

Aprob,
Avocatul Poporului,
Victor Ciorebea



RAPORT

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

Sumar:

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

1. Cadrul general și organizarea vizitei
2. Constatările rezultate din vizitele efectuate 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-partă 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 acesteia ori cu acordul tacit al acesteia (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 acestor 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 consider 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 frontierelor, porturilor și aeroporturilor internaționale; centre de detenție pentru imigranți și solicitanți de azil; instituții psihiatrice; centre 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 persoane vârstnice, reamintim dispozițiile **Legii nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare**, respectiv:

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

alin. (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 private 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 16 aprilie 2019, o vizită la Căminul pentru Persoane Vârstnice din Municipiul Constanța, județul Constanța.

Vizita a avut ca obiective: admiterea/ieșirea beneficiarilor, verificarea cazurilor de deces, verificarea registrelor și incidentelor precum și alte aspecte cu relevanță pentru activitatea Mecanismului Național de Prevenire a Torturii în locurile de detenție.

La efectuarea vizitei au participat: domnul , jurist, doamna , asistent social, doamna , psiholog, domnul , medic,

consilieri în cadrul instituției Avocatul Poporului, precum și doamna reprezentant al Organizației Neguvernamentale „Asociația ANAIS”.

Membrii echipei de vizită au purtat discuții cu domnul [REDACTAT], Directorul Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS) din cadrul Primăriei Constanța și cu reprezentanții Căminului pentru Persoane Vârstnice Constanța, respectiv: Director cămin, domnul [REDACTAT], Medic primar medicină generală, doamna asistent social, doamna [REDACTAT], psiholog.

La începutul vizitei, membrii echipei de vizită au prezentat directorului căminului, 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. Ulterior, cele menționate mai sus au fost aduse și la cunoștința Directorului Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS) din cadrul Primăriei Constanța, care a sosit în cămin la scurt timp după ce directorul unității vizitate l-a informat despre efectuarea vizitei de către reprezentanții împuterniciți de Avocatul Poporului.

Deși, directorul Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS) a invocat neincluderea căminului pentru persoane vârstnice în categoria locurilor supuse monitorizării Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție, acesta a permis totuși efectuarea vizitei. De asemenea, directorul Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS) a precizat în cadrul discuțiilor că instituțiile abilitate în efectuarea controlului și a verificării desfășurării activității în cadrul căminului, erau: Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială (AJPIS), Direcția de Sănătate Publică (DSP), Comisariatul Județean pentru Protecția consumatorului, Inspectoratul pentru Situații de urgență (ISU), toate din județul Constanța.

Cât privește discuțiile din cadrul întâlnirii cu directorul Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS), membrii echipei de vizită au menționat că atât constatările vizitei, cât și recomandările vor fi incluse în Raportul de vizită.

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 optional și ale Legii nr. 35/1997 de organizare și funcționare a instituției Avocatul Poporului, republicată, atât personalului centrului cât și personalului DGAS, aflat în subordinea Primăriei Constanța, precum și cooperarea acestora cu echipele de vizită ale MNP.**

2. Constatările rezultate din vizita efectuată și din interviurile cu beneficiarii

*Căminul pentru Persoane Vârstnice Constanța, jud. Constanța (denumit în continuare Căminul) se află în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială (DGAS) a Primăriei Constanța și funcționează în temeiul Hotărârii Consiliului Local Constanța nr. 185/31.08.2015, cu modificările și completările ulterioare, fiind o instituție pentru persoane vârstnice, fără personalitate juridică, cu o capacitate de **298 de locuri** ce asigura găzduire, hrana, îngrijiri medicale, asistență socială, resocializare și activități de petrecere a timpului liber. La momentul efectuării vizitei, erau admise în Cămin un număr de **251 de persoane** (116 bărbați și 135 femei).*

De asemenea, *Căminul funcționează cu respectarea cadrului general de organizare și funcționare reglementat de Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare, precum și a altor acte normative aplicabile în domeniu, standardul aplicabil acestui tip de serviciu social fiind Ordinul nr. 29/2019 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 pentru serviciile acordate în comunitate, serviciile acordate în sistem integrat și cantinele sociale - Anexa 1 Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice.*

Căminul era licențiat ca serviciu social, începând cu 04.04.2017, 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 Constanța era acreditată ca furnizor de servicii sociale.

Unitatea vizitată se adresa persoanelor vârstnice cu domiciliul atât în Municipiul Constanța, cât și în județul Constanța, oferind cazare, îngrijire, consiliere psihologică, socială, juridică, administrativă, medicală și spirituală, cât și activități de socializare și petrecere a timpului liber, pe o perioadă nedeterminată, în funcție de nevoile individuale ale acestora.

Referitor la admiterea/ieșirea beneficiarilor, la nivelul Căminului, admiterea s-a realizat prin aplicarea unei grile stabilindu-se un anumit punctaj, avându-se în vedere următoarele criterii de prioritate: persoana necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu; persoana nu se poate gospodării singură; persoana este

lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să-și îndeplinească această obligație datorită stării de sănătate, a situației economice și a sarcinilor familiale; persoana nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

Persoanele care doreau instituționalizarea se puteau adresa pentru consiliere și informații cu privire la documentația necesară admiterii, fie la Direcția Generală de Asistență Socială din cadrul Primăriei Municipiului Constanța, fie la sediul Căminului. Pentru persoanele care doreau să viziteze Căminul se oferea această posibilitate, la sediul Căminului fiind întocmit un registru (Registru informare beneficiari) în care se consemnase numele persoanelor care doreau internarea, sau al reprezentanților legali ai acestora.

Cu privire la admiterea în Cămin, s-a constatat că solicitările persoanelor vârstnice de a fi admise în Cămin (însoțite de dosarul beneficiarului) au fost formulate în scris și depuse la sediul Căminului.

