



Acord privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la suport pentru accelerarea tranziției persoanelor cu dizabilități de la servicii rezidențiale la servicii la nivelul comunității (P168518)

## LIVRABILUL 9

# Raport de diagnoză complexă a serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități la nivelul comunității

August 2021



*Proiect cofinanțat de Uniunea Europeană din Fondul Social European prin  
Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020!*



## Declinarea responsabilității

Acest raport este un produs realizat de Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare/Banca Mondială. Constatările, interpretările și concluziile exprimate în prezentul document nu reflectă în mod necesar opiniile directorilor executivi ai Băncii Mondiale sau ale guvernelor pe care le reprezintă. Banca Mondială nu garantează acuratețea datelor incluse în acest document.

Raportul de față nu reprezintă în mod necesar poziția Uniunii Europene sau a Guvernului României.

## Drepturi de autor

Materialul inclus în prezenta publicație este protejat de legea drepturilor de autor. Copierea și/sau transmiterea fără permisiune a unor părți ale prezentului document poate constitui o încălcare a legislației în vigoare.

Pentru a obține permisiunea de a fotocopia sau a retipări orice fragment din prezenta lucrare, vă rugăm să transmiteți o solicitare cu informații complete la (i) Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (Bd. Gheorghe Magheru nr. 7, Sector 1, București, România), sau la (ii) Grupul Băncii Mondiale în România (Str. Vasile Lascăr nr. 31, etaj 6, Sector 2, București, România).



Prezentul raport a fost transmis către Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții în august 2021 în baza Acordului privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la „Suport pentru accelerarea tranziției persoanelor cu dizabilități de la servicii rezidențiale la servicii la nivelul comunității”, semnat între Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități<sup>1</sup> și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, la data de 4 octombrie 2019. Raportul corespunde Livrabilului 9 prevăzut în acordul menționat anterior: „Raport de diagnoză complexă a serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități la nivelul comunității.”

---

<sup>1</sup> Proiectul, inițial implementat de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, a fost ulterior preluat de Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții – instituție înființată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 68 din 6 noiembrie 2019.

## Mulțumiri

Prezentul raport a fost coordonat de către Manuel Salazar (Specialist principal protecție socială) și Vlad Grigoraș (Economist principal protecție socială) (Lideri de echipă), Monica Obreja (Specialist protecție socială), Alexandru Toth (Expert) și Cristina Iulia Vladu (Specialist protecție socială), sub îndrumarea lui Cem Mete (Manager Practici, Protecție Socială și Ocuparea Forței de Muncă) și a Annei Akhalkatsi (Director de țară). Au contribuit la elaborarea raportului Claudia Câmpeanu, Andrada Istrate și Leyla Safta-Zecheria. Colectarea datelor s-a realizat prin intermediul instrumentelor de colectare a datelor elaborate de Adrian Dușa (expert baze de date) și Emilian Hossu (expert programare). Colectarea datelor a fost desfășurată de: Marius Apopei, Natanael Bitiș, Tatiana Cojocari, Andrei Crăciun, Alexandra Deliu, Attila Gabora, Andrada Istrate, George Matu, Simona Niculae, Oana Perju, Ofelia Tîrcob și Elena Trifan. Cercetarea documentară și procesarea datelor calitative au fost efectuate de: Natanael Bitiș, Andrei Crăciun, Andrada Istrate, Oana Perju și Simona Niculae. Analiza datelor cantitative a fost realizată de Irina Boeru, Mădălina Manea, Sonia Nițulescu și Andra Panait. Echipa a beneficiat de sprijin și din partea următoarelor persoane: Oana Caraba, Monica Ion, Rick Ludwick, Luisa Mardale, Lauri Scherer și Andrei Zambor.

Echipa Băncii Mondiale dorește să își exprime recunoștința față de reprezentanții Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții pentru excelenta cooperare, feedback-ul cuprinzător oferit și sprijinul oferit în procesul de colectare a datelor, sub îndrumarea Floricăi Cherecheș (Președinte). Banca Mondială dorește să mulțumească echipei de management: Mihaela Cuculas, Vasile Valeriu Pohață, Anca Văcaru, Alexandra Mihalache, Georgeta Chiriță, Alexandru Andreev, Aurelia Constantinescu, Laura Moiceanu, Ciprian Dinu, experților interni: Ana-Coralia Alexeanu-Buttu, Cornelia Florentina Feraru, Mihaela Idita, și expertului extern Monica Stanciu.

Banca Mondială dorește de asemenea să își exprime mulțumirile față de reprezentanții DGASPC și SPAS, care au făcut posibilă colectarea datelor necesare pentru acest raport. Mulțumiri speciale trebuie adresate persoanelor cu dizabilități și reprezentanților acestora care au participat la interviuri în calitate de beneficiari ai serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități la nivelul comunității.

# Cuprins

Sumar executiv.....	8
Introducere .....	26
1. Asigurarea calității serviciilor .....	35
1.1. Standardele de calitate în context local: context legislativ și instituțional.....	35
A. Cadrul legal pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități .	35
B. Instituții implicate în asigurarea calității serviciilor pentru persoane cu dizabilități.....	38
C. Sistemul de asigurare a calității serviciilor pentru persoane cu dizabilități din România .....	39
1.2. Evaluarea standardelor românești de calitate.....	44
A. Descrierea generală a standardelor de calitate în serviciile sociale .....	44
B. Standardele românești în contextul abordărilor internaționale privind standardele de calitate în servicii sociale: prezentare de ansamblu .....	47
1.3. Implementarea standardelor de calitate .....	52
1.4. Discuții și concluzii .....	57
2.1. Locuințe protejate.....	61
2.1.1. Cadrul legal și instituțional.....	61
2.1.2. Descrierea serviciilor.....	63
Profilul serviciilor .....	63
Profilul beneficiarilor .....	67
2.1.3. Analiza respectării și punerii în aplicare a standardelor .....	74
2.1.4. Concluzii și recomandări .....	108
2.2. Centre de criză și de tip respiro .....	115
2.2.1. Cadrul juridic și strategic.....	115
2.2.2. Descrierea serviciilor.....	118
Profilul serviciilor .....	118
Profilul beneficiarului.....	119
2.2.3. Respectarea standardelor și analiza implementării.....	120
2.2.4. Concluzii și recomandări .....	137
2.3. Servicii de îngrijire la domiciliu .....	141
2.3.1. Cadrul juridic și instituțional .....	142
2.3.2. Descrierea serviciilor.....	143
Profilul serviciilor .....	143

Context instituțional .....	145
Profilul beneficiarului.....	146
2.3.3. Respectarea standardelor și analiza implementării.....	147
2.3.4. Concluzii și recomandări .....	157
2.4. Echipe mobile.....	161
2.4.1. Cadrul juridic și instituțional .....	161
2.4.2. Descrierea serviciilor.....	162
Profilul serviciilor .....	162
Profilul beneficiarului.....	164
2.4.3. Respectarea standardelor și analiza implementării.....	167
2.4.4. Concluzii și recomandări .....	176
2.5. Centre de zi și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu .....	180
2.5.1. Cadrul legal și instituțional.....	180
2.5.2. Descrierea serviciilor.....	182
Profilul serviciului.....	182
Profilul beneficiarului.....	185
2.5.3. Standarde de conformitate și analiza implementării .....	190
2.5.4. Concluzii și recomandări .....	217
2.6. Asistență personală profesionistă.....	222
2.6.1. Cadrul legislativ și strategic.....	222
2.6.2. Evaluarea serviciului de asistență personală profesionistă .....	225
2.6.3. Conformarea cu standardele .....	226
2.6.4. Concluzii și recomandări .....	235
3. Dezvoltarea serviciilor comunitare - provocări și direcții viitoare .....	239
3.1. Modele de dezvoltare a serviciilor .....	239
3.2. Dezvoltarea serviciilor - aspecte și bariere .....	244
3.3. Concluzii și recomandări .....	267
Bibliografie .....	269
Legislație .....	274
Anexe .....	277

