu** (a fost menționat de către personal faptul că un beneficiar care s-a deplasat la duș doar cu bastonul, deși avea nevoie de cadru, a căzut și și-a fracturat rotula). Din discuțiile cu beneficiarii a rezultat faptul că, spațiul de la dușuri era delimitat de un prag care făcea dificilă trecerea pentru beneficiarii care aveau probleme de deplasare. De asemenea, din interviuri a rezultat că, **pentru beneficiarii cu probleme locomotorii a fost mai bun parchetul aplicat pe pardoseală decât actuala gresie (aplicată în anumite camere)**, care nu oferea siguranță în mișcare, deși personalul a susținut că s-a optat pentru aplicarea gresiei pentru o mai bună igienizare a camerelor (mulți dintre beneficiari au alunecat sau și-au pierdut echilibrul și au căzut).

La nivelurile 1 și 2 camerele erau dispuse pe două paliere între care se afla o sală de socializare dotată cu televizor, canapele, scaune și din care, la etajele 1 și 2, se putea ieși într-un balcon (**balcoanele nu păreau a fi folosite pentru accesul beneficiarilor, ci mai mult ca spații de depozitare a unor obiecte de mobilier**).

Spațiile de recreere erau dotate cu camere de supraveghere video. Unele camere vizitate erau dotate cu televizor. Beneficiarii au declarat că lenjeria era schimbată săptămânal iar

furnizarea apei se realiza non stop. Beneficiarii puteau deține îmbrăcăminte personală. Totodată au fost vizitate camere care aveau un aspect diferit, erau simple și goale, paturi fără cearșafuri. Unele grupuri sanitare aveau covor antialunecare, pe hol era câte o baie cu trei dușuri, trei chiuvete și trei toalete, care deserveau beneficiarii din 4 camere, cu câte două paturi.

De asemenea, pe fiecare nivel exista un oficiu cu frigidere, chiuvetă și dulăpior, iar la parter o sală de mese. Căminul dispunea și de o spălătorie (cu 2 mașini de spălat, 2 uscătoare, 1 călcător) și o magazie, de paturi medicale și saltele antiescară pentru beneficiarii care aveau nevoie de îngrijiri medicale specializate, iar beneficiarii primeau și îmbrăcăminte din partea instituției.

Nu existau toalete amenajate pentru persoane cu dizabilități. De asemenea, nu existau bare de susținere pe holuri și la toalete, deși o mare parte dintre beneficiari aveau dificultăți de deplasare.

Camerele beneficiarilor aveau ferestre mari, erau luminoase și călduroase, iar spațiile de cazare și grupurile sanitare erau curate. Pentru întreținerea igienei spațiilor, din discuțiile purtate cu directorul DAS a rezultat faptul că, existau la nivelul Căminului contracte încheiate pentru servicii de dezinsecție, dezinfecție și deratizare.

Condițiile de cazare erau corespunzătoare, iar lenjeria de pat era curată și schimbată săptămânal. Apa caldă era furnizată în permanență, beneficiarii putând face baie ori de câte ori era necesar.

Referitor la siguranța beneficiarilor, s-a constatat că sistemul de anunțare/avertizare din camere nu era funcțional. În cazul în care beneficiarii aveau nevoie de ceva, aceștia trebuiau să strige infirmierele (pe cele 3 niveluri ale clădirii erau 2 infirmiere în timpul zilei și o infirmieră noaptea).

Nu existau bare de susținere pe holuri și la toalete, ceea ce creștea riscul căderilor.

Personalul Căminului, potrivit directorului DAS, era format din: un șef serviciu, un administrator cămin, un medic, un asistent social - prezent în centru o zi pe săptămână sau la nevoie, un asistent medical, un psiholog - disponibil o zi pe săptămână sau la nevoie, trei îngrijitoare, cinci infirmiere, trei bucătărese, o spălătoreasă, un muncitor calificat. Posturi vacante: o infirmieră, un asistent medical (concursul pentru angajare urma a se desfășura pe 26 noiembrie 2018), o bucătăreasă, un muncitor calificat, un paznic. În organigrama actuală erau prevăzute 20 de posturi, dar a fost propusă o nouă organigramă, care urma să fie aprobată până la sfârșitul lunii noiembrie 2018 și care prevedea suplimentar un post de asistent

medical și un post de îngrijitoare. Personalul de îngrijire lucra în ture: în timpul zilei erau 2-3 persoane, iar noaptea o singură persoană asigura supravegherea și asistența pentru cei 31 de beneficiari cazați pe cele 3 nivele ale clădirii.

Nu exista un contract încheiat cu un kinetoterapeut, deși existau beneficiari care aveau nevoie de recuperare, iar personalul a recunoscut faptul că serviciile de recuperare disponibile la nivel local erau supraaglomerate.

Supravegherea privind intrarea și ieșirea din Cămin era asigurată cu personal de pază, detașat de la creșa pentru copii, instituție aflată în subordinea Direcției de Asistență Socială. Poarta se încuia cu cheie (pe timpul nopții, cheia stătea la îngrijitoarea care era de serviciu).

O parte din beneficiari (cei care aveau capacitatea de a se orienta în spațiu și timp astfel încât se puteau întoarce în Cămin cu respectarea programului stabilit de personal) au susținut că aveau o copie a cheii de la poartă, pe care au obținut-o contra cost de la administratorul unității.

La nivelul Căminului exista un registru în care beneficiarii treceau ora la care au ieșit din unitate și semnavă la întoarcere.

În cadrul Căminului nu au fost semnalate cazuri de sancțiuni administrative ale personalului, conform discuțiilor cu reprezentanții Căminului. În anul 2016 a existat o plângere penală făcută de instituție unui angajat, care a fost sancționat disciplinar, acesta fiind mutat la Creșa din subordinea Primăriei Municipiului Mangalia.

Din discuțiile cu personalul Căminului a rezultat că au fost formulate plângeri de către beneficiari împotriva personalului, pe diverse motive dar care au fost rezolvate în cadrul unității prin dialog direct cu beneficiarii. Din verificarea Registrului de sesizări și reclamații s-a constatat faptul că, în perioada 2017-2018 nu existau niciun fel de mențiuni cu privire la eventuale sesizări sau reclamații din partea beneficiarilor.

Totodată, din verificarea Registrului privind protecția împotriva abuzurilor a rezultat că, la nivelul Căminului nu au fost înregistrate cazuri de abuz, neglijență sau discriminare.

Directorul D.A.S. a menționat că au fost diverse nereguli semnalate de diferite organisme de control (unele nereguli au fost remediate, iar altele urmau să fie remediate, în măsura în care era posibil). Neregulile constatate s-au referit la faptul că: nu au existat recoltate probe de mâncare - controlul A.J.P.I.S.; scara nu era ignifugată - controlul I.S.U.; nu a fost respectat fluxul alimentelor - controlul D.S.V. (urmare a acestui control, a fost spart un zid pentru a permite trecerea veselei).