Până în anul 2019, admiterea în cadrul Căminului s-a făcut prin Dispoziția Primarului municipiului Constanța ce a avut la bază referatului de aprobare a admiterii în Cămin, respingerea, suspendarea și încetarea dreptului la serviciile sociale oferite în Cămin făcându-se prin dispoziția Primarului. Începând cu anul 2019, admiterea în Cămin s-a realizat prin Dispoziția directorului general al DGAS Constanța pe baza Procesului-verbal încheiat în urma întrunirii Comisiei de internare din cadrul Căminului. În conținutul Procesului-verbal se face referire la procedura de admitere a beneficiarilor și a criteriilor de internare pe baza cărora persoana solicitantă a obținut un anumit punctaj. În situația în care sunt formulate mai multe solicitări de internare, este admisă persoana care a obținut punctajul cel mai mare. Comisia de internare în Cămin era constituită din: directorul Căminului, medic primar de medicină generală, asistent medical, asistent social, psiholog și un referent din cadrul D.G.A.S. Constanța.

Dosarul beneficiarului cuprindea documentele inițiale care au stat la stabilirea dreptului la serviciile sociale privind rezidența în cămin (cererea solicitantului, documentele de identitate și de venituri ale beneficiarului și după caz, ale apărătorilor, documente privind situația juridică a locuinței, ancheta socială), cât și documentele elaborate ulterior (Dispoziția Primarului municipiului/Directorului General DGAS Constanța privind internarea în Cămin, Contractul pentru acordarea de servicii sociale, Angajamentul de plată, Fișa personală a beneficiarului, Fișa de evaluare inițială, Fișa de evaluare socio-medicală, Planul Individualizat de Asistență și Îngrijire/Planul de intervenție, Fișa de monitorizare servicii).

Serviciile sociale se acordau în baza Contractului de servicii elaborat în conformitate cu Ordinul Ministrului muncii și solidarității sociale nr. 73/2005 privind aprobarea modelului Contractului pentru acordarea de servicii sociale, încheiat de furnizorii de servicii sociale, acreditați conform legii, cu beneficiarii de servicii sociale și era semnat de către reprezentanții Direcției Generale de Asistență Socială din cadrul Primăriei municipiului Constanța și beneficiarul serviciilor sociale/apărținător. Contractul pentru acordarea de servicii sociale se încheia pe perioadă nedeterminată, fiind întocmite ulterior acte adiționale, ca urmare a modificărilor intervenite în quantumul contribuției beneficiarului.

Din declarațiile reprezentanților Căminului, beneficiarii și după caz, apărținătorii 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.

În Registrul privind informarea beneficiarilor erau consemnări cu privire la: admiterea beneficiarilor în Cămin, semnarea documentelor necesare instituționalizării, informare asupra programului zilnic, informare asupra conținutului Ghidului beneficiarului, informări cu privire la reașezări în camere și identificarea posibililor colegi de cameră etc.

Contribuția lunară de întreținere era stabilită, pentru anul 2019, în valoare de până la 60% din pensie, diferența fiind achitată, în majoritatea cazurilor, de susținătorii legali ai persoanei vârstnice. Prin Hotărârea Consiliului Local Constanța nr. 46/28.02.2019 a fost aprobat costul mediu lunar de întreținere pentru beneficiarii Căminului, în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite, astfel: persoane independente - 2.333,53 lei; persoane semidependente - 2.438,39 lei; persoane dependente - 2.604,89 lei. Persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, nu datorează contribuție de întreținere, aceasta fiind asigurată din bugetul local al municipiului Constanța, în limita costului mediu lunar de întreținere. În această situație se aflau două persoane, cazuri sociale care nu aveau venituri proprii și nici susținători legali care să le poată achita contribuția de întreținere.

Încadrarea în grade de dependență se realizase pe baza Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, prevedere stabilită în H.G. nr.886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, astfel un număr de 125 persoane erau independente, 88 persoane semidependente și 38 persoane dependente. Criteriile de încadrare în grade de dependență au fost stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihofuncțional 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.

Reevaluarea beneficiarilor privind încadrarea în grade de dependență se realizase anual sau ori de câte ori a fost impusă o astfel de situație. De asemenea, cazarea beneficiarilor se realizase în funcție de gradul de dependență, la parter fiind cazate persoanele dependente și semidependente, la etajul I erau cazate persoanele semidependente și independente, iar la etajul II erau cazate persoanele independente. Referitor la încadrarea beneficiarilor în grad și tip de handicap, un număr de 29 beneficiari erau încadrați în grad de handicap (21 femei și 8 bărbați).

Serviciile psihico-sociale erau asigurate de către un psiholog și doi asistenți sociali, asistenții sociali declarând că sunt înscrisi în Registrul Național al Asistenților Sociali din România, dar la verificarea acestuia s-a constat că **numai unul din cei doi asistenți sociali se aflau în evidențele Colegiului Național al Asistenților Sociali din România, nefiind respectate prevederile art. 8 din Legea nr. 466/2004 privind Statutul asistentului social, cu modificările și completările ulterioare.**

Având în vedere numărul mare al beneficiarilor Căminului, raportat la numărul asistenților sociali angajați și atribuțiile stabilite asistentului social, așa cum sunt prevăzute în Regulamentul de Organizare și Funcționare al Căminului, cât și din discuțiile echipei de vizită cu asistenții sociali angajați, se impune suplimentarea posturilor personalului de specialitate, cu cel puțin un post de asistent social, avându-se în vedere complexitatea nevoilor beneficiarilor și particularitatele fiecărui caz.

Planul Individualizat de Asistență și Îngrijire se elabora anual, iar Fișele de monitorizare servicii erau elaborate pe luni.

Planurile individualizate de asistență și îngrijire nu cuprindeau informații cu privire la activitățile derulate/serviciile acordate pentru a acoperi nevoile de îngrijire personală; menținerea și/sau ameliorarea stării de sănătate și a autonomiei fizice și psihice; nevoile de recuperare/reabilitare funcțională (psihică și/sau fizică); nevoile de integrare/reintegrare socială și programarea activităților și serviciilor zilnică, săptămânală sau lunară. În conținutul acestor planuri se regăseau informații generale cu privire la asistența și îngrijirea persoanei vârstnice în Cămin, nefiind particularizate, iar specialiștii implicați în elaborarea acestora (medic/asistent medical, asistent social, psiholog) nu detaliaaseră ce servicii recomandau. În Fișele de evaluare/ reevaluare a

beneficiarului nu erau înscrise rezultatele evaluării, nevoile identificate, precum și data fiecărei evaluări, în conformitate cu prevederile ordinului enunțat.