## Abrevieri

AJOFM	Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă
AJPIS	Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială
ANDPDCA	Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții
ANES	Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse între Femei și Bărbați
ANPIS	Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
APP	Asistent personal profesionist
AT	Autoritatea Tutelară
BM	Banca Mondială
CAbR	Centru de abilitare și reabilitare
CDPD	Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități
CIA	Centru de îngrijire și asistență
CITO	Centru de integrare prin terapie ocupațională
CPRRPH	Centru pilot de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap
CPVI	Centru pentru viață independentă
CQL	Council on Quality and Leadership
CR	Centru rezidențial
CRRN	Centru de reabilitare și recuperare neuro-psihiatrică
CSRNA	Centrul de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu
CZ	Centru de zi
DAS	Direcția de Asistență Socială
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
DSP	Direcția de Sănătate Publică
DSV	Direcția Sanitară Veterinară
EM	Echipă mobilă
EQUASS	European Quality in Social Services
FSS	Furnizor de servicii sociale
ISU	Inspectoratul pentru Situații de Urgență
LmP	Locuință minim protejată
LMP	Locuință maxim protejată
LP	Locuință protejată
MF	Medic de familie
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MO	Monitorul Oficial
OIM	Organizația Internațională a Muncii

OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație non-guvernamentală
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PIN	Program de interes național
PIRIS	Program individual de reabilitare și integrare socială
PIS	Plan individual de servicii
RGPD	Regulamentul general privind protecția datelor
ROF	Regulament de organizare și funcționare
SECPAH	Serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap
SID	Serviciu de îngrijire la domiciliu
SPAS	Serviciul public de asistență socială
UE	Uniunea Europeană
UNICEF	Fondul Organizației Națiunilor Unite pentru Copii

## Sumar executiv

**Serviciile la nivelul comunității sunt esențiale pentru asigurarea dreptului la o viață independentă și a integrării în cadrul comunității pentru toate persoanele cu dizabilități.** Ca stat parte la Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) din 2 martie 2011, România și-a asumat obligația de a adopta măsurile necesare pentru punerea în aplicare a tuturor articolelor Convenției, inclusiv a Articolului 19 *Viață independentă și integrare în comunitate*. Articolul 19 din CDPD solicită statelor părți să se asigure de faptul că „persoanele cu dizabilități au acces la o gamă de servicii la domiciliu, rezidențiale și alte servicii comunitare de suport, inclusiv la asistență personală necesară vieții și integrării în comunitate, precum și pentru prevenirea izolării sau segregării de comunitate“. Prezentul raport constituie prima analiză cuprinzătoare a performanței furnizării de servicii, precum și a măsurii în care aceasta este aliniată obligațiilor stipulate de CDPD care include și recomandări de politici necesare pentru îmbunătățirea calității și accesului la serviciile pentru persoanele cu dizabilități de la nivelul comunității.

**Analiza acoperă șase tipuri de servicii la nivelul comunității.** Serviciile care fac obiectul evaluării sunt licențiate potrivit standardelor minime de calitate obligatorii specifice pentru serviciile sociale acordate persoanelor adulte cu dizabilități stipulate de Ordinul nr. 82/2019: locuințe protejate, centre de tip respiro și centre de criză, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii de echipă mobilă și centre de îngrijire pe timp de zi și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu. Suplimentar, evaluarea acoperă serviciile furnizate de asistentul personal profesionist, prevăzute de Ordinul nr. 1069/201. Raportul include: (i) o evaluare a standardelor de calitate, pentru a înțelege dificultățile pe care le presupune punerea în aplicare a acestora și barierele în calea asigurării respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități; (ii) o analiză a măsurii în care serviciile la nivelul comunității întrunesc standardele de calitate; (iii) o analiză a măsurii în care serviciile la nivelul comunității întrunesc cerințele privind asigurarea unei vieți independente pentru persoanele cu dizabilități; și (iv) o analiză a procesului de dezvoltare a serviciilor, precum și a barierelor identificate.

## Sistemul de asigurare a calității

**Sistemul de asigurare a calității serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din România se bazează, în practică, pe un proces de acreditare și licențiere, inspecții și încadrarea în clase de calitate.** Atât licențierea, cât și monitorizarea se bazează pe un set de standarde minime de calitate, care sunt diferite pentru fiecare tip de serviciu și care cuprind criteriile generale și specifice care trebuie îndeplinite. În procesul de licențiere și de monitorizare a calității furnizării serviciilor sunt implicate atât instituții de la nivel central, cât și local, precum Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptții, Agenția Națională și Agențiile Județene pentru Plăți și Inspecție Socială și Direcția Inspecție Socială.

**Procesul de obținere a unei licențe poate constitui un demers împovărat pentru furnizorii de servicii sociale (FSS).** Licențierea serviciilor sociale este un proces cu mai multe etape, care implică mai multe instituții ale statului, presupunând o succesiune elaborată de acțiuni și activități, reevaluări ale standardelor minime de calitate ca indicatori de calitate de referință. Pe lângă hățișul birocratic al demersurilor necesare pentru solicitarea și obținerea licenței, procesul este uneori stopat sau întârziat ca



urmare a obligației de respectare a unor standarde minime foarte detaliate, ca o condiție pentru obținerea licenței provizorii sau permanente de funcționare.

**Inspecțiile reprezintă principala modalitate de evaluare și monitorizare a calității, însă acestea se axează în principal pe control.** Scopul inspecțiilor este atât de a controla respectarea standardelor minime de calitate (precum și a altor legi și reglementări), cât și de a emite amenzi și alte acțiuni punitive în cazul în care se constată probleme. În plus, echipele de inspecție oferă indicații concrete privind remedierea problemelor și îmbunătățirea calității, astfel încât să fie respectate standardele minime. Se constată lipsa personalului special instruit, a instrumentelor și procedurilor concrete, a indicatorilor măsurabili și a unor linii directe comune, precum și a unui cadru general pentru cooperare, comunicare și promovarea celor mai bune practici între furnizorii de servicii.

**Deși există un cadru legal pentru încadrarea în clase de calitate a serviciilor a căror calitate depășește standardul minim, în practică sistemul încă nu este funcțional.** Legea stipulează procesul general de constituire a echipei și de efectuare a evaluării și principalele dimensiuni pentru indicatori, precum și fișele generale ce urmează a fi utilizate. Până în prezent, nu au fost elaborați indicatori și nu există date despre serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități încadrate în clasele de calitate I sau II.

**Suplimentar față de inspecțiile sociale, furnizorii de servicii își organizează propria evaluare a serviciilor pe care le coordonează.** În prezent, nu toți FSS au un cadru funcțional de evaluare internă pentru a asigura respectarea standardelor minime și îmbunătățirea continuă a calității propriilor servicii. Mai mult, serviciile sociale pot fi evaluate intern și prin evaluarea feedbackului oferit de beneficiari. Acest lucru nu se realizează întotdeauna anual, potrivit cerințelor standardelor minime, iar standardele nu clarifică obligația de a transpune feedbackul primit de la beneficiari în măsuri pentru îmbunătățirea calității furnizării serviciilor și nici modul în care ar trebui să se facă acest lucru.