Referitor la obstacole și dificultăți întâmpinate în administrarea căminului, s-a menționat că plata furnizorilor se realiza cu mare greutate, dar nu au existat întârzieri cu privire la termenul de plată al utilităților.

Cât privește alte aspecte cu relevanță pentru activitatea Mecanismului Național de Prevenire Torturii în locurile de detenție, reținem:

*Sub aspectul asigurării asistenței medicale, la nivelul căminului era amenajat un cabinet medical dotat cu mobilier (birou, scaune, canapea consultații, dulap pentru păstrarea documentelor medicale, dulap pentru medicamente și materiale sanitare) și aparatură medicală (tensiometru, stetoscop, glucometru, cântar, termometre, echipament informatic, frigider etc. **Cabinetul medical nu avea în dotare aparat de urgență**, ci doar un stoc minimal de medicamente de necesitate (Algocalmin, No-Spa etc.), nefiind respectate astfel prevederile Standardului 2 Asistență pentru sănătate, indicatorul S2.5, Modulul III Activități/Servicii din Ordinul Ministerului Muncii și Justiției Sociale nr. 2126/2014, Anexa 1 Standarde minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice unde se precizează că „Centrul poate dispune de un spațiu special amenajat, cu destinația de cabinet medical/cabinet de consultații, ce deține dotările minime necesare (mobilier, pat de consultații, **aparat de urgență**, stetoscop, tensiometru, glucometru, termometre, seringi de unică folosință, cântar, etc.). Cabinetul medical/cabinetul de consultații este amenajat și dotat corespunzător destinației sale.”. **Sub acest aspect, echipa de vizită apreciază că era necesară dotarea cabinetului medical cu aparat de urgență conform prevederilor legale.***

Serviciile de asistență medicală primară pentru beneficiarii cazați în această unitate erau asigurate de medicul centrului, medic specialist medicină de familie și medicul de familie la care erau înscrși beneficiarii, iar programul de lucru al medicului era de 8 ore zilnic. Îngrijirea personală a beneficiarilor era asigurată de 3 infirmieri și 4 îngrijitori, **la data vizitei existând un post vacant de asistent medical.**

Deoarece medicul avea program de activitate numai într-o singură tură, **tratamentul de seară era administrat de către infirmiere sau îngrijitoare**, conform prescripției medicului. Având în vedere afecțiunile medicale grave cu care erau diagnosticate cea mai mare parte a persoanelor cazate în acest centru, echipa de vizită a apreciat că s-ar impune supravegherea și acordarea asistenței medicale în mod permanent, de către personal medical calificat (asistenți medicali).

Totodată, căminul nu avea amenajată o sală pentru kinetoterapie și recuperare medicală și nu dispunea de personal de specialitate angajat (kinetoterapeut, maseur). De asemenea, nu exista încheiat un contract de prestări servicii cu o instituție de profil, nefiind respectate astfel prevederile Standardului 3 Recuperare/Reabilitare funcțională, indicatorii S3.2, S3.3, Modulul III Activități/Servicii din Ordinul Ministerului Muncii și Justiției Sociale nr. 2126/2014, Anexa 1 Standarde minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice unde se precizează că „Centrul rezidențial dispune de spații special amenajate pentru diversele tipuri de servicii/terapii de recuperare/reabilitare funcțională oferite (cabinete/săli de gimnastică, camere cu destinație specială), precum și de dotările și echipamentele necesare. Pentru efectuarea serviciilor/terapiilor de recuperare/reabilitare funcțională, centrul dispune de personal de specialitate angajat sau achiziționează serviciile specialiștilor.” Deși în Centru erau cazați și beneficiari diagnosticați cu afecțiuni medicale ce impuneau asigurarea unor tratamente de recuperare/reabilitare funcțională (artroze degenerative, sechele accidente vasculare cerebrale, hemiplegie, tetraplegie, fracturi la nivelul membrelor inferioare în curs de consolidare etc.), nu exista posibilitatea acordării acestor servicii.

La momentul efectuării vizitei, erau cazați mai mulți beneficiari diagnosticați cu diverse afecțiuni cronice (artroze degenerative, boli cardiovasculare, boli cronice respiratorii, diabet zaharat, demențe, afecțiuni cerebrovasculare, afecțiuni renale etc.). Medicul efectua zilnic controlul stării de sănătate a beneficiarilor și consemna acest lucru în fișa de monitorizare servicii a fiecărui beneficiar. Au fost verificate fișele mai multor beneficiari și s-a constatat monitorizarea stării de sănătate a beneficiarului, evidența tratamentului medical și a serviciilor acordate. În fișa de monitorizare servicii erau consemnate date privind starea de sănătate a beneficiarilor și simptomele prezentate, consultațiile și tratamentele efectuate. Exista o bună colaborare între medicul centrului și medicul de familie al beneficiarilor, astfel încât nu au fost înregistrate dificultăți în asigurarea serviciilor medicale.

În centru erau cazați mai mulți beneficiari diagnosticați cu afecțiuni psihice sau neurologice, *care necesitau asistență medicală și supraveghere permanentă acordată de personal medical calificat. Având în vedere și faptul că o mare parte dintre acești beneficiari erau imobilizați la pat, acest lucru nu putea fi realizat în condiții optime doar cu un medic angajat.*

De asemenea, după cum a reieșit din documentele prezentate echipei de vizită, au fost consemnate un număr mare de incidente deosebite (căderi, fracturi, solicitări ale

Serviciului Național Unic de Urgență 112 etc.) în care au fost implicați beneficiari diagnosticați cu afecțiuni medicale exemplificate anterior. Față de aceste aspecte, echipa de vizită a recomandat reevaluarea medicală a tuturor beneficiarilor cazați în acest centru, în vederea stabilirii oportunității de cazare, ținând cont de afecțiunile medicale grave diagnosticate și de capacitatea limitată de acordare a serviciilor de asistență medicală și îngrijire de care ar avea nevoie aceste persoane, dar și verificarea/evaluarea cauzelor care au determinat vătămări fizice grave ale acestora (ex: fracturile) și luarea măsurilor care se impun.

Mai mult, echipa de vizită a concluzionat că incidența mare a cazurilor de traumatisme și fracturi produse prin căderi accidentale se datora și unei supravegheri deficitare a beneficiarilor de către personalul centrului, aspect justificat și de numărul insuficient al personalului angajat, raportat la afecțiunile medicale severe diagnosticate la majoritatea beneficiarilor.