Mai mult, în conținutul Fișei de monitorizare servicii la capitolul Servicii de integrare și reintegrare socială erau următoarele consemnări: „discuții la camera vârstnicului cu privire la activitatea desfășurată de acesta, zilnic” **fără a se detalia ce servicii se recomandă beneficiarului, adaptate nevoilor și capacitaților acestuia, în vederea integrării și reintegrării sociale.**

Toți beneficiarii aveau desemnat un responsabil de caz ce avea ca atribuție monitorizarea situației beneficiarului și a aplicării planului individualizat de asistență și îngrijire.

Cu privire la fluctuația beneficiarilor, în anul 2019 numărul persoanelor admise în Cămin a fost 19, nefiind realizată nici o ieșire din Cămin, în sensul reintegrării în familie sau transferul beneficiarului către alte servicii specializate.

În ceea ce privește ieșirea temporară a beneficiarilor în comunitate, reprezentanții Căminului ne-au declarat că beneficiarii pot ieși din Cămin în orice zi în intervalul orar 6,00-22,00. În situația în care doreau să meargă în altă localitate, în afara municipiului Constanța, pentru un interval de timp mai mare de 24 de ore, beneficiarii erau obligați să anunțe personalul cu privire la acest aspect. Nu au fost înregistrate situații în care un beneficiar să nu se mai întoarcă în Cămin.

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. Aproximativ 60 de beneficiari erau vizitați, restul mergeau în vizite în familie sau la prieteni, cu excepția celor două cazuri sociale care nici nu erau vizitați și nici nu mergeau în vizite.

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. Programul pentru vizite era afișat la intrarea în Cămin, intervalul orar stabilit fiind: 10:00-12:00 și 16:00-20:00, cu precizarea că vizita nu putea dura mai mult de o oră.

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.

Cea mai mare 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 trimitea și nu primea scrisori.

O parte a beneficiarilor mergeau în clubul și sala de socializare aflate pe fiecare nivel, dotate cu: televizor, mese, canapele și scaune, unde vizionau diverse programe tv, socializau sau jucau table, rummy sau șah etc. **Un număr redus de beneficiari**, majoritatea femei, erau implicați în activități de terapie desfășurând diferite activități: încondeierea ouălor, realizarea de podoabe, împletituri, aranjamente florale, picturi, mărtișoare etc.

Din discuțiile cu beneficiarii, o parte a acestora împrumutau cărți de la biblioteca Căminului sau își cumpărau ziare din oraș. Deși clădirea în care funcționa Căminul era prevăzută cu lift și elevator pentru a asigura accesul persoanelor imobilizate în scaunul rulant în toate spațiile, o parte a beneficiarilor nu doreau să iasă în curte și preferau să stea pe balcon, fiecare cameră fiind prevăzută cu un astfel de spațiu.

Cu privire la activitățile cultural-educative și de recreere, atât reprezentanții Căminului cât și beneficiarii au declarat că numărul activităților organizate era redus, puține fiind situațiile în care au ieșit în comunitate, în municipiul Constanța sau împrejurimi, excursii prin oraș sau la activități cultural-educative.

Referitor la participarea beneficiarilor la diferite activități organizate în Cămin, un număr redus de beneficiari se ocupau cu grădinăritul și curățenia în curte, activități desfășurate pe bază de voluntariat.

În perioada sărbătorilor (Paște, Crăciun), beneficiarii sunt vizitați de elevi și studenți din cadrul unor școli din municipiul Constanța prezentând programe artistice și oferind persoanelor vârstnice diferite cadouri.

Căminul punea la dispoziție diferite obiecte de îmbrăcăminte, dar, cel mai frecvent, beneficiarii foloseau îmbrăcăminte proprie. De asemenea, Căminul avea amenajat un cabinet de frizerie, programul fiind stabilit pentru 8 ore zilnic, luni-vineri: 8,00-16,00, o zi pe săptămână fiind alocată femeilor, restul zilelor din săptămâna fiind alocată bărbaților pentru tuns și bărbierit, fie la cabinet, fie în camera beneficiarului.

Beneficiarii își administrau singuri veniturile, fără o implicare a reprezentanților Căminului în gestionarea veniturilor și a bunurilor proprii.

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 directorul Căminului, iar în funcție de conținutul acesteia se

luau măsurile specifice, nefiind sesizate aspecte importante. Pentru anul 2019, în Registrul de sugestii și reclamații era consemnat lunar „cu privire la conținutul cutiei de sesizări și reclamații, în cutie nu s-a găsit nici o reclamație/sesizare”. Din discuțiile purtate cu reprezentanții Căminului a rezultat faptul că, nemulțumirile beneficiarilor/reprezentanților legali sunt formulate verbal și rezolvate punctual, nefiind sesizate aspecte deosebite.

Din întrevederile cu beneficiarii a rezultat că, aceștia sunt mulțumiți de serviciile oferite în Cămin, de calitatea hranei și diversitatea acesteia, de curățenia din Cămin, de relația personalului cu beneficiarii, de posibilitatea de a ieși zilnic și de a primi vizite, problemele identificate fiind acelea referitoare la lipsa unor activități organizate de recuperare medicală, sau orice alte terapii, cât și cele cu privire la socializare, petrecerea timpului liber.

Cu privire la cazurile de deces, din verificarea documentelor existente la cabinetul medical al Căminului a rezultat că, au fost înregistrate în perioada 2018-2019 (până la momentul efectuării vizitei) 45 de decese în anul 2018 și 20 de decese în anul 2019 (intervalul de timp 01.01-15.04.2019).