**Standardele minime nu pot garanta în prezent calitatea furnizării serviciilor.** Majoritatea standardelor și indicatorilor se bazează pe intrări (infrastructura fizică existentă, personalul care îndeplinește anumite atribuții și crearea sau completarea unor documente) și procese (deși în mod superficial) și nu se referă la rezultatele efective pentru beneficiari. Ceea ce este prezentat în unele cazuri drept rezultat al serviciului nu descrie deloc conținutul sau calitatea serviciului primit sau impactul asupra calității vieții beneficiarului, ci numai faptul că a fost furnizat un serviciu. În plus, multe dintre criteriile obligatorii enumerate sunt vagi, și nu sunt măsurabile sau verificabile. Standardele actuale nu includ suficiente prevederi pentru încurajarea și verificarea unor aspecte legate de caracterul centrat pe persoană al serviciilor, de implicarea beneficiarilor, parteneriate, îmbunătățirea calității, instruirea personalului și condițiile de lucru.

## Locuințele protejate

**În România, locuințele protejate (LP) constituie servicii de găzduire organizate în comun, pentru două sau mai multe persoane adulte cu dizabilități.** Acestea reprezintă o formă de centru rezidențial, oferind beneficiarilor atât servicii de găzduire, cât și alte tipuri de servicii, prin personalul propriu sau prin furnizori externi de servicii. Numai 10% dintre LP sunt integrate în comunitate, și peste jumătate folosesc în comun curtea, clădirea sau imediata vecinătate cu alte servicii sociale, în special cu alte centre rezidențiale. Acestea sunt inegal răspândite la nivel național, iar adaptarea fizică și accesibilitatea par să constituie o problemă pentru majoritatea acestor servicii. Sistemul LP se confruntă cu deficit de personal. Majoritatea

posturilor afectate sunt cele de psiholog, asistent medical, iar cele mai multe posturi vacante sunt raportate în locuințele maxim protejate.

**Locuințele protejate sunt în realitate mici centre rezidențiale, nu soluții de locuire pentru o viață independentă.** În România, LP sunt locuințe de grup care găzduiesc în medie 7,5 locatari/locuință, mergând până la 17. Numărul mediu de persoane dintr-o cameră este 2, deși standardul recomandă o singură persoană. LP procedează la segregarea persoanelor cu dizabilități de populația generală, uneori în condiții de izolare fizică de comunitate. Aproximativ jumătate din LP se află în zone rurale, iar o treime sunt amplasate în afara sau la periferia orașului sau satului. Viața în LP este în mare măsură înregimentată și structurată în funcție de serviciile și de activitățile oferite, precum și de intervenția personalului.

**În România, sistemul de locuințe protejate este conceput ca un debușeu și ca o soluție pentru procesul dezinstituționalizării însă, în realitate, acesta constituie o continuare a vieții instituționalizate.** Recrutarea beneficiarilor se face aproape exclusiv în centrele rezidențiale, și majoritatea locatarilor provin din sistemul de centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități. Mai mult, serviciile locuințelor protejate nu oferă un context pentru autonomie, alegere și control asupra deciziilor zilnice și de viață.

**Beneficiarii LP sunt, în medie, mai tineri și cu grade de handicap mai redus decât cei din centrele rezidențiale.** Înainte de a se muta în LP actuale, peste jumătate dintre beneficiari locuiseră într-un centru rezidențial, mai mult de o treime proveneau din sistemul de protecție a copilului și doar un număr foarte mic de beneficiari locuise împreună cu familia. Beneficiarii LP au acces limitat la educație formală și majoritatea trăiesc în izolare socială și au parte de o viață socială precară. Peste jumătate dintre ei nu au prieteni în afara LP sau pe cineva la care să apeleze pentru ajutor în afara personalului LP. Majoritatea beneficiarilor sunt autonomi în ceea ce privește activitățile zilnice de bază, dar cei mai mulți au nevoie de asistență în efectuarea sau finalizarea activităților importante. Aproximativ zece la sută au un loc de muncă și mai puțin de unul din zece nu are capacitate de exercițiu.

**Mulți beneficiari nu își dezvoltă deprinderile pentru o viață independentă.** Aproximativ jumătate dintre beneficiari fie au regresat, fie au reușit doar să-și mențină deprinderile de viață independentă, iar cei mai mulți beneficiari nu au înregistrat nicio îmbunătățire. Principalele motive ale acestei tendințe sunt nevoia constantă de sprijin și prognosticul slab de îmbunătățire. Acest lucru dă naștere unor întrebări cu privire la utilizarea locuințelor protejate pentru acești beneficiari, altfel decât ca reședință pe termen lung, care echivalează cu instituționalizarea.

**Doar una din patru LP respectă cerințele privind condițiile de trai și doar jumătate pe cele referitoare la asistența medicală.** În general, LP oferă beneficiarilor infrastructură bine întreținută, temperatură confortabilă și iluminat natural, alimentare permanentă cu apă rece și caldă și spații curate. Cu toate acestea, multe LP sunt ferite, departe de strada principală, au dormitoare și băi supraaglomerate și sunt lipsite de accesibilitate fizică și intimitate. Toți beneficiarii au acces la asistență medicală primară prin medicii lor de familie, dar nu toți cunosc numele acestora sau îi pot contacta direct. Controalele medicale anuale sunt mai curând superficiale, presupun teste de sânge sau imunizare antigripală preponderent de rutină, în ciuda numărului mare de beneficiari cu nevoi complexe de sănătate din LP. Medicația psihotropă se administrează unei proporții de peste două treimi dintre beneficiari și în 17 la sută dintre LP acest lucru se face fără consimțământul în cunoștință de cauză al acestora. În general, există o discrepanță între nevoile specifice ale beneficiarilor și sprijinul disponibil și furnizat.

**Beneficiarii nu sunt întotdeauna admiși în LP** ca expresie a unei alegeri proprii, ci, de obicei, ca urmare a alegerii reprezentanților legali, a indisponibilității preferinței beneficiarului, a concluziei echipei de evaluare că admiterea în LP este cea mai bună opțiune sau a evaluării beneficiarului care constată că îi lipsesc deprinderile de viață independentă adecvate traiului în comunitate. În general, mulți beneficiari nu au vizitat serviciul înainte de admitere, nu au primit informații despre serviciu și nici nu au putut întâlni personalul serviciului și alți beneficiari înainte de admitere.

**Deși serviciile de locuințe protejate sunt concepute pentru a constitui o soluție temporară de găzduire care pregătește locatarii pentru viața în comunitate, acestea funcționează ca soluții pe termen lung și chiar permanente pentru mulți beneficiari.** Beneficiarii stau de obicei în LP mai mult de cinci ani. Șederea prelungită este de obicei rezultatul mai multor factori, inclusiv lipsa deprinderilor adecvate de viață independentă sau o anumită stare a sănătății, conform opiniei personalului serviciului, lipsa cooperării familiei sau a resurselor financiare și de locuire alternative, refuzul beneficiarilor de a părăsi LP, lipsa capacității de muncă sau a nivelului educațional adecvat și atitudinile discriminatorii.

**Dimensiunea centrată pe persoană a prestării serviciilor este limitată de mai mulți factori.** Într-o treime din LP, beneficiarii nu sunt implicați în procesul de evaluare a nevoilor, iar echipele multidisciplinare nu implică în mod activ beneficiarii în dezvoltarea și revizuirea planului lor personal de viitor. Motivele invocate cel mai adesea de personal sunt capacitatea redusă de înțelegere, capacitatea redusă de comunicare și faptul că persoanele sunt lipsite de capacitatea de exercițiu. Mai mult decât atât, beneficiarii raportează lipsa de implicare și preocupare pentru a-i informa și a li se explica planul.