Consultațiile medicale de specialitate pentru afecțiuni acute sau pentru reevaluarea tratamentului afecțiunilor cronice existente erau asigurate prin prezentarea beneficiarilor, însoțiți de personalul centrului, la spitale sau policlinici din municipiul Mangalia, în baza biletului de trimitere întocmit de medicul de familie. Analizele medicale și investigațiile paraclinice recomandate beneficiarilor de medicul centrului, medicul de familie sau medicii specialiști erau efectuate în baza biletului de trimitere, la unități de profil din municipiul Mangalia. Internările în spital ale beneficiarilor erau efectuate la Spitalul Municipal Mangalia. În anul 2018, până la data vizitei, au fost consemnate în Registrul de internări în spital 12 cazuri.

Referitor la decesele înregistrate în centru, în anul 2017 au avut loc 7 decese, iar în anul 2018, până la momentul efectuării vizitei – au existat 8 decese, dintre care, conform documentelor medicale, două decese au survenit în spital. Cauzele deceselor nu au putut fi identificate în cadrul vizitei, la dosarele beneficiarilor decedați neexistând fotocopii de pe certificatele constatatoare ale deceselor. De asemenea, din discuțiile purtate cu medicul Căminului a rezultat faptul că nu au existat cazuri care să implice sesizarea organelor de cercetare penală, respectiv că nu au existat cazuri de suicid sau tentative de suicide în perioada 2017-2018. Reținem, de asemenea, consemnarea unor decese într-o formulă extrem de scurtă ” a decedat”, fără alte mențiuni.

Pe cale de consecință, echipa de vizită nu a putut identifica cauzele deceselor și mai mult, nici posibilele decese intervenite în situații deosebite sau demersuri de sesizare a organelor competente în cazul acestora.

Astfel, chiar dacă în dosarele medicale ale beneficiarilor exista consemnat diagnosticul afecțiunilor medicale cronice cu care aceștia erau luați în evidență, în niciunul din cazurile de deces nu exista menționată **epicriza decesului, respectiv concluzia referitoare la producerea evenimentului.** Față de această situație, echipa de vizită consideră necesar ca medicul și conducerea centrului să întreprindă măsurile legale care se impun în sensul menționării epicrizei de deces pentru fiecare caz, inclusiv prin atașarea fotocopiilor certificatelor constatatoare ale deceselor. O astfel de măsură, permite instituțiilor de monitorizare să verifice decesele intervenite din cauze naturale, precum și posibile decese survenite în alte împrejurări.

Sub acest aspect, menționăm că, potrivit Ordinului nr. 2126/2014 al Ministrului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și pentru serviciile acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat și cantinelor sociale ”În situații deosebite, **când există suspiciuni asupra decesului beneficiarului,** s-a produs o vătămare corporală importantă ori accident, a apărut un focar de boli transmisibile, au fost constatate fapte care pot constitui contravenții sau infracțiuni, s-au semnalat orice alte evenimente care afectează calitatea vieții beneficiarilor, centrul informează organele competente prevăzute de lege (procuratură, poliție, direcție de sănătate publică etc.). Notificarea se realizează în maxim 24 de ore de la producerea incidentului Im: Notificările transmise către instituțiile publice se consemnează în registrul de evidență a incidentelor deosebite.

Mai mult, potrivit Ordinului nr. 29/2019 al Ministrului Muncii și Justiției Sociale (în vigoare, în prezent) pentru aprobarea standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și a serviciilor acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat și cantinele sociale Centrul informează instituțiile competente cu privire la **toate incidentele deosebite petrecute în centru** ”În situații deosebite, când există suspiciuni asupra decesului beneficiarului, s-a produs o vătămare corporală gravă ori accident, a apărut un focar

de boli transmisibile, au fost constatate fapte care pot constitui contravenții sau infracțiuni, s-au semnalat orice alte evenimente care afectează calitatea vieții beneficiarilor, centrul informează organele competente prevăzute de lege (organele de cercetare penală, direcția de sănătate publică etc).

Totodată, a fost identificat un beneficiar imobilizat la pat care prezenta escare incipiente în regiunea lombosacrată, **fapt ce a semnalat deficiențe în acordarea serviciilor de îngrijire ale persoanelor nedeplasabile. Nu exista un program de mobilizare pasivă a beneficiarilor imobilizați la pat în scopul prevenirii apariției escarelor, numărul insuficient, suprasolicitarea și lipsa instruirii personalului de îngrijire favorizând apariția acestor leziuni.** Un beneficiar cu artroză coxofemurală severă a fost găsit într-o poziție defectuoasă, în decubit ventral, fapt ce putea favoriza apariția unor dificultăți de respirație. De asemenea, o altă beneficiară diagnosticată cu afecțiuni psihice severe prezenta multiple regiuni de alopecie la nivelul scalpului ce ar fi putut fi rezultatul unor episoade de autovătămare. **Echipa de vizită a apreciat ca absolut necesară reevaluarea acestor cazuri și internarea lor în unități medicale sau medico-sociale specializate în vederea acordării serviciilor de asistență medicală calificată.**

Din interviurile echipei de vizită cu mai mulți beneficiari a rezultat faptul că existau anumite dificultăți în efectuarea analizelor de laborator, un beneficiar diagnosticat cu o afecțiune cardiacă, care necesita efectuarea lunară a unei analize de laborator, reclamând că nu a mai efectuat analiza respectivă de o perioadă lungă de timp.

Totodată, din interviurile cu beneficiarii a rezultat faptul că îngrijirea persoanelor imobilizate la pat se desfășura cu dificultate. Spre exemplu, o persoană a reclamat faptul că „a așteptat o oră să primească un pahar cu apă”, numărul insuficient și suprasolicitarea personalului de serviciu ducând la apariția unor astfel de situații ce pot fi încadrate cu ușurință în categoria tratamentelor inumane și degradante. Echipa de vizită a recomandat conducerii centrului efectuarea demersurilor necesare în vederea angajării de personal pe funcțiile vacante și redimensionarea organigramei centrului astfel încât raportul între numărul beneficiarilor și personalul angajat să fie 1:1.

Persoanele intervievate au precizat că medicul îi vizita în permanență și beneficiau de tratamentul prescris de acesta fiind periodic consultați și examinați medical. **Potrivit declarațiilor unor vârstnici, aceștia nu au beneficiat de vaccin antigripal, fiind nemulțumiți de acest fapt.**

Din discuțiile purtate cu beneficiarii care au dorit să vorbească cu membrii echipei de vizită a rezultat faptul că, mâncarea și apa potabilă erau bune (**uneori au reclamat faptul că nu s-a ținut cont de regimul alimentar, că mâncau toți la comun fără a se respecta indicațiile de regim alimentar**). Deși meniul zilnic era avizat de medicul unității, beneficiarilor cu afecțiuni medicale (**hipertensiune arterială, diabet zaharat**) nu le era asigurat regimul alimentar corespunzător, toți beneficiarii având același meniu.