În baza listei cu **cele 20 decese** de la începutul anului 2019 până în momentul vizitei, membrii echipei de vizită au solicitat medicului de familie încadrat cu contract de prestări servicii, documentele de evidență primară (cu precădere certificatele constatatoare de deces emise de medic/certificatele de deces emise de primărie, fișele de consultații ale decedaților din lista cu decese, registrele de consultații și de predare-preluare a turelor asistentelor medicale, condica de medicamente etc.). S-a constatat **lipsa certificatelor constatatoare ale deceselor** (la nivelul cabinetului medical al Căminului existau file volante, imprimate cu configurația certificatului constatator de deces) **existând numai fișele de consultații medicale, care nu erau semnate și parafate de medic**. În acest sens, **nu exista un certificatier** cu file numerotate, legat și sigilat de către medicul care asigura asistența medicală în cămin. Or, fila detașată pentru obținerea certificatului de deces de către apătașator trebuie să fie predată acestuia sub semnătura de primire pe foaia de evoluție a bolii, după deces conform legislației în vigoare. Cotoarele certificatelor constatatoare de deces nu **confereau siguranță documentelor și a datelor din evidențele primare**.

Din cele 20 cazuri de deces s-au regăsit doar 3 cotoare ale certificatelor constatatoare, medicul motivând că la celelalte cazuri (pâna la 20) cotoarele se aflau în fișele de consultații medicale aflate la Cabinetul Medical Individual care era în relație contractuală cu CJAS Constanța (cabinet aflat în altă locație pe raza municipiului Constanța) pe lista căruia se aflau în evidență și asigurării decedați. La cele 3 cazuri de deces menționate mai sus, certificatele

medicale constatatoare de deces (CMCD), care trebuiau atașate la fișa medicală de consultații, fie că nu aveau stampila rotundă a medicului care a emis certificatul constatator de deces, fie că nu existau consultații anterior datei decesului care să menționeze atitudinea terapeutică efectuată și care să închidă fișa medicală de consultații a persoanei decedate. În baza acestor deficiențe observate a fost extinsă verificarea CMCD și pe anii anteriori (2015-2019) și au fost constatate, următoarele: lipsa de semnătură și/sau parafare a medicului care a constatat decesul; **cauzele imediate de deces erau în mare parte prin stop cardio-respirator urmare a AVC, a neoplaziilor, a insuficiențelor de organ vital etc.** apărute frecvent la femei și mai ales în anotimpul rece toamnă-iarnă-primăvară, când frecvența virozelor respiratorii este la apogee); o mare parte din CMCD erau emise de medicii de pe salvare (inclusiv rezidenți) care au constatat decesul în căminul vizitat.

De asemenea, fișele medicale de consultații la cele 20 cazuri de deces, cât și la vârstnicii cu afecțiuni cronice (HTA, AVC, CIC, s.a.) solicitate pe criteriul dietelor afișate pe ușile camerelor (camerele: 234; 211; 209; 207; 206; 39; 35; 33; 31 și 3) **relevă un număr redus de consultații** efectuate de către medicul de familie față de medicii altor specialități, **fără ca medicul de familie să consemneze evoluția sub tratament, cel puțin 2-3 zile de la administrarea medicației sau să respecte periodicitatea evaluărilor/reevaluărilor.** Nu existau foile de temperatură cu ingestia/eliminarea hidrică (diureza, scaune, s.a.) care normal trebuia să fie atașate la foaia de consultații medicale și nici la patul vârstnicilor imobilizați la pat (unde trebuia să fie un vas gradat cu care să se monitorizeze cantitatea de apă/ceai ingerată).

Astfel, echipa de vizită recomandă efectuarea de evaluări/reevaluări periodice privind starea de sănătate a beneficiarilor precum și întocmirea unor fișe de urmărire a graficului de temperatură și atașarea acestora la foaia de consultații medicale.

Referitor la existența unor evenimente deosebite sau incidente, la nivelul Căminului, în anul 2018, erau consemnate un număr de 9 incidente deosebite, cele mai frecvente cazuri fiind cele referitoare la altercații dintre beneficiari, când a fost chemată poliția, un caz de agresivitate verbală față de personal și conducerea Căminului precum și un caz de cădere a unei beneficiare pe scările bisericii din incinta Căminului, fiind anunțat Serviciul Național Unic Pentru Apeluri de Urgență (beneficiara a fost transportată la spital).

În anul 2019, a fost consemnat în registrul de evidență a incidentelor deosebite un singur caz. Astfel, **în data de 29.03.2019 a fost înregistrată o tentativă de suicid - persoana**

de sex feminin, beneficiară a Caminului din anul 2011. Din verificarea fișei beneficiarei s-a constatat faptul că, la 27.03.2019 era menționat un consult psihiatric, fiind consemnat: “*Dispoziție ușor apatică, tentative de a plângă*”, se crește doza de tratament prescris de medicul psihiatru. De asemenea, din raportul de tură al personalului Căminului a rezultat că beneficiara a fost trimisă de urgență la spital însă a revenit în cămin (aceasta semnând că refuză internarea) în aceeași zi, după ce i s-a efectuat spălătură gastrică și consult psihiatric. Conform Fișei UPU, beneficiara a fost transportată la Spitalul Clinic Județean de Urgență “Sf. Andrei” din Municipiul Constanța. Față de cele expuse, **membrii echipei de vizită recomandă supravegherea atentă a beneficiarilor cu probleme mentale.**

Conform mențiunilor din Registrul de evidență a incidentelor deosebite, pentru toate aceste cazuri s-a realizat consilierea beneficiarilor și au avut loc discuții/înștiințări cu privire la comportamentul acestora.

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

La nivelul Căminului, **asistența psihologică** era asigurată de un psiholog practicant, cu specializarea în psihologie clinică. Activitatea profesională constă în: evaluare psihologică inițială/anuală; consiliere psihologică; suport psihico-emotional oferit beneficiarilor; conform fișei de post „participarea la întocmirea și derularea proiectelor menite să amelioreze viața beneficiarilor din instituție.