**În unele LP încă lipsesc măsurile pentru asigurarea drepturilor beneficiarilor, iar acestea pot fi restricționate în mai multe moduri.** Nu toate LP organizează instruirea obligatorie a personalului, iar procedurile incomplete utilizate nu asigură informațiile necesare privind gestionarea riscurilor și tehnicile de dezesescaladare, chiar și atunci când permit utilizarea imobilizării fizice a beneficiarilor. De asemenea, procedurile nu oferă măsuri preventive; acces la mecanisme externe independente de raportare și analizare a acestor cazuri; servicii juridice și de consiliere și susținători; și asistență post-abuz. Feedbackul referitor la prestarea serviciilor nu este întotdeauna anonim, deoarece mulți beneficiari sunt sprijiniți de personal pentru a completa chestionarele privind satisfacția, o practică ce poate compromite acuratețea, completitudinea și fiabilitatea informațiilor furnizate de beneficiari și poate duce la consecințe negative și represalii.

**Potrivit standardului, LP trebuie să ofere beneficiarilor servicii într-un cadru rezidențial pentru o perioadă limitată de timp, pentru a-i pregăti să trăiască independent. În realitate, acest lucru se întâmplă rar.** Prin viață independentă, personalul și coordonatorii LP înțeleg o viață fără asistență, nu o viață în care persoana respectivă este capabilă să facă alegeri și să ia decizii privind viața de zi cu zi și propriul viitor și beneficiază de sprijinul care face posibil acest lucru. În realitate, foarte puțini beneficiari vor fi capabili să aibă un loc de muncă și vor părăsi serviciul de locuință protejată. Majoritatea rămân captivi într-un sistem care îi consideră inapți pentru o viață independentă și care prestează servicii și activități ca mișcări într-un joc fără mize reale.

**Pe termen scurt și mediu, LP ar trebui să fie în primul rând locuințe, făcându-se în mod clar distincția între serviciul de găzduire și alte servicii de care ar putea avea nevoie beneficiarii.** Aceasta înseamnă că locuitul acolo nu este condiționat de participarea la serviciile LP, că centrele de zi trebuie dissociate de LP, iar

locatarii trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege propriul furnizor de servicii. Trebuie redus numărul de locatari dintr-o locuință, și toți beneficiarii care doresc să aibă propria cameră ar trebui să o obțină. De asemenea, beneficiarii trebuie să dețină controlul asupra programului lor zilnic și asupra utilizării spațiului lor rezidențial și trebuie să fie implicați în cât mai multe activități și situații în afara locuinței și să utilizeze serviciile de masă. Integrarea în comunitate trebuie realizată ca parte a vieții de zi cu zi.

**Pe termen lung**, toți beneficiarii LP trebuie să aibă acces la locuire la fel ca oricine altcineva din comunitate, la servicii și activități de masă în afara casei și la sprijin personalizat care să le permită să trăiască în continuare în comunitate și care să nu fie asociat serviciului de găzduire astfel încât să se restricționeze posibilitatea de a schimba sau de a alege tipul de locuire sau de sprijin.

## Serviciile centrelor de criză și centrelor de tip respiro

**Centrele de criză și centrele de tip respiro sunt servicii sociale care oferă activități pentru o perioadă de timp limitată, adaptate în funcție de nevoile persoanelor cu dizabilități, cu scopul menținerii potențialului personal al acestora și prevenirii instituționalizării.** În timp ce centrele de tip respiro se adresează beneficiarilor ai căror asistenți personali, reprezentanți legali sau membri ai familiei nu pot să îi îngrijească temporar, centrele de criză admit beneficiari aflați în situații critice de viață, cum ar fi o îmbolnăvire bruscă, un accident sau decesul asistentului personal, evacuarea, o calamitate naturală ș.a.m.d. Deși constituie o parte importantă a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități de la nivelul comunității, există numai patru centre de tip respiro și două centre de criză la nivel național.

**Majoritatea beneficiarilor din cele două servicii evaluate în cadrul prezentului raport sunt persoane cu dizabilități psihosociale și intelectuale accentuate.** Mulți provin din sistemul special de protecție a copilului, deoarece nu puteau fi furnizate alte servicii în comunitate. Ceilalți au fost admiși în centre din cauza lipsei de locuințe, sprijin familial, venituri adecvate, rețele sociale sau alte servicii în cadrul comunității. Durata șederii în centre (până la un an) indică faptul că profilul serviciilor este mai curând unul de centru rezidențial decât de serviciu la nivelul comunității care trebuie să împiedice instituționalizarea.

**Serviciile respectă multe dintre cerințele minime din standard, însă există mai multe probleme** legate de camerele supraaglomerate și facilitățile din unitățile sanitare, asigurarea accesibilității fizice și lipsa accesului la internet. Unii beneficiari s-au plâns de încălzirea insuficientă în sezonul rece, de ventilație sau de starea băilor și de calitatea alimentelor. Beneficiarii au acces la asistență medicală primară prin medicii de familie, dar niciunul dintre ei nu știa numele medicului său de familie, iar accesul este facilitat doar prin intermediul personalului serviciului. Controalele medicale anuale obligatorii sunt superficiale și constau doar în teste de sânge sau măsurarea tensiunii arteriale. Există probleme cu lipsa consimțământului în cunoștință de cauză la administrarea medicamentelor psihotrope, deoarece majoritatea beneficiarilor nu au cunoștințe despre medicamente și nu au acces la alternative, cum ar fi psihoterapia.

**Beneficiarilor li se oferă în foarte mică măsură sau deloc informații cu privire la servicii și activități înainte de admitere** și un singur beneficiar a avut o copie a contractului de servicii. Beneficiarii nu sunt implicați în procesul de evaluare a nevoilor lor și de planificare a activităților specifice furnizate, fie din cauza presupusei lor incapacități de a înțelege, fie din cauza lipsei de informații accesibile pentru persoanele cu dizabilități fizice.

**Viața de zi cu zi a beneficiarilor cuprinde în principal activități nestimulante**, cum ar fi desenatul, vizionarea programelor TV și curățarea spațiilor din centru și mai puțin activități specifice care le pot permite să dobândească noi cunoștințe și abilități sau care le pot oferi sprijinul de care ar putea avea nevoie pentru reabilitare. Deși unele activități incluse în standarde au scopul de a asigura beneficiarilor deprinderi și resurse pentru reintegrarea lor în comunitate (de ex., sprijin pentru găsirea și păstrarea unui loc de muncă, consiliere psihologică, informații despre servicii alternative și complementare etc.), serviciul le asigură în mică măsură sprijin în acest domeniu.

**Centrele evaluate pentru raportul de față nu și-au îndeplinit obiectivul de a preveni instituționalizarea** beneficiarilor lor și de a le oferi servicii personalizate pentru a-și menține și dezvolta potențialul personal. Serviciile de criză trebuie furnizate ca o formă de îngrijiri temporare într-o varietate de moduri și contexte pentru a răspunde la situația specifică a persoanelor cu dizabilități. Acestea ar putea include servicii interne, rezidențiale sau de zi, planificate sau de urgență, formale și informale, pentru a preveni instituționalizarea și a facilita viața independentă.

## Serviciile de îngrijire la domiciliu

**Serviciile de îngrijire la domiciliu oferă asistență și îngrijire la domiciliul beneficiarilor eligibili, pentru o perioadă limitată de timp, cu scopul de a ajuta beneficiarii să depășească o situație dificilă și de a preveni instituționalizarea.** Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt foarte deficitare dezvoltate în România, în principal din cauza unei combinații de factori: lipsa de finanțare, pasarea responsabilității dezvoltării serviciilor comunitare de la o instituție publică la alta și așteptarea ca societatea civilă locală să suplinească inadecvările serviciilor publice locale. În ciuda nevoii, există 11 furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu (9 privați și 2 publici) care susțin mai puțin de 400 de beneficiari.