Referitor la hrana beneficiarilor: hrana era preparată de personal calificat (4 bucătari) în bucătăria Căminului (care era amenajată în mod corespunzător și dotată cu aparatură electrocasnică - aragaz cu cuptor, hotă, aparate frigorifice, cuptor electric etc. și mobilier adecvat - mese inox, dulapuri pentru veselă) de personal calificat (4 bucătari). **Starea de curățenie și igienă la bucătărie nu era corespunzătoare, pereții fiind murdari pe alocuri iar o parte a plafonului prezenta urme de infiltrații și igrasie.** Sub acest aspect, recomandăm efectuarea unor operațiuni de igienizare la bucătărie.

Beneficiarii primeau zilnic trei mese calde și două gustări iar programul de servire a mesei și meniul zilei respective erau afișate corespunzător. Echipa de vizită a verificat hrana ce urma să fie servită la masa de prânz (ciorbă de pui cu fidea și pulpă de porc la cuptor cu piure de cartofi) și a constatat că aceasta era corespunzătoare din punct de vedere fizic și organoleptic. O parte dintre beneficiari serveau masa în sala de mese amenajată în cadrul căminului, dotată cu mobilier adecvat, într-o stare corespunzătoare de curățenie și igienă. Beneficiarii imobilizați la pat și cei cu mobilitate redusă serveau masa în camere ajutați de personalul de serviciu.

Totodată, existau prelevate probe alimentare, în recipiente închise, păstrate timp de 48 de ore într-un frigider separat, dotat cu termometru și grafic de temperatură conform prevederilor cuprinse în Ordinul Ministerului Sănătății nr. 976/1998 pentru aprobarea Normelor de igienă privind producția, prelucrarea, depozitarea, păstrarea, transportul și desfacerea alimentelor.

Tratament medicamentos: persoanele cazate în Cămin beneficiau de tratament medicamentos în baza prescripției medicale, eliberate de medicul centrului, medicul de familie sau de alți medici specialiști. Medicamentele erau păstrate la cabinetul medical în condiții corespunzătoare de siguranță, în pungi individualizate pentru fiecare beneficiar și erau distribuite conform prescripției medicale, de către personalul de serviciu. Deoarece medicul avea program de activitate numai într-o singură tură, tratamentul de seară era administrat de către infirmiere sau îngrijitoare, conform prescripției medicului.

Medicamentele psihotrope nu erau păstrate în dulap separat asigurat cu sistem de închidere, conform prevederilor legale în vigoare, ci erau depozitate împreună cu celelalte medicamente.

Conform documentelor medicale, toți beneficiarii diagnosticați cu afecțiuni cronice primeau tratamentul recomandat de medicii specialiști.

În cazul apariției unor situații de urgență medico-chirurgicală care depășeau competența sau în afara programului de lucru al medicului centrului, se solicita telefonic Serviciul Național Unic de Urgență 112 care asigura transportul asistat al bolnavului la cea mai apropiată unitate de primiri urgențe. În anul 2018 au existat mai multe solicitări ale Serviciului 112, dar numărul exact al acestora nu a putut fi precizat, la cabinetul medical neexistând o evidență separată a acestor solicitări, medicul unității consemnând în fișa de monitorizare a serviciilor doar solicitările din timpul orelor de program. Motivele pentru care a fost apelat Serviciul 112 au fost reprezentate de afecțiuni acute (traumatisme prin cădere, fracturi, edem pulmonar, agitație psihomotorie, alterarea stării generale, colică abdominală etc.) sau de agravarea stării de sănătate a unor beneficiari, pe fondul patologiei cronice existente (hipertensiune arterială, afecțiuni cardiace, metabolice, cerebrovasculare etc.). Chiar în timpul desfășurării vizitei a fost solicitat Serviciul 112 pentru o beneficiară care prezenta o alterare a stării generale cu simptomatologie manifestă. Ambulanța a sosit în aproximativ 5 minute, iar valorile parametrilor vitali (tensiune arterială, puls, saturație în oxigen a sângelui) măsurate de personalul de la ambulanță, s-au încadrat în limite normale. Beneficiara a fost transportată la spital pentru investigații suplimentare.

La nivelul Căminului erau amenajate două izolatoare, dintre care unul prevăzut cu grup sanitar propriu.

Totodată, nu au existat cazuri diagnosticate cu boli infecto-contagioase în perioada 2017-2018 iar medicul unității a participat în anul 2017 la un curs de prim-ajutor organizat de o unitate medicală.

În materia incidentelor cu implicații medicale, la nivelul Căminului exista un Registru de evidență al incidentelor deosebite cu consemnarea datei producerii incidentelor, naturii și consecințelor, completat pentru perioada 2016-2018, unele dintre incidente fiind consemnate de către asistentul social și de psiholog (spre exemplu: *s-a împiedicat și a căzut când era la baie. A suferit fracturi, s-a chemat ambulanța, a fost transferat la ortopedie unde a stat 7 zile până la externare; s-a împiedicat, a căzut și s-a lovit la cap, a fost solicitată ambulanța; a căzut pe scări; a căzut, plagă deschisă la nas; a venit ambulanța, nu există urme de violență;*

a căzut în baie. A doua zi iar a căzut; un beneficiar a fost lovit de o mașină, a consumat alcool; a căzut, fractură mâna stângă, s-a solicitat ambulanța”. Unii dintre beneficiari prezentau fracturi de bazin.

Spre exemplu, în anul 2017, pe fondul consumului de alcool unui beneficiar i s-a făcut rău și s-a solicitat ambulanța prin apelare telefonică la 112. Acesta a fost sancționat prin muștrare scrisă, conform Regulamentului de ordine interioară. În 2017 era menționat un incendiu într-o cameră (din cauza unei lumânări aprinse) care a fost stins fără intervenția pompierilor, neexistând victime.

Totodată, în registru erau consemnate cazurile de refuz de hrană și refuz de medicamente, dar **fără indicarea măsurilor luate**. În Registrul de sesizări și reclamații din anul 2016 **nu apărea nicio mențiune**. Cele din anul 2016 priveau reclamațiile cu privire la **calitatea hranei sau lipsa desertului de la masa de prânz**.