Pentru admiterea în centru, erau realizate evaluările psihologice inițiale, fiind **utilizate instrumente clinice nestandardizate, fără licență**.

La dosarele beneficiarilor, alese aleatoriu s-a constatat că, psihologul întocmea o *Fișă de monitorizare a serviciilor de asistență psihologică*, în care existau date referitoare la „*tipul și motivul intervenției*„, și „*observații*”, identice ca și conținut.

În dosarele alese aleatoriu, membrii echipei de vizită au constatat că la tipul intervenției era consemnat „*convorbire telefonică cu nepoata beneficiarei*”, la rubrica observații „*nepoata vârstnicei a fost cooperantă, i s-a comunicat evoluția nefavorabilă a vârstnicei (ideație depresivă, refuzul spitalizării)*”.

Într-un alt dosar au fost consemnate la motivul intervenției *monitorizarea beneficiarei*, la tipul intervenției *consilierea*, iar la rubrica observații, următoarele: *aspect exterior îngrijit, curat, ideație depresivă, se susține compliantă la tratamentul psihiatric*.

Ținând cont de patologia existentă, de specificul tulburărilor neurocognitive, de declinul cognitiv, de patologia neurologică și psihiatrică (forme de schizofrenie, de dizabilitate

intelectuală, epilepsie, deficiențe psihomotorii, tulburări de depresive) cât și de nivelul de severitate al dizabilității, **era necesar un Plan de intervenție personalizat.**

Nu exista un Plan de implementare a programelor de intervenție sau o planificare săptămânală/ lunară a beneficiarilor în funcție de particularitățile psihomotorii individuale. Or, în conformitate cu standardele 2 și 3 din Ordinul Ministrului Muncii și Justiției Sociale nr.29/2019 privind aprobarea standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale adresate vârstnicilor “consilierea psihologică cuprinde programe de intervenții terapeutice specifice, prin care psihologul folosește Fișa beneficiarului, în care consemnează intervenția și durata acesteia, iar activitățile de menținere/dezvoltare a aptitudinilor cognitive, după caz, constau în aplicarea de tehnici și exerciții pentru ca beneficiarii să-și dezvolte aptitudinile cognitive” dar și rolul psihologului de a “relaționa cu beneficiarul, de a menține un climat suportiv”.

De asemenea, s-a constatat că nu era consemnată activitatea profesională în Registrul de evidență a documentelor profesionale. Astfel că, în anul 2019 erau înregistrate patru activități terapeutice, activități identice, adresate unui număr de cinci beneficiari.

Având în vedere că abilitățile conceptuale ale beneficiarilor se dezvoltă lent în cazul dizabilităților intelectuale, sau chiar sunt limitate, deteriorate în grade diferite, în cazul celor cu tulburări neurocognitive era necesară susținerea și asistența continuă pentru finalizarea sarcinilor conceptuale uzuale, de menținere/ formare a deprinderilor de autonomie personală.

Beneficiarii cu dizabilități psihomotorii, care necesitau îngrijire permanentă erau cazați la parter, cei care erau parțial dependenți, care foloseau mijloace de susținere pentru a se deplasa erau cazați la etajul 1, iar beneficiarii care aveau mobilitate și care nu necesitau îngrijire permanentă erau cazați la etajul al 2-lea.

În ceea ce privește **activitatea medicală**, aceasta era asigurată de către: un medic de medicină de familie și un psihiatru, care își desfășura activitatea doar miercurea; un geriatru, un cardiolog și un medic de recuperare medicală, care își desfășurau activitatea profesională doar o zi pe săptămână în baza unor contracte de colaborare.

Persoanele cazate aveau mobilitate/independență (atât femei cât și bărbați), fără manifestări de boală vizibile (excepție în unele camere în care existau cârje, bătrâni cu proteze pentru văz și proteze auditive etc.), aveau aspect exterior îngrijit tegumentar și capilar, iar îmbrăcămintea personală era curată.

Vârstnicii cu deficit de mers (cazați la etajul I) în mare parte cu mijloace de susținere (cârje, cadru metalic de deplasare și cărucioare, etc.) erau bine îngrijiți, unii dintre aceștia deplasându-se la sala de mese însoțiți de infirmieră.

Beneficiarii cu dizabilități erau cazați la parter, majoritatea fiind fără mobilitate psihomotorie. Aceștia serveau masa la pat, iar unii erau ajutați de infirmiere. De asemenea, acolo unde erau cazate persoane cu dietă de regim (diabet zaharat, HTA, ș.a.) pe ușa camerei erau afișate și dietele.

Din discuțiile purtate cu unii beneficiari a rezultat faptul că, aceștia erau mulțumiți de felul cum se comportă personalul de îngrijiri și cel medico-sanitar cu ei, de libertatea pe care o au în cămin (învoiri și alte solicitări). Câțiva bătrâni (bărbați și femei) s-au rezumat la faptul că nu participă la discuții cu alții beneficiari (aveau rețineri despre ce se întâmplă în jurul lor). Beneficiarii de la etajul II erau mai energici, mai încrezători, expunându-și stările sufletești de moment. Mâncarea, condițiile de căldură și iluminat le satisfăcea starea, iar cu privire la accesul la informații audio-vizuale și presa scrisă, au afirmat că sunt optime. La nivelele inferioare erau cazate personae vârstnice cu dificultăți de mobilitate, dureri meteoro dependente articulare și probleme de auz cu acufene, iar la parter erau cazați bătrâni imobilizați la pat (în stare de veghe unii și alții somnolenți sau în stare de somn dar care reacționau la stimuli verballi) bradilalici sau cu deformări osteoarticulare.

De reținut că, în bucătărie am constatat că frigiderele cu probele alimentare existente **nu avea termometru**, iar în magazia de depozitare a preparatelor conservate au fost găsite **3 cutii de 580 ml cu ananas expirate din data de 23.02.2019**, cutii care au fost scoase din consum și distruse. Celelalte frigidere, vitrine și lăzi frigorifice cu produse alimentare (ouă, lactate, carne) funcționau corespunzător fiind cu termometre electronice înglobate.