**Serviciile de îngrijire la domiciliu evaluate pentru prezentul raport consideră că prevenirea instituționalizării este elementul central al misiunii lor.** De asemenea, apreciază că activitatea lor este esențială pentru menținerea beneficiarilor în casele și în mediul lor familial, iar fără aceasta, ar fi toți în pericol de a fi mutați într-un centru rezidențial. În același timp, deși îngrijirea la domiciliu a fost concepută ca un set cuprinzător de servicii, atât beneficiarii, cât și furnizorii o privesc mai mult ca pe un serviciu de menaj și de îngrijire personală.

**Beneficiarii tind să fie vârstnici, cu multiple vulnerabilități medicale și sociale.** Este mai probabil ca acești oameni să fie săraci, să se confrunte cu situații de discriminare, să fie lipsiți de capacitatea de exercițiu și să fie instituționalizați. De asemenea, prezintă un risc mai mare de a suferi de boli cronice și de a avea nevoi medicale nesatisfăcute. Aceste persoane sunt izolate, situație care s-a acutizat ca urmare a pandemiei. De obicei, beneficiarii au nevoie de asistență pentru activități de viață zilnică (îngrijire personală, treburi casnice, plimbare sau cumpărături), dar nu depind în totalitate de altcineva și nu necesită constant atenție și asistență.

**Serviciile de îngrijire la domiciliu au potențialul de a reduce instituționalizarea și de a oferi beneficiarilor o viață mai bună, mai aproape de comunitate și de familiile lor, însă trebuie să fie instituite mai multe măsuri.** În primul rând, trebuie să se îmbunătățească implicarea beneficiarului, nivelul său de alegere și autonomie, inclusiv alegerea furnizorului și a personalului cu care lucrează direct. Beneficiarii trebuie

tratați ca parteneri activi în planificarea și prestarea serviciilor, în locul sau suplimentar față de familiile sau reprezentanții legali ai acestora. În al doilea rând, trebuie îmbunătățit accesul la serviciile de îngrijire la domiciliu, suplimentar față de accesul la alte servicii la nivelul comunității. În al treilea rând, serviciul de îngrijire la domiciliu trebuie să sprijine activ beneficiarii în identificarea și accesarea oportunităților în cadrul comunității: educație, posibilități de agrement, rețele și grupuri sociale, locuri de muncă sau ocazii de voluntariat. În sfârșit, nevoile medicale semnificative au fost menționate ca un obstacol în calea accesării sau menținerii serviciului, prin urmare acest conflict trebuie soluționat astfel încât să nu existe nicio carență în acordarea serviciului pentru anumite categorii de persoane cu dizabilități.

## Serviciile echipelor mobile

**Echipele mobile reprezintă servicii care oferă intervenții specializate la domiciliul beneficiarului, pentru o perioadă limitată de timp și pe baza unei evaluări individuale.** Serviciul se adresează persoanelor adulte cu dizabilități care nu au acces la un centru de zi, cu scopul de a preveni instituționalizarea și de a dezvolta potențialul personal al beneficiarului. În România, echipele mobile acționează pentru a compensa serviciile deficitare, disfuncționale și inaccesibile pentru persoanele cu dizabilități. Utilizatorii acestora nu au acces la servicii în cadrul comunității, fie pentru că aceste servicii nu există, fie pentru că infrastructura disponibilă nu le permite accesul.

**În prezent, există doar două echipe mobile în România, care deserveșc un total de 47 de persoane cu dizabilități.** Serviciile sunt publice, relativ reduse ca amploare și sunt coordonate și finanțate de GDSACP în județul în care se află. Datorită limitărilor bugetare și instituționale, serviciile nu sunt în măsură să furnizeze nivelul necesar de servicii de care au nevoie beneficiarii acestora. Limitările bugetare înseamnă, de asemenea, dotări insuficiente și incertitudine în ceea ce privește păstrarea personalului bine instruit și cu experiență.

**Majoritatea beneficiarilor** au dizabilități fizice, somatice și asociate severe și locuiesc cu sau sunt îngrijiți de familie, un asistent personal sau un asistent personal profesionist. Toți beneficiarii au capacitate de exercițiu, însă cei mai mulți au delegat reprezentarea legală unui membru al familiei sau se bazează foarte mult pe membrii familiei lor în probleme administrative, ceea ce le poate limita autonomia.

**Serviciile respectă majoritatea cerințelor minime din standard, dar există și câteva probleme minore** legate de transport și echipamente, proceduri, anumite aspecte privind pregătirea personalului și implicarea beneficiarului în toate etapele serviciului. Adesea, membrii familiei sau asistenții personali sunt tratați ca partenerul principal al furnizorului de servicii, nu beneficiarul.

**Serviciile echipei mobile sprijină, dar și subminează accesul la o viață independentă în cadrul comunității pentru persoanele cu dizabilități.** În primul rând, acestea sunt furnizate acasă, permit beneficiarilor să locuiască în comunitate și cu familiile lor și pot preveni instituționalizarea acestora. În același timp, este posibil ca serviciile de echipă mobilă să joace efectiv un rol în menținerea persoanelor cu dizabilități în casele lor și segregarea acestora de restul comunității, mai ales dacă aceste servicii sunt accesate în locul altor servicii la nivelul comunității, nu suplimentar față de acestea.

**Cu toate acestea, având în vedere peisajul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din România, serviciile furnizate de echipele mobile sunt deosebit de valoroase.** Acestea pot fi privite ca un pas

intermediar către transformarea serviciilor și infrastructurii de la nivelul comunității pentru a fi incluzive și adecvate pentru persoanele cu dizabilități. Trebuie canalizate mai multe resurse și sprijin instituțional spre dezvoltarea acestor tipuri de servicii, iar experiența și abordările dezvoltate de cele două echipe ar trebui, în multe privințe, reproduse și în alte părți ale țării ca exemple de bune practici.

## Centrele de zi

**Centrele de zi** sunt servicii nerezidențiale oferite unor categorii mai largi de beneficiari pentru a preveni, limita sau elimina marginalizarea sau excluziunea socială, pentru a facilita viața independentă în comunitate și pentru a preveni instituționalizarea. Serviciile centrelor de zi reprezintă cel mai dezvoltat tip de servicii la nivelul comunității din România și sunt clasificate fie ca centre de zi (care oferă o gamă largă de servicii), fie ca centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (care oferă în principal servicii de reabilitare). Ambele categorii sunt situate predominant în zonele urbane și sunt răspândite inegal în toată țara.

**Centrele de zi oferă o combinație de activități de socializare și activități ce vizează recuperarea și reabilitarea, precum și dezvoltarea și menținerea deprinderilor de viață independentă.** Centrele de zi oferă servicii unor beneficiari cu profiluri diverse, care locuiesc ori în comunitate, ori în cadrul serviciilor rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități. Frecvența accesului la servicii variază în funcție de nevoile beneficiarilor, precum și de modul în care își organizează centrele prestația: unele centre furnizează servicii fie prin sesiuni intensive repartizate la interval de câteva săptămâni sau luni, fie prin sesiuni constante oferite zilnic sau de câteva ori pe săptămână. Având în vedere distanțele mari între locuința beneficiarului și centru, precum și lipsa accesului la mijloacele de transport în comun și personalul de specialitate, spațiile și echipamentele insuficiente, beneficiarii nu pot accesa serviciul pe cât de des cât au nevoie.