Referitor la asistența psihologică: era responsabil un psiholog din cadrul Direcției de Asistență Socială. Psihologul deținea atestat în psihologia clinică și psihoterapie avea la dispoziție un spațiu cu destinația de cabinet psihologic cu dotări minime necesare. Psihologul împreună cu asistentul social realiza anchetele sociale necesare admiterii în centru. Totodată întocmea un Raport către conducerea Direcției, iar directorul analiza și emitea o soluție. De menționat că printre documentele întocmite la admiterea unui beneficiar se efectua și o evaluare psihologică, așa cum a rezultat din dosarele verificate. Pentru întocmirea acestor documente, psihologul utiliza scale și chestionare de evaluare inițială. Astfel, la admitere se stabilea un Plan de Intervenție. Psihologul semna Planul de Asistență și Îngrijire alături de medic și asistent social. Planurile Individualizate de Asistență și Îngrijire conțineau servicii pe arii medical, psihologic și social. De precizat că **nu toate planurile erau semnate de către beneficiari**. Centrul aplica o fișă de evaluare cu componente de evaluare medicală, evaluare socială și evaluare psihologică. Evaluarea psihologică cuprindea sfera cognitivă, sfera comportamentală, comunicare, personalitate, nevoi și recomandări. Exista și o Scală de evaluare a gradului de dependență completată de medic, psiholog, asistent social cu recomandări privind încadrarea în grad de dependență. Unul dintre instrumentele folosite la internare era MMSE (Mini Mental State Examination).

Tot la admiterea beneficiarului în Cămin se întocmea fișa de evaluare socio-medicală semnată de asistentul social și medic. Psihologul organiza întâlniri cu familia și aparținătorii realizând o instruire a acestora, una dintre cerințe era ca cel puțin 7 zile un aparținător să viziteze beneficiarul.

În situațiile care impuneau acordarea asistenței psihologice, se încheia un contract de asistență psihologică între psiholog și beneficiar cu responsabilitatea psihologului și a clientului. În urma unor ședințe de consiliere, psihologul întocmea o fișă individuală de consiliere. Fișele întocmite de psiholog erau semnate, datate și parafate. Psihologul, cu formare profesională în psihoterapie, deținea un registru de evidență al ședințelor de consiliere și psihoterapie, **fără nicio mențiune**.

Potrivit informațiilor psihologului, în centru, existau persoane cu diagnostic de demență care au fost prezentate la examene de psihiatrie pentru evaluare și tratament, altele pentru tulburări de anxietate, simptome de depresie și deteriorări cognitive, existând în acest sens o colaborare cu medicul centrului. Cu privire la comportamente de risc, precum consumul de alcool, au existat cazuri spre exemplu în 2016 când un beneficiar a suferit un incident și a fost prezentat la spital pentru îngrijire. La momentul efectuării vizitei, nu existau beneficiari cu probleme referitoare la consumul de alcool. Au existat incidente minore, situații de agresivitate verbală, conflicte între beneficiari care au fost gestionate corespunzător de angajații centrului. În unele cazuri se lua decizia transferării beneficiarilor în alte camere, în urma solicitării acestora.

În cuprinsul dosarelor erau întocmite fișe de monitorizare servicii cu planuri de recuperare reabilitare pe arii de interes: recuperare psihologică, recuperare socială, recuperare ocupațională, recuperare educațională. Pentru unii dintre beneficiari aceste tipuri de arii neavând obiect, însă potrivit planurilor la unii dintre beneficiari erau bifate toate cele 4 arii pe ultimele 4 luni cu frecvență săptămânală. Alte fișe de integrare/reintegrare socială cu arii de interes socializare, servicii de educație, informare, consiliere juridică, relația cu familia și accesarea serviciilor comunității, la fel aveau bifate toate aceste rubrici. În fișele de monitorizare apăreau frecvențe săptămânale. În cadrul unor dosare consultate exista un chestionar de evaluare a satisfacției beneficiarilor.

Din verificarea dosarelor personale, a documentelor medicale și a stării de sănătate a beneficiarilor a rezultat faptul că, **unii dintre aceștia nu au semnat contractele pentru acordarea de servicii sociale**. Dispoziția de admitere în centru era autorizată de primar, semnată și vizată pentru legalitate de secretarul municipiului pe baza cererii beneficiarului, a anchetei sociale și a referatului întocmit de Direcția de Asistență Socială din cadrul Primăriei Municipiului Mangalia.

Totodată, s-a constatat faptul că, la dosar existau cereri ale beneficiarilor (anul 2018) ori conform documentelor medicale, scrisorilor medicale coroborate cu evaluările psihiatrice,

scorurilor evaluărilor psihologice elaborare de un psiholog cu cabinet individual (beneficiarul obținând un scor total - 6 la testul MMSE, scor zero la întrebări precum ” În ce an suntem?”, ”În ce țară suntem?”, ”În ce anotimp, județ, loc, etc.”) și potrivit deteriorărilor cognitive grave (demență severă), **beneficiarul nu putea întocmi o astfel de cerere într-o manieră atât de clară și explicită. Astfel, dispoziția primarului nu putea avea la bază declarația beneficiarului.** Totodată angajamentele de plată și contractele erau semnate de către beneficiari, aceștia având **certificat de încadrare în grad de handicap grav** (beneficiarii aveau tratament de la medicul neurolog) iar **într-un caz exista o cerere a unui beneficiar nevăzător, fără să precizeze cine a scris cererea în numele acestuia.**

Unora dintre beneficiarii care prezentau condiții medicale grave, afecțiuni neurologice și în consecință nevoi de asistență medicală, de tratamente medicale de specialitate și de recuperare medicală nu li se putea asigura aceste servicii de către Cămin (neacordarea asistenței medicale corespunzătoare este o formă de tratament inuman și degradant).

Pe parcursul vizitei s-a constatat cu unii beneficiari trăiau sentimente de singurătate și izolare, în special beneficiarii care erau imobilizați la pat, în camere fără televizor (” **nu vorbesc cu mine, sunt singur**”). Alții au declarat ”**mi-e frică să mă plâng**”.

Din consultarea proceselor de tură și a altor documente s-a constatat că în Cămin exista o frecvență ridicată a incidentelor: căzături, alunecări pe holuri, la baie, căzături din pat, în cameră, deplasându-se spre alte spații. În unele cazuri s-a solicitat ambulanța, în alte cazuri au rezultat răni. De precizat că în unele situații era vorba despre aceiași beneficiari, constatându-se că paturile în care aceștia erau așezați nu prezentau măsuri de siguranță.

O altă deficiență gravă constatată a vizat izolarea unor pacienți imobilizați. Aceștia nu dispuneau de mijloace de a solicita ajutorul și intervenția personalului. Au fost identificate cazurile unor beneficiari singuri în cameră, sau cazați în camere alături de alți beneficiari imobilizați, **neexistând o dotare a camerelor cu butoane de panică.** Unii dintre ei prezentau nevoi de hidratare constantă, iar această necesitate nu le era asigurată. În alte camere erau cazați unii beneficiari care prezentau nevoi de îngrijire (igienă corporală).