Prin urmare, se reține **existența riscului cu caracter epidemiologic (toxiinfectii alimentare, alergii etc.) generat de modul cum erau păstrate probele alimentare în frigiderele fără termometru precum și existența de produse alimentare expirate/expirabile în blocul alimentar.**

Ciorba de vită (inclusiv cea hiposodată), salata cu cartofi prăjiți și carnea de pui la grătar, biscuitul, mandarina și para mălăiosă, erau corespunzătoare din punct de vedere calitativ și cantitativ. Pentru persoanele nedeplasabile, mâncarea era transportată pe cărucior la camera. S-a constatat faptul că, erau preparate semisolid alimentele pentru câțiva bătrâni cu dificultăți de masticație și înghițire. **Lista cu meniul zilnic** era semnată de directorul căminului dar **nu era parafată de medicul responsabil al dietelor beneficiarilor**.

Meniul de care beneficiau persoanele găzduite **nu avea viza medicului**, era variat și se ținea cont în alcătuire de anumite afecțiuni ale beneficiarilor (spre exemplu: diabet), însă **nu era respectată orientarea religioasă a unor beneficiari (în cazul religiei musulmane și ortodoxe)**. La momentul efectuării viziei, era postul Paștelui, iar meniul cuprindea produse de post doar pentru micul dejun și prânz nu și pentru cină, cu toate că mai mulți beneficiari au afirmat că țin post. Astfel, **echipa de vizită recomandă alcătuirea meniului cu respectarea orientării religioase a persoanelor cazate precum și parafarea acestuia de către medicul responsabil cu dieta beneficiarilor.**

Programul de lucru al personalului medico-sanitar afișat era, următorul: medicii de familie câte 35 ore pe săptămână (de luni până vineri; în momentul vizitei fiind doar medicul titular al CMI aflat în contract cu CJAS Constanța, medicul angajat al acestuia nefiind prezent până la finele vizitei); stomatologul după ora 17, marțea și joia (nefiind prezent până la finele vizitei); psihiatrul, miercurea după ora 8 (câte 8 ore); geriatrul, marțea, după ora 8, câte 5 ore; cardiologul, marțea și vinerea, câte două ore și medicul de recuperare medicală, miercurea, câte 4 ore. Astfel, **corpul medico-sanitar** (cei doi medici de familie, psihiatrul, geriatrul, cardiologul, stomatologul, medicul de recuperare medicală, având programul de lucru prea limitat, asistenții medicali și infirmierele, prin numărul insuficient corespunzător numărului de paturi) **nu satisfăcea cererea/nevoile și** aşa crescute a bătrânilor existenți în Cămin.

Directorul căminului de vârstnici, precum și medicul de familie, au afirmat că nu au fost cazuri la care să fie anunțate organele judiciare până în momentul vizitei. Din relatăriile medicului, și constatare după verificarea evidențelor primare, afecțiunile cele mai frecvente ale bătrânilor din cămin erau: HTA, AVC sechelare, CIC, ATSC, DZ, psihoze, patologii cronice bronșice și pulmonare, afecțiuni uro-genitale, malformații și deformații dobândite scheletice etc.

În fișele medicale de consultații, **reevaluările anuale ale bolnavilor cronici nu s-au regăsit în foile de evoluție**. S-a constatat ca **deficiență majoră, modul de păstrare necorespunzător a documentelor din evidența primară** (fișele medicale de consultații, foile de evoluție și tratament, alte documente de anexat la fișe, inclusiv CMCD etc.) în consemnarea evenimentelor cu caracter medico-legal. Astfel, **pentru siguranța păstrării se recomandă îndosarierea și introducerea în evidența electronică existentă la nivelul Căminului a documentelor din evidența primară**.

Diversele solicitări, cu precădere pentru cele legate de înrăutățirea stării de sănătate, se realiza prin butonul de panică existent la fiecare pat.

La momentul efectuării vizitei, persoanele imobilizate la pat beneficiau de saltele antiescară.

Medicamentele prescrise și consemnate în fișele de consultații medicale erau în concordanță cu cele din condica de medicamente și din registrul de predare-primire al asistentelor pe ture unde se menționa ora și cantitatea de administrare. **Medicația cumpărată de beneficiar sau aparținători nu era întotdeauna declarată** la cabinetul medical sau la asistentele medicale. Astfel, evidența deficitară a păstrării medicamentelor ar putea explica, într-o măsură, tentativa de suicid a beneficiarei cu medicamente ingerate voluntar (pe care le avea pentru tratamentul HTA și CIC). Se impunea astfel, **reglementarea introducerii medicamentelor în interiorul Căminului de către beneficiarul sau aparținătorii acestuia.**

Medicația ce urma a fi administrată beneficiarilor era păstrată în mod individualizat la cabinetul medical, dar și în cutii aflate pe noptierele din camerele unde erau cazate persoanele vârstnice.

Cele mai frecvente medicamente administrate vârstnicilor în cămin erau: antidepresivele, antihipertensivele, antiinflamatoarele, antalgicele, antidiabeticele, antibioticele pentru situațiile cu febră și hipersecreții (bronhopulmonare, oculare, otice, dermatologice, urinare, etc) precum și vitamine. Dozele de vaccin antigripal s-au administrat celor care au acceptat imunizarea, acestea făcându-se pe grupe în lunile anotimpului rece (noiembrie-decembrie și ianuarie). Pentru bolile acute și acutizarea celor cronice, care depășeau competența cabinetului medical din cămin, aşa cum s-a constatat în urma verificării evidențelor primare, se proceda la trimiterea persoanei vârstnice pentru internare apelându-se la numarul de urgență 112.