**Unele centre sunt înființate în mod specific ca parte a diadei „locuințe protejate - centre de zi”, ceea ce ar putea afecta eforturile de dezinstituționalizare.** Diadele sunt rezultatul cerințelor de licențiere ca locuințe protejate pentru a oferi beneficiarilor acces la servicii în afara casei. Deși intenția a fost să stimuleze furnizorii de servicii să ajute beneficiarii să se conecteze la serviciile de la nivelul comunității, efectul neintenționat a fost acela că au fost parțial recreate aranjamentele de servicii caracteristice centrelor de servicii rezidențiale (segregare, separare fizică de comunitate, izolare, nu este nevoie să iasă în comunitate). Prin urmare, centrele de zi pot deveni, de asemenea, spații izolate în care se produce segregarea persoanelor cu dizabilități de restul comunității.

**Beneficiarii din centrele de zi tind să fie mai tineri, sunt mai diverși în ceea ce privește tipurile de dizabilități și au un grad accentuat sau grav de handicap în proporție mai mare decât cei care utilizează centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu.** Probabilitatea de a fi lipsiți de capacitatea de exercițiu este de două ori mai mare în cazul beneficiarilor centrelor de zi decât al celor din centrele de recuperare. Majoritatea beneficiarilor au aflat despre serviciu ori prin intermediul prietenilor sau familiei, ori căutând informații. În schimb, foarte puțini au fost contactați direct de serviciu sau de Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), ceea ce sugerează că prezența serviciului în comunitate este sporadică și doar unii dintre potențialii beneficiari află despre el.

**Niciunul dintre centre nu respectă toate cerințele minime din standard referitoare la siguranța și confortul beneficiarilor.** Cele mai multe probleme sunt legate de lipsa infrastructurii accesibile (spații pentru activități, băi, alei și intrări principale) sau a spațiilor și echipamentelor adecvate. Deși cele mai multe centre sunt situate în comunitate și, în general, nu există probleme cu accesarea mijloacelor de transport în comun, unii beneficiari întâmpină dificultăți în a ajunge la acest serviciu, fie din cauza că transportul public și spațiile, în general, nu sunt adaptate, fie din cauza condițiilor meteorologice nefavorabile.

**Majoritatea centrelor respectă cerințele privind procesul de admitere, iar evaluarea nevoilor este efectuată în conformitate cu cerințele standard.** Cu toate acestea, implicarea beneficiarilor în procesul de evaluare a nevoilor și apoi de elaborare a planurilor personalizate, cu activități și calendare adaptate, chiar dacă este obligatorie, nu este asigurată în majoritatea centrelor. Doar o mică parte dintre beneficiarii intervievați știau ce este planul personalizat și dacă activitățile pe care le desfășoară corespund celor din plan. Peste jumătate dintre toate centrele respectă pe deplin toate cerințele legate de atribuția de monitorizare a implementării planurilor personalizate.

**În general, există relativ puține rezilieri voluntare ale contractului de servicii.** Beneficiarii care provin din unități rezidențiale conectate la centre (inclusiv locuințe protejate) sunt mai vulnerabili la încetarea serviciului dacă sunt relocați, chiar dacă decizia de mutare trebuie luată cu consimțământul beneficiarului.

**În ciuda diversității activităților oferite de centrele de zi, există anumite nereguli** legate de următoarele aspecte: (i) furnizarea informațiilor privind drepturile și prestațiile sociale beneficiarilor; (ii) serviciile psihologice, care sunt foarte apreciate de beneficiari, însă nu sunt furnizate în măsura în care sunt necesare; (iii) eforturile de a oferi beneficiarilor sprijin pentru angajare nu constituie o abordare formală organizată și niciunul dintre centre nu are parteneriate cu angajatori care pot oferi stagii de practică profesională/oportunități de voluntariat pentru ca beneficiarii să își dezvolte competențele profesionale sau ca să îi pregătească pentru muncă, în general; (iv) beneficiarii tind să fie în cea mai mică măsură implicați în activități culturale, artistice și sportive în cadrul comunității; și (v) este nevoie de personal specializat și proceduri sau echipamente suplimentare de recuperare, precum și de spații mai mari pentru terapie, în special în centrele care oferă fizioterapie.

**Puțini beneficiari știu care le sunt drepturile,** deși s-au plâns de atitudini discriminatorii din partea altor persoane din comunitate sau de bariere în calea accesului la diferite servicii publice, precum și de lipsa unor informații mai substanțiale despre prestațiile sociale la care au dreptul ca persoane cu dizabilități. Multe centre nu oferă beneficiarilor sesiuni de instruire cu privire la drepturile lor sau la modalități de identificare și raportare a situațiilor de violență și abuz. În plus, procesul de feedback cu privire la calitatea prestării serviciilor nu este anonim, deoarece beneficiarii sunt sprijiniți de personalul serviciului pentru a completa chestionarele, ceea ce poate compromite condițiile de anonim, siguranță și încredere.

**Nivelul de satisfacție a beneficiarilor față de centrele de zi este ridicat, însă, în același timp, aceste aprecieri ar putea reflecta lipsa de alternative în cadrul comunității.** Serviciile au reprezentat o diferență majoră în viața beneficiarilor, din punct de vedere fizic, emoțional și social. Oricât de valoroase ar fi aceste centre, unii beneficiari sunt conștienți de faptul că centrele de zi sunt în cele din urmă o formă de segregare și ceea ce își doresc este să aibă acces deplin la lumea „din afară” și să fie tratați cu demnitate și respect.



## Asistența personală profesionistă

**Asistentul profesional personal (APP) este un serviciu pentru persoane adulte cu dizabilități furnizat la domiciliul APP.** Acest serviciu poate fi prestat numai pentru persoane cu dizabilități care (i) au un grad accentuat sau grav de handicap; și (ii) nu au acces la locuințe sau venituri sau au venituri sub salariul mediu național. Promovată ca un serviciu care poate facilita tranziția persoanei cu dizabilități instituționalizate anterior, APP este subdezvoltată.

**Beneficiarii** din două servicii APP la nivelul a două DGASPC care coordonează activitatea APP la nivel județean sun încadrați atât cu grad accentuat, cât și cu grad grav de handicap. Toți sunt tineri cu vârste cuprinse între 18 și 29 de ani, provenind în vasta lor majoritate din sistemul de protecție specială a copilului, și au fost plasați anterior în grija unui asistent maternal profesionist (PMA).

**Serviciile respectă majoritatea cerințelor minime din standard, dar unele dintre ele prezintă mai multe probleme.** Suplimentar față de lipsa documentelor și procedurilor relevante aferente serviciilor, lipsa de atitudine pro-activă din partea APP și absența promovării parteneriatelor cu ONG-uri și alți specialiști relevanți din domeniu (în cazul unui DGASPC), există și alte cerințe obligatorii legate de prestarea serviciilor care au reprezentat unele probleme.

**Majoritatea beneficiarilor nu au avut acces la informații despre serviciu înainte de semnarea contractului și nici nu au primit informații substanțiale de la reprezentanții furnizorului de servicii sociale (FSS) cu privire la aspectele relevante privind serviciile.** În plus, au fost implicați numai marginal în procedura de admitere, care mai degrabă a fost îndeplinită de viitorii lor APP. Deși APP au obligația să se asigure că planurile de servicii ale beneficiarilor sunt implementate în mod adecvat, cei mai mulți APP fie nu aveau cunoștință despre astfel de planuri, fie le considerau irelevante. În general, vizitele lunare ale managerilor de caz par să aibă ca scop evaluarea condițiilor generale de trai ale beneficiarilor APP și, uneori, a stării lor de sănătate, concentrându-se mai puțin asupra activităților și serviciilor specifice handicapului sau de masă, de care beneficiarii ar putea avea nevoie pentru a fi incluși în comunitate și a trăi o viață activă și independentă.