Concluzia echipei de vizită a fost că există o gestionare defectuoasă a acestor cazuri. La data vizitei existau beneficiari de vârstă înaintată imobilizați la pat care au avut căzături, suferind intervenții chirurgicale.

Echipa de vizită a reținut din examinarea registrelor de tură modul necorespunzător de administrare al medicamentelor, spre exemplu de către îngrijitoare pe timpul nopții ”îpă toată noaptea, i-am dat tramadol. Beneficiarul X spune că o strânge gipsul. I-am dat tramadol și ei”. Tramadolul este un analgezic opioid care potrivit prescripției se utilizează numai la indicațiile medicului. Poate dermina dependență fizică și psihică. Tratamentul cu tramadol trebuie administrat numai pe perioade scurte de timp și sub supraveghere medicală atentă. Potrivit altor documente, personalul nemedical a consemnat ”I-am dat un xanax de 10 mg. și tot agitată era”

Cu privire la respectarea dreptului la apartenență religioasă și practicarea religiei, în centru era găzduită o persoană de religie musulmană, dar care nu prezenta nevoi de a se asigura asistența religioasă, nefiind un religios practicant. În anul 2018, a existat cazul unui beneficiar, când reprezentanții cultului musulman au fost solicitați în Cămin pentru a asigura asistența religioasă, înainte de deces. Exista un protocol cu două școli gimnaziale care prevedea ca elevii să desfășoare vizite și activități în centru. Au fost organizate spre exemplu Ziua Recoltei și au fost aduse daruri pentru vârstnici. Cu privire la menținerea legăturii cu familia, unii dintre beneficiari nu erau vizitați și nu aveau contact cu familia sau aparținătorii.

Referitor la asistența socială, serviciile psiho-sociale erau asigurate de către un psiholog și un asistent social, angajați în cadrul Serviciului Prestații Sociale Compartimentul Persoane cu Handicap din cadrul Direcției de Asistență Socială - Primăria Municipiului Mangalia, în Cămin desfășurând activitate într-o singură zi pe săptămână. Asistentul social deținea treapta de competență specialist fiind înscris în Registrul Național al Asistenților Sociali din România.

Serviciile sociale se acordau în baza Contractului de servicii, semnat de către reprezentanții Direcției de Asistență Socială din cadrul Primăriei municipiului Mangalia și beneficiar/ aparținător. Contractul pentru acordarea de servicii sociale se încheiase pe perioadă nedeterminată, fiind întocmite ulterior acte adiționale, ca urmare a modificărilor intervenite în cuantumul contribuției beneficiarului.

Dosarul beneficiarului cuprindea documentele inițiale care au stat la baza stabilirii dreptului la serviciile sociale privind rezidența în cămin (cererea solicitantului, documentele de identitate și de venituri ale beneficiarului și după caz, ale aparținătorilor, documente privind situația juridică a locuinței, ancheta socială), cât și documentele elaborate ulterior (Contractul pentru acordarea de servicii sociale, Angajamentul de plată, Fișa de evaluare socio-medicală, Fișa de monitorizare servicii, Fișa de notificări importante - erau consemnate

internările în spital, însoțire în vederea internării, etc. Planul Individualizat de Asistență și Îngrijire, situația privind evidența vizitelor, declarația de consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal).

Planul Individualizat de Asistență și Îngrijire era elaborat anual, iar Fișele de monitorizare servicii erau completate săptămânal fiind elaborate pe luni calendaristice.

Din verificarea prin sondaj a dosarelor beneficiarilor au fost identificate situații în care unii beneficiari cu diagnostice psihiatrice (demențe, schizofrenii, etc) aflați în incapacitatea de a se orienta temporo-spațial aveau semnată cererea prin care solicitau internarea în Cămin. Astfel, **nu se putea preciza cu exactitate dacă semnătura existentă pe cerere era a beneficiarului sau a altei persoane atâta timp cât nu exista o evaluare medico-legală a discernământului persoanei vârstnice.**

Toți beneficiarii aveau desemnat ca manager de caz, asistentul social. Din declarațiile asistentului social, acesta venea în Cămin în ziua de joi a fiecărei săptămâni sau atunci când intervenea o urgență. Echipa interdisciplinară constituită prin dispoziția primarului municipiului Mangalia era formată din: asistent social, medic, psiholog, șef serviciu.

În vederea evaluării gradului de satisfacție a beneficiarilor cu privire la serviciile oferite, se aplicau Chestionarele de măsurare a gradului de satisfacție a beneficiarilor. Acestea erau analizate anual cu privire la conținut urmărindu-se adaptarea serviciilor în conformitate cu nevoile beneficiarilor, consemnări rezultate în Procesele verbale privind măsurarea gradului de satisfacție a beneficiarilor.

Referitor la participarea beneficiarilor la diferite activități organizate în Cămin, un singur beneficiar se ocupa cu grădinaritul și curățenia în curte (activități desfășurate pe bază de voluntariat).

În cămin nu se realizau activități de recuperare în scopul menținerii sau ameliorării autonomiei funcționale a beneficiarilor, la momentul efectuării vizitei nefiind angajat nici un specialist cu responsabilități în acest sens.

În privința activităților cultural-educative și de recreere, atât reprezentanții Căminului cât și beneficiarii au declarat că **numărul activităților organizate era redus.** Cu sprijinul unor organizații neguvernamentale au fost organizate ieșiri în comunitate, în Municipiul Mangalia la SPA, la o cramă în Neptun, la Mănăstirea Sf. Andrei, plimbări pe faleză, excursii prin oraș.

Din declarațiile reprezentanților Căminului s-a constatat că s-a încercat organizarea unor activități cultural-educative pentru beneficiari dar aceștia nu au arătat că sunt interesați, exprimându-și dorința de a nu participa la activități invocând faptul că obosesc foarte repede.

Cu privire la menținerea legăturii cu familia sau alte persoane relevante pentru beneficiari, s-a constatat că o parte a beneficiarilor primeau vizite în Cămin, cei mai mulți vizitatori fiind membrii de familie. Numărul beneficiarilor vizitați era mic, 6 beneficiari erau vizitați frecvent și 4 beneficiari erau vizitați numai cu ocazia sărbătorilor. **La nivelul Căminului nu exista aparat telefonic și nici rețea de internet.** Personalul Căminului a menționat faptul că, atunci când beneficiarii doreau să comunice cu exteriorul aceștia efectuau convorbiri telefonice la telefoanele proprii ale personalului.

Beneficiarii puteau primi vizite fie în cameră, fie în spațiile existente pe fiecare nivel al imobilului. De asemenea, în sezonul cald beneficiarii puteau primi vizite în curtea exterioară unde erau amplasate băncuțe pentru odihnă.