Lista cu baremul de medicamente al aparatului de urgență aflat în sala de tratamente al asistentelor era completă dar **nu era semnată și parafată de medic.**

Beneficiarii independenți mergeau singuri la cabinetul medicului de familie pentru consult și eliberarea rețetei, însă cei mai mulți dintre beneficiari aveau medicul de familie care avea contract de prestari servicii cu Căminul și care presta activitate de asistență medicală pentru toți beneficiarii (în zilele de marți și joi în intervalul orar 13:00-15:00). În zilele de luni, miercuri și vineri, asistența medicală era asigurată de către un alt doctor. **Programul medicului era total inadecvat întrucât în acest interval de timp se servea masa de prânz după care mulți dintre beneficiari se odihneau.** Astfel, era **în interesul beneficiarilor ca programul medicilor să fie în prima parte a zilei și nu stabilit în funcție de programul acestora de la cabinele private.**

La cabinetul medical al Căminului s-a constat faptul ca exista un stoc de medicamente, achiziția efectuându-se pe baza referatului medical, de către Direcția de Asistență Socială. De asemenea, s-a constat faptul că **nu există un registru pentru boli cronice, astfel încât nu se puteau identifica beneficiarii cu acest tip de afecțiuni**. Din afirmațiile unuia dintre medicii Căminului a rezultat faptul că, **un astfel de registru există la cabinetul său medical, de medicină de familie, acolo existând și evidența beneficiarilor care erau pacienții săi**.

Căminul funcționa într-o clădire formată din P+2, cu 153 de camere (garsoniere - 41, camere cu 2 paturi - 106 și camere cu 3 paturi - 6).

Camerele erau dotate cu grup sanitar propriu (unele dintre acestea fiind prevăzute cu balcon), dulap pentru haine, masă și scaune, televizor, buton de alertă și telefon fix pentru anunțarea vizitelor pentru beneficiari. De asemenea, clădirea era dotată cu 2 lifturi (unul pentru marfă și unul pentru persoane), iar Căminul era prevăzut cu o **curte** (cu spațiu verde, pomi și o platformă betonată) **care nu era dotată** cu băncuțe, mese, zonă umbrită și foișor, pentru ca beneficiarii care se puteau deplasa, să se poată odihni în aer liber.

Unii dintre beneficiari au afirmat că nu au ieșit din clădire de mai mulți ani de zile cu toate că, pe hol, se deplasau în baston. În acest context, **echipa de vizită recomandă însoțirea beneficiarilor în vederea deplasării acestora spre curtea interioară a Căminului**.

Totodată, în curtea Căminului era amplasată și funcționa o biserică ortodoxă care nu aparținea unității vizitate (biserica era deschisă doar atunci când venea preotul) și care, la momentul efectuării vizitei era închisă.

Din discuțiile purtate cu reprezentanții Căminului, la slujbele religioase puteau participa și persoane din exteriorul acestuia. De asemenea, beneficiarii au relatat faptul că preotul bisericii îi vizitează în cameră pe cei nedeplasabili, îi spovedește și împărtășește la cerere. Unii dintre beneficiari au afirmat că ar dori să meargă la biserică însă nu pot urca treptele acesteia.

Cu toate că biserică deservea în cea mai mare parte beneficiarii Căminului, nu exista rampă de acces pentru persoanele vârstnice care aveau probleme locomotorii. Deși, **în rândul beneficiarilor existau persoane și de alte religii decât cea ortodoxă (spre exemplu: religie musulmană)**, **nu există un spațiu în care aceștia puteau să-și exercite credința**.

Din afirmațiile personalului Căminului a rezultat faptul că, existau camere în care erau găzduite persoane de religii diferite, nefiind înregistrate incidente între beneficiari provocate de convingerile religioase. Totuși, **se impune ca în incinta Căminului să existe un spațiu în care beneficiarii de altă religie decât cea ortodoxă, să se poată ruga.**

Vârsta beneficiarilor Căminului este cuprinsă între 65 și 98 de ani. Cu toate că existau multe locuri libere în Cămin, la avizierul acestuia era afișat următorul anunț: ”*asistații care locuiesc singuri sunt rugați să-și găsească coleg/colegă de cameră pentru că în cel mai scurt timp se vor face internări*”.

Beneficiarii independenți puteau părăsi Căminul zilnic, fără să anunțe.

Nu exista o procedură de învoire, iar beneficiarii anunțau doar plecările din localitate pe perioade de timp mai mari de o zi.

Întrucât nu exista nicio evidență a celor care părăsiseră instituția pentru diferite activități (spre exemplu: cumpărături, vizite etc.), **nu s-a putut prezenta de către conducerea Căminului, situația cu numărul beneficiarilor care se aflau în unitate.**

Astfel, **la nivelul Căminului exista o supraveghere deficitară a persoanelor vârstnice cazate.**

Echipa de vizită recomandă o evidență strictă a tuturor beneficiarilor pentru o mai bună supraveghere a acestora.

Cutia de sugestii și reclamații era amplasată la o distanță greu accesibilă pentru beneficiari și nu era inscripționată. De asemenea, **nu se puteau introduce mai mult de 2-3 coli.**

Totodată, nu exista posibilitatea ca vreun beneficiar sau aparținător să introducă în această cutie vreo sesizare sau reclamație, cu respectarea confidențialității încărcăt, la Registratură era în permanență prezent un angajat al Căminului.

Unul dintre beneficiari a afirmat că a formulat o sesizare scrisă, cu o săptămână înainte de efectuarea vizitei, reclamând comportamentul unei infirmiere, însă aceasta nu apărea înregistrată.

Se impune montarea de cutii pentru sesizări/reclamații inscripționate, pe fiecare etaj, cu posibilitatea asigurării confidențialității și înființarea unei comisii care să verifice cutiile, să înregistreze și să analizeze sesizările și reclamațiile.

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

RECOMANDĂ

**conducerii Căminului pentru Persoane Vârstnice Constanța
să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:**

1. prelucrarea dispozițiilor Protocolului Optional, 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 2984, ratificat prin Legea nr. 109/2009 denumit în continuare Protocol optional și ale Legii nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, atât personalului centrului cât și personalului DAS, aflat în subordinea Primăriei Constanța, precum și cooperarea cu echipele de vizită ale MNP.