**Accesul la controalele medicale anuale preventive este superficial,** constând doar în teste de sânge de rutină, iar beneficiarii primesc puține informații de la FSS în legătură cu alte servicii medicale din comunitate sau cu serviciile de reabilitare și recuperare etc. Obținerea consimțământului în cunoștință de cauză pentru administrarea medicamentelor psihotrope rămâne o provocare, deoarece APP nu li se oferă instruire sau informații cu privire la acest subiect.

**APP tind să ia decizii în numele beneficiarilor** în loc să ofere sprijin pentru luarea deciziilor, iar relațiile intime sunt subiecte tabu, pentru care trebuie asigurată confidențialitatea. Se întâmplă rar ca beneficiarii să îndeplinească sarcini gospodărești sau să meargă la cumpărături independent, deoarece, în general, APP nu au încredere în capacitatea lor de a gestiona treburile gospodărești fără a se accidenta.

**Participarea socială și socializarea se limitează** la interacțiunea cu vecinii sau la activități de agrement organizate de obicei de APP, care presupun vizite de familie, excursii cu teme religioase sau călătorii în țară în scopuri turistice și rareori implică alte persoane sau evenimente în cadrul comunității. Sprijinul legat de ocuparea forței de muncă este limitat, APP considerând că beneficiarii sunt incapabili să obțină și să păstreze singuri un loc de muncă. În același timp, beneficiarii ori nu au avut încredere în propria lor capacitate de a lucra, ori nu erau hotărâți dacă doresc să continue să lucreze.

**Serviciile APP actuale previn instituționalizarea, însă ridică probleme în ceea ce privește includerea în comunitate.** Evaluările serviciilor au indicat că, dacă asistenții maternali profesioniști (AMP) nu ar fi devenit APP, persoanele cu dizabilități ar fi ajuns cel mai probabil într-un centru rezidențial pentru persoane adulte cu dizabilități. Cu toate acestea, asigurarea locuinței și asistenței personale la pachet îi condiționează pe beneficiari să accepte servicii sau asistență personală într-o locuință care nu le aparține și asupra căreia au control doar în mică măsură sau deloc. În plus, beneficiarii sunt destul de izolați de comunitate, iar viața lor socială și culturală se desfășoară în primul rând în funcție de cea a APP și a familiilor lor. Dependența continuă de APP pentru activitățile zilnice și lipsa de oportunități pentru activități sociale, culturale și de agrement în comunitate pot agrava izolarea și marginalizarea beneficiarilor și le pot submina autonomia și autodeterminarea. Lipsa serviciilor specifice pentru persoanele cu dizabilități - precum și a serviciilor de masă, cum ar fi cele de locuire, de formare profesională și de sprijin pentru angajare - pot limita suplimentar potențialul beneficiarilor de a-și dezvolta pe deplin potențialul uman.

## Prezentare comparativă a serviciilor comunitare evaluate

	Nr. de servicii evaluate	Nr. de beneficiari în serviciile evaluate	Scopul serviciului	Observații
<b>Locuințe protejate (LP)</b>	100	641	Obiectivul locuințelor protejate ca tip de serviciu social urmărește simultan: (i) să ofere cazare pentru minimum 2 și maximum 10 persoane pentru o perioadă limitată de 5 ani și (ii) să ofere, în principal printr-un centru de zi, activități corespunzătoare nevoile individuale specifice ale persoanelor adulte cu dizabilități pentru o perioadă determinată, cu scopul de a le pregăti pentru o viață independentă.	LP sunt locuințe de grup care găzduiesc în medie 7,5 rezidenți, ajungând până la 17 într-o locuință, și mai mult de jumătate dintre beneficiari au locuit în același LP de mai mult de 5 ani. În cursul anului 2020, aproximativ jumătate dintre beneficiari au regresat sau au reușit doar să-și mențină abilitățile de viață independentă, în timp ce doar 13 la sută dintre beneficiarii din locuințele minim protejate au în prezent un loc de muncă, chiar dacă aceasta este o cerință obligatorie.
<b>Centre de tip 0 respiro (CRes)</b>	0			
<b>Centre de criză (CCdz)</b>	2 <sup>2</sup>	17	În timp ce centrele respiro se adresează persoanelor cu dizabilități ai căror asistenți personali, reprezentanți legali sau membrii ai familiei sunt temporar incapabili să le îngrijească, centrele de criză primesc persoane cu dizabilități care se află în situații critice de viață, cum ar fi îmbolnăvirea bruscă, accidentele sau decesul asistentului lor personalului, evacuare, calamități naturală etc. În ambele cazuri, reședința pentru persoanele cu dizabilități trebuie asigurată	Durata șederii și profilul beneficiarilor în cele două centre indică faptul că serviciile au un profil mai mult de centru rezidențial decât de serviciu comunitar care trebuie să împiedice instituționalizarea. Majoritatea beneficiarilor actuali provin din sistemul de protecție specială pentru copii (11 din 17 beneficiari în total) și au fost admiși pentru că nu ar le-ar putea fi furnizate alte servicii în comunitate. Toți beneficiarii din primul serviciu locuiesc acolo de mai mult de un an, iar în cazul celui alt serviciu majoritatea beneficiarilor au fost admiși pe o perioadă mai scurtă (săptămâni până la

<sup>2</sup> Unul dintre centre este autorizat ca centru de tip respiro și de criză.

			<p>pentru o perioadă limitată de timp, până când se găsesc soluții pentru a le permite să reia viața independentă în comunitate.</p>	<p>luni) și transferați ulterior în centre rezidențiale pe termen lung.</p>
<b>Servicii de îngrijire la domiciliu (SID)</b>	2	78	<p>Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt un tip de servicii sociale care oferă asistență și îngrijire la domiciliul beneficiarilor eligibili, pentru o perioadă limitată de timp, cu scopul de a ajuta beneficiarii să depășească o situație dificilă și să prevină instituționalizarea.</p>	<p>În 2020, mai mult de 90% dintre beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu aveau peste 60 de ani și locuiau în diferite condiții (independent sau împreună cu familiile lor). S-a dovedit că acest serviciu împiedică instituționalizarea beneficiarilor săi; cu toate acestea, lipsesc fondurile și capacitatea instituțională pentru extinderea serviciului. Serviciile tind totuși să perceapă beneficiarii ca fiind relativ pasivi și având nevoie de protecție, considerând că probabil nu se vor îmbunătăți (în special cei vârstnici), și ca având nevoi care se referă în principal la îngrijirea personală, treburile casnice și accesul la servicii medicale, mai degrabă compensând decât completând celelalte servicii din comunitate.</p>
<b>Echipe mobile (EM)</b>	2	47	<p>Echipele mobile sunt un tip de serviciu social care oferă intervenții specializate la domiciliul beneficiarului, pentru o perioadă limitată de timp și pe baza unei evaluări individuale. Serviciul se adresează persoanelor adulte cu dizabilități care nu au acces la un centru de zi sau nu locuiesc în apropierea unuia, cu scopul de a preveni instituționalizarea și de a dezvolta potențialul personal al beneficiarului.</p>	<p>Majoritatea beneficiarilor au dizabilități fizice, somatice și asociate, în timp ce distribuția pe vârste este destul de răspândită. Datorită limitării bugetare și instituționale, serviciile - deși de mare valoare - nu sunt în măsură să ofere nivelul de servicii pe care și le-ar dori și de care beneficiarii lor au nevoie și, în consecință, familiile/asistenții personali și, în general, îngrijitorii lor devin co-furnizori ai serviciului. Spre deosebire de modelele din alte țări, în România echipele mobile funcționează ca servicii menite să compenseze oportunitățile limitate, serviciile disfuncționale și inaccesibile din domeniul dizabilității.</p>
<b>Centre de zi (CZ)</b>	33	2964	<p>Centrele de zi pentru persoane cu dizabilități sunt un tip special de servicii comunitare care</p>	<p>Majoritatea centrelor de zi sunt concentrate în zonele urbane, limitând accesul persoanelor din zonele rurale</p>

oferă activități adaptate nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități pentru a depăși situațiile dificile, pentru a-și dezvolta potențialul personal și pentru a preveni instituționalizarea. Centrele de zi pot oferi activități legate de consiliere psihologică, recuperare și reabilitare, sprijin pentru dezvoltarea abilităților de viață independentă și a abilităților de muncă, pentru păstrarea locurilor de muncă, integrare socială și civică și participare, în timp ce un tip special de centre de zi oferă activități de recuperare neuromotorie.

sau izolate. Mai mult de două treimi din centrele de zi oferă servicii preponderent persoanelor cu dizabilități care locuiesc în comunitate și sunt îngrijite de familiile lor, dar există unele care oferă servicii aproape exclusiv beneficiarilor din locuințe protejate, ceea ce poate încuraja segregarea acestora. Centrele de zi sunt percepute ca spații sigure în care beneficiarii se simt primiți și acceptați, dar pot fi privite și ca locuri izolate, care separă persoanele cu dizabilități de restul comunității.