Cu privire la ieșirea temporară a beneficiarilor în comunitate, reprezentanții Căminului ne-au declarat că beneficiarii pot ieși din Cămin în baza unei cereri formulate în scris cu privire la acest aspect. Registrul de evidență privind ieșirea din Cămin, denumit Registrul de plecări în oraș se afla amplasat în holul de la intrarea în Cămin. **Consemnările în registrul menționat cât și în Registrul de vizită nu se făcea de către personalul angajat, consemnările fiind făcute, după caz, de către beneficiarul care pleca în oraș sau de către vizitator.** La întoarcerea din oraș, fiecare beneficiar semna în registrul de plecări în oraș, **nefiind păstrată de către personalul angajat o evidență strictă a situației privind ieșirea beneficiarilor din Cămin.** De asemenea, beneficiarii au afirmat că toți cei care doreau să meargă în oraș o puteau face cu condiția să anunțe ora de întoarcere și să o respecte, fiecare dintre aceștia având o cheie de la poarta de intrare. Deoarece nu se asigura paza la poarta Căminului, s-a luat măsura închiderii porții de la intrare cu cheie. Pe parcursul nopții, îngrijitoarea de pe tură se asigura că poarta stă încuiată și niciun beneficiar nu părăsește Căminul.

Un număr de aproximativ 10 beneficiari ieșeau în oraș, pentru plimbare, cumpărături proprii sau pentru alți beneficiari și numai un beneficiar a solicitat învoire de 1-2 zile în familie.

Din declarațiile reprezentanților Căminului, comunicarea beneficiarilor cu familia se realiza telefonic de la cabinetul medical, aceștia putând fi contactați de către familie, iar beneficiarii puteau suna prietenii sau familia.

O parte a beneficiarilor dețineau telefoane proprii pe care le foloseau cel mai frecvent pentru a răspunde la telefon și nu pentru a apela membrii familiei sau prietenii. Niciunul dintre beneficiari nu au trimis și nu au primit scrisori. Un număr de 2 beneficiari reprezentau cazuri sociale, iar 5 beneficiari nu comunicau cu nicio persoană din afara Căminului, neavând familie sau aparținători.

Din discuțiile cu reprezentanții Căminului a reieșit că un număr mare de beneficiari refuzau să desfășoare activități și nu doreau să iasă în curte. O parte a beneficiarilor mergeau în sala de socializare aflată pe fiecare nivel, spațiu dotat cu: televizor, canapele și scaune, unde vizionau diverse programe tv și socializau. De asemenea, în spațiul de socializare de la etajul II un preot ortodox ținea slujbe în zile de sărbători religioase. Pe fiecare nivel al imobilului era amenajat un balcon, folosit în primul rând ca spațiu de depozitare pentru anumite articole de mobilier deteriorate. Beneficiarii aveau acces în acest spațiu și uneori ieșeau pe balcon pentru a respira aer curat, sau pentru a juca table. În acest spațiu se întâlneau să socializeze beneficiarii care, datorită afecțiunilor locomotorii coborau cu dificultate, cât și cei care nu doreau să iasă în curte. Deși clădirea în care funcționa Căminul era prevăzută cu lift, o mare parte a beneficiarilor nu doreau să iasă în curte.

Balcoanele aveau o protecție cu o înălțime de aproximativ 1m, situație ce putea pune în pericol siguranța beneficiarilor, iar accesul în balcon se făcea cu dificultate diferența de nivel între spații nefiind prevăzută cu rampă. De asemenea, holurile de acces și grupurile sanitare nu erau prevăzute cu bare de susținere și alte adaptări specifice persoanelor cu deficiențe locomotorii.

Căminul punea la dispoziție diferite obiecte de îmbrăcăminte, dar, cel mai frecvent, beneficiarii foloseau îmbrăcăminte proprie.

Beneficiarii își administrau singuri veniturile iar pentru o altă parte a acestora reprezentanții Căminului țineau evidența veniturilor păstrând evidența banilor, cât și a cheltuielilor.

Din declarațiile reprezentanților Căminului, beneficiarii și după caz, aparținătorii acestora au fost informați cu privire la serviciile și facilitățile oferite, de drepturile și obligațiile beneficiarilor, informații regăsite în Ghidul Beneficiarului, Carta drepturilor beneficiarilor, Codul Etic, Regulamentul de Organizare și Funcționare, Regulamentul de Ordine Interioară, documente puse la dispoziția echipei de vizită.

La parterul clădirii era amplasat un recipient de tip cutie poștală în care beneficiarii puteau depune sesizări și reclamații. Din declarațiile reprezentanților Căminului conținutul

cutiei se verifica periodic de către șeful de serviciu, iar în funcție de conținutul acestuia se luau măsurile specifice, nefiind sesizate aspecte importante.

Cu privire la existența unor evenimente deosebite sau incidente care să implice violență, reprezentanții Căminului au declarat că nu au existat cazuri de conflicte fizice între beneficiari sau beneficiari și personal. În situația în care existau nemulțumiri, beneficiarii sesizau verbal personalul angajat.

Din întrevederile cu beneficiarii a rezultat că sunt mulțumiți de serviciile oferite în Cămin, de calitatea hranei și diversitatea acestuia, de curățenia din Cămin, de faptul că sunt consultați permanent de medic, de plimbările organizate în comunitate, problemele identificate fiind acelea referitoare la lipsa unor activități organizate de recuperare medicală/kinetoterapie, sau orice alte terapii. **De asemenea, majoritatea beneficiarilor au declarat că nu se desfășoară activități în Cămin, că își petrec timpul în cameră în fața televizorului, nu comunică între ei și declara ca se plictisesc.**

În ultimii 2 ani au fost organizate 2 ieșiri cu beneficiarii: în 2017 la Eforie, la SPA și în 2018 la Neptun, la o cramă unde au avut și posibilitatea să mănânce și să danseze. De asemenea, a fost organizată o vizită la mănăstirea Sf. Andrei, iar lunar se organizau plimbări pe faleză.

Totodată, la sărbătorile mari (Paște, Crăciun) beneficiarii erau vizitați de elevi din școlile care aveau protocol de colaborare încheiat cu Căminul. Nu se mai sărbătoreau zilele onomastice ale beneficiarilor pentru că, aceștia se simțeau jenați să fie în centrul atenției.

Relațiile cu personalul Căminului erau bune, neexistând cazuri de sesizări sau reclamații împotriva acestuia și nu au fost întâlnite cazuri de agresiune fizică între beneficiari sau între personal și beneficiari.