2. referitor la asistența medicală

- examinarea oportunității încadrării în cămin a unui medic de medicină de familie și a unui medic de recuperare medicală cu contract pe perioadă nedeterminată care să asigure o evidență medicală primară la nivelul Căminului și recuperare medicală asigurată zilnic pentru persoanele vârstnice încă active atât psihic cât și motor;

-dotarea cu vase (căni) gradate pentru monitorizarea ingestiei de lichide și consemnarea cantităților în graficele care trebuie plasate atât la patul celui nedeplasabil cât și în foaia de temperatuă pe rubrica ingestia de lichide și diureză; datele obținute să fie aduse la cunoștința medicului de către asistent pentru interpretare și adaptări ale terapiei și alimentației;

-însorțirea beneficiarilor cu probleme locomotorii în vederea deplasării acestora în curtea interioară a Căminului;

- întocmirea unui registru pentru boli cronice, completarea la zi și păstrarea acestuia la cabinetul medical al Căminului;

- stabilirea programului de lucru al medicilor Căminului în funcție de programul de activitate zilnic al beneficiarilor;

- întocmirea corespunzătoare a listei cu baremul de medicamente al aparatului de urgență prin semnarea și parafarea de către medic;
- reglementarea introducerii medicamentelor în Cămin, care să se realizeze prin supravegherea atentă a vârstnicilor care revin în cămin după învoiri și identificarea produselor medicamentoase introduse în camere, produse care pot fi contraindicatice și care pot duce la evoluții nefavorabile a stării de sănătate atunci când sunt ingerate fără avizul asistentului medical și/sau al medicului;
- întocmirea corespunzătoare a documentelor din evidența primară pentru precum și îndosarierea/introducerea acestora în evidența electronica existentă la nivelul Căminului.
- avizarea de către medicul responsabil al dietelor beneficiarilor a meniului zilnic și alcătuirea meniului cu respectarea orientării religioase a persoanelor cazate;
- supravegherea atentă a beneficiarilor cu probleme mentale;
- efectuarea de evaluări/reevaluări periodice a beneficiarilor precum și întocmirea unor fișe de urmărire a graficului de temperatură și atașarea acestora la foaia de consultații medicale;
- efectuarea de consultații medicale din care să rezulte atitudinea terapeutică efectuată și care să închidă fișa medicală de consultații a persoanei decedate;
- achiziționarea de certificate medicale constatatoare de deces, completarea corespunzătoare a acestora și anexarea lor în toate cazurile de deces (ștampilate) la fișele de consultații medicale (semnate și parafate de medic);
- dotarea frigiderului cu probe alimentare recoltate cu termometru și eliminarea tuturor produselor expirate, pentru evitarea unor toxinfecții alimentare.

3. referitor la asistența socială

- respectarea prevederilor art. 8 din Legea nr. 466/2004 privind Statutul asistentului social, cu modificările și completările ulterioare, sub aspectul înscirierii asistentului social angajat al Căminului în Registrul Național al Asistenților Sociali din România;
- suplimentarea posturilor de asistent social și ocuparea acestora, având în vedere numărul mare al beneficiarilor Căminului, raportat la numărul asistenților sociali existenți, atribuțiile stabilite asistentului social, dar și complexitatea nevoilor beneficiarilor și particularitățile fiecărui caz;

- completarea Planurilor individualizate de asistență și îngrijire cu informații ce privesc: activitățile derulate și serviciile acordate pentru a acoperi nevoile de îngrijire personală; menținerea și/sau ameliorarea stării de sănătate și a autonomiei fizice și psihice; nevoile de recuperare/reabilitare funcțională (psihică și/sau fizică); nevoile de integrare/reintegrare socială, cât și programarea activităților și serviciilor: zilnică, săptămânală sau lunară, având în vedere că în conținutul acestor planuri se regăseau informații generale cu privire la asistență și îngrijirea persoanei vârstnice în Cămin, nefiind particularizate, iar specialiștii implicați în elaborarea acestora (medic/asistent medical, asistent social, psiholog) nu detaliaseră ce servicii recomandau;

- întocmirea corespunzătoare a Fișei de monitorizare servicii și a Fișei de evaluare/reevaluare a beneficiarului înscriindu-se rezultatele evaluării, nevoile identificate, precum și data fiecărei evaluări, în conformitate cu prevederile Ordinului Ministerului Muncii și Justiției Sociale nr. 29/2019 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 pentru serviciile acordate în comunitate, serviciile acordate în sistem integrat și cantinele sociale - Anexa 1 Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice;

- atragerea beneficiarilor în activități de petrecere a timpului liber, activități culturo-educative și ieșiri în aer liber în curtea interioară, cât și afara Căminului.

4. referitor la asistența psihologică

- achiziționarea de instrumente clinice standardizate și licențiate, necesare optimizării activității profesionale;
- participarea personalului la cursuri de formare profesională continuă, la manifestări științifice, creditate de Colegiul Psihologilor din România;
- implementarea Planului de intervenție individualizat, cu scopul reabilitării, recuperării sociale, în funcție de particularitățile psihico-individuale ale beneficiarilor;
- întocmirea Planului de implementare a programelor de intervenție;
- consemnarea în Registrul de evidență a documentelor profesionale a tuturor activităților desfășurate.

5. alte aspecte

- dotarea Căminului cu rampă de acces pentru persoanele vârstnice cu probleme locomotorii;
- amenajarea unui spațiu în care beneficiarii de altă religie decât cea ortodoxă să se poată ruga;
- întocmirea unei proceduri de învoire a beneficiarilor în vederea unei evidențe clare a acestora precum și întocmirea unui registru în care să fie consemnate toate intrările și ieșirile persoanelor vârstnice din Cămin;
- dotarea corespunzătoare a curții interioare a Căminului cu băncuțe, mese și foișor;
- montarea unei cutii pentru sesizări/reclamații inscripționate, pe fiecare etaj, cu posibilitatea asigurării confidențialității și înființarea unei comisii care să verifice cutiile, să înregistreze și să analizeze toate sesizările și reclamațiile.

București, 4 iunie 2019