Față de cele expuse, în temeiul art. 43 alin. (1) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Avocatul Poporului

RECOMANDĂ
conducerii Căminului pentru Persoane Vârstnice Mangalia
să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:

1) *prelucrarea dispozițiilor Protocolului Opțional*, adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984, ratificat prin Legea nr. 109/2009, denumit în continuare Protocol opțional. și ale Legii nr. 35/1997, republicată, **atât personalului centrului cât și personalului DAS, aflat în subordinea Primăriei Mangalia, precum și cooperarea cu echipele de vizită ale MNP.**

2) *admiterea în centru*

a) întocmirea corespunzătoare a cererii de admitere în centru în cazul persoanelor cu afecțiuni medicale grave (ex. demență severă) și semnarea contractelor de acordare a serviciilor sociale.

3) *asistență medicală*

a) efectuarea demersurilor necesare în vederea angajării de personal pe funcțiile vacante și redimensionarea organigramei centrului astfel încât raportul între numărul beneficiarilor și personalul angajat să fie 1:1;

b) acordarea asistenței medicale și a serviciilor de îngrijire în mod permanent, de către personal calificat (asistenți medicali, infirmieri), în număr suficient și instruit corespunzător, având în vedere afecțiunile medicale severe și gradul ridicat de dependență al majorității beneficiarilor;

c) instruirea personalului de îngrijire cu privire la modalitatea de prevenire și acordarea îngrijirilor corespunzătoare beneficiarilor cu escare;

d) reevaluarea medicală a tuturor beneficiarilor diagnosticați cu afecțiuni medicale cronice în vederea stabilirii oportunității de cazare în acest centru și transferul beneficiarilor diagnosticați cu afecțiuni grave în unități medicale sau centre rezidențiale care dispun de resurse materiale și de personal calificat care să asigure acestor persoane îngrijiri medicale și tratament adecvat;

e) evaluarea situației medicale a beneficiarilor cu diagnostice psihiatrice (demențe, schizofrenii, etc) aflați în incapacitatea de a se orienta temporo-spațial cu privire la discernământului acestora și asumarea conținutului documentelor pe care le semnează;

f) monitorizarea corectă a beneficiarilor diagnosticați cu boli cronice și efectuarea analizelor medicale periodice conform recomandării medicului specialist;

g) atașarea la dosarele individuale ale beneficiarilor decedați a fotocopiilor de pe certificatele constatatoare de deces, în vederea asigurării transparenței în ceea ce privește cauzele ce au condus la decesul beneficiarilor, ținând cont și de numărul ridicat de decese din ultimii ani; înregistrarea corespunzătoare a deceselor precizând circumstanțele, măsurile de intervenție, data și ora, epicriza de deces. **O astfel de măsură, permite instituțiilor de monitorizare să verifice decesele intervenite din cauze naturale, precum și posibilele decese survenite în alte împrejurări;**

h) cazarea beneficiarilor în camere în funcție de diagnosticul medical și gradul de deplasare astfel încât beneficiarii să solicite cu ușurință sprijinul personalului;

i) asigurarea regimului alimentar corespunzător pentru beneficiarii diagnosticați cu afecțiuni medicale cronice (diabet zaharat, hipertensiune arterială etc.);

j) verificarea/evaluarea cauzelor care determinat vătămări fizice grave ale beneficiarilor (ex: fracturi) și luarea măsurilor care se impun.

4) asistența socială

a) asigurarea în program permanent (nu numai o zi pe săptămână) a asistentului social astfel încât să se asigure în condiții corespunzătoare activități de socializare și petrecere a timpului liber, stil de viață sănătos și viață activă, dezvoltarea abilităților sociale de comunicare, evenimente socio-culturale, etc.;

b) utilizarea balconului conform destinației acestuia și asigurarea unei înălțimi corespunzătoare a peretelui exterior astfel încât să fie asigurată protecția beneficiarilor, fiind eliminat riscul de cădere în gol al acestora;

c) completarea Registrelor de vizită și de ieșiri în oraș de către personalul Căminului cu stabilirea responsabilităților acestora, cu rubrici care să facă referire, după caz la: gradul de rudenie al vizitatorului, intervalul orar al vizitei, cât și observații cu privire la vizita primită, ieșirea și întoarcerea beneficiarului în Cămin, cât și alte aspecte relevante;

d) asigurarea activităților de recuperare în scopul menținerii sau ameliorării autonomiei funcționale a beneficiarilor, prin angajarea unui specialist cu responsabilități în acest sens;

e) amenajarea tuturor spațiilor (holuri, băi, spații interioare) ale Căminului astfel încât să corespundă nevoilor persoanelor cu afecțiuni locomotorii prin eliminarea pragurilor, amplasarea de mână curentă, bare de susținere precum și amenajarea unor toalete pentru persoanele cu dizabilități.

5) *supravegherea beneficiarilor*

a) supravegherea beneficiarilor la intrarea și ieșirea din Cămin prin angajarea cu personal de pază;

b) supravegherea, îngrijirea și însoțirea beneficiarilor cu risc de cădere și asigurarea paturilor în cazul beneficiarilor care au suferit căderi repetate pentru prevenirea numărului ridicat de incidente (căderi, alunecări, căderi din pat, răniri).

6) *condiții de cazare*

a) identificarea unei soluții de acoperire a pardoselii camerelor pentru a oferi beneficiarilor cu probleme locomotorii, siguranță în mișcare.

b) instalarea pe holurile centrului a unor bare de susținere pentru ușurința deplasării, amenajarea unor toalete pentru persoanele cu dizabilități;

c) montarea în camerele beneficiarilor a butoanelor de panică;

7) *alte aspecte*

a) administrarea medicației antidepressive, analgezice, etc. numai pe perioade scurte de timp și sub supraveghere medicală atentă la indicația personalului medical;

b) menținerea legăturii beneficiarilor cu familiile prin dotarea Căminului cu aparat telefonic și rețea de internet;

c) întocmirea corespunzătoare a Planurilor Individuale de Asistență și Îngrijire, a Fișelor de Monitorizare și a Planurilor de Recuperare/ Reabilitare astfel încât să corespundă

nevoilor reale și consemnarea ședințelor de consiliere și psihoterapie în Registrul de evidență al ședințelor de consiliere și psihoterapie;

d) angajarea unui kinetoterapeut sau subcontractarea serviciilor de recuperare pentru beneficiarii care au nevoie;

e) atragerea beneficiarilor în activități de petrecere a timpului liber, activități cultural-educative și ieșiri în aer liber în curtea interioară, cât și afara Căminului;

f) efectuarea demersurilor necesare în vederea amenajării unei săli de kinetoterapie, cu dotările corespunzătoare și angajarea de personal de specialitate sau încheierea unui contract de prestări servicii în acest sens.

București, 18 februarie 2019