**Asistență personală profesionistă (APP)**

2 servicii 18 județene

Asistența personală profesionistă este un serviciu de asistență personală pentru adulții cu dizabilități grave sau accentuate, care nu au acces la locuire, nu au venituri sau au venituri sub salariul mediu pe economie la nivel național.

Toți beneficiarii serviciilor APP sunt tineri cu vârste cuprinse între 18 și 29 de ani, și toți au fost plasați anterior în grija unui asistent maternal profesionist (AMP) care a solicitat să devină APP-ul lor. APP pare a fi un serviciu care împiedică instituționalizarea, având în vedere că dacă AMP nu ar fi trecut la APP, beneficiarii ar fi ajuns cel mai probabil într-un centru rezidențial pentru adulți cu dizabilități. Cu toate acestea, serviciul APP nu îndeplinește în prezent anumite criterii relevante pentru viața independentă: locuința și sprijinul sunt oferite într-un singur pachet, APP fiind contractați direct de către FSS și nu de către beneficiari, iar beneficiarii au un control redus asupra tipului de asistență pe care îl primesc, precum și în ceea ce privește recrutarea și instruirea asistenților personali, și pot fi constrânși să împartă serviciul cu alți beneficiari.

## Dezvoltarea serviciilor la nivelul comunității

**Procesul de dezvoltare a serviciilor la nivelul comunității a fost impulsionat până acum de constrângeri sau factori din exterior, mai degrabă decât de nevoile persoanelor cu dizabilități.** În primul rând, cele mai multe servicii au fost dezvoltate fie (i) în sens descendent, cel mai adesea ca răspuns la obligația de a restructura instituțiile rezidențiale mari, îndeplinind standardele minime de calitate sau solicitări din partea autorităților locale, sau (ii) ca reacție la oportunități precum resursele financiare disponibile pe piață, părțile interesate care pot fi implicate și modul în care pot fi mobilizate resursele. Doar foarte puține servicii au fost înființate ca urmare a solicitărilor din partea persoanelor cu dizabilități sau a familiilor acestora și a tendințelor în domeniul dizabilității constatate de Serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), de exemplu echipele mobile și serviciile de îngrijire la domiciliu.

**Dezvoltarea serviciilor la nivelul comunității este un proces cu multe dificultăți în ceea ce privește responsabilitățile clare, lipsa priorităților și resursele necesare.** Instituțiile competente, precum DGASPC-urile și direcțiile de asistență socială la nivel local, își dispută adesea responsabilitățile și competențele în ceea ce privește dezvoltarea serviciilor. În plus, finanțarea ridică o serie de probleme pentru dezvoltarea serviciilor, ori din cauza (i) lipsei capacității tehnice de pregătire a proiectelor, ori (ii) a metodologiei vagi și complicate a programelor de finanțare, precum și a dificultății acoperirii parțiale a costurilor, care în unele cazuri conduce la instituționalizarea prelungită a persoanelor cu dizabilități. Dificultățile de obținere a resurselor financiare sunt complicate și mai mult de dispozițiile legale stricte, care impun o anumită proiectare a serviciilor (de exemplu, un număr specific de beneficiari pe cameră), precum și de lipsa personalului specializat care poate fi angajat în serviciile nou înființate.

**Colaborarea între părțile interesate centrale și locale depinde de actorii participanți și de obiectivele urmărite.** DGASPC și DAS colaborează cu ANDPDCA în special în ceea ce privește problemele administrative. În schimb, FSS privați descriu autoritățile centrale ca neavând niciun rol în dezvoltarea serviciilor și ca fiind inflexibile și autoritare, ceea ce, în opinia lor, îngreunează procesul de dezvoltare a serviciilor. De asemenea, se simt excluși atunci când sunt concepute strategii privind persoanele cu dizabilități. Procesul de dezvoltare a serviciilor la nivelul comunității care implică autoritățile centrale este considerat prea lung de către toți FSS, în special cei finanțați prin programe de finanțare nerambursabilă. Descentralizarea poate fi o soluție pentru facilitarea unui proces de dezvoltare a serviciilor mai eficient din punctul de vedere al timpului.

**Dezvoltarea serviciilor la nivelul comunității pentru persoanele cu dizabilități este un proces izolat.** Colaborarea este rară între instituții și organizațiile care dezvoltă servicii. Singura formă de colaborare între autoritățile locale și județene are loc atunci când unitățile de protecție socială și DGASPC-urile își susțin reciproc obiectivele și promovează serviciul în rândul beneficiarilor lor. Externalizarea este rară și, în unele cazuri, parteneriatul public-privat a condus la tensiuni din cauza viziunilor diferite privind prestarea serviciilor.

**Furnizarea de servicii centrate pe persoană nu este o practică răspândită.** Majoritatea serviciilor la nivelul comunității adoptă o abordare medicală a handicapului, concentrându-se asupra deficiențelor individuale, nu asupra capacităților și nevoilor. În plus, activitățile oferite persoanelor cu dizabilități în comunitate se pliază pe serviciile, infrastructura și personalul disponibile, și nu neapărat pe nevoile și

dorințele acestor persoane. De exemplu, uneori beneficiarii sunt admiși la o anumită locuință protejată sau la un centru de zi deoarece acestea sunt singurele servicii disponibile în zonă. În general, furnizarea serviciilor este stabilită de personalul serviciului, iar beneficiarii și membrii familiilor acestora sunt rar implicați ca parteneri egali.

**Furnizarea de servicii pentru persoanele cu dizabilități nu este concepută în mod integrat.** Lipsa serviciilor la nivelul comunității, precum și concentrarea actuală asupra restructurării marilor centre rezidențiale fac din integrarea serviciilor o sarcină aproape imposibilă. În plus, absența unei baze de date consolidate cu informații despre serviciile disponibile la nivel local constituie o barieră, atât pentru FSS - în ceea ce privește înregistrarea și promovarea serviciilor pe care le oferă -, cât și pentru persoanele cu dizabilități, familiile și managerii lor de caz - pentru identificarea informațiilor privind serviciile pe care le-ar putea accesa. ONG-urile au reușit în mai mare măsură să integreze diverse servicii, cum ar fi cele de locuire, ocuparea forței de muncă, sănătatea etc., în timp ce unii FSS publici consideră în continuare că activitățile multiple oferite beneficiarilor în interiorul centrelor rezidențiale constituie un exemplu de furnizare de servicii integrate.

**Nu există suficient personal specializat disponibil pentru a lucra în serviciile la nivelul comunității.** Lipsa candidaților calificați disponibili pentru ocuparea posturilor vacante este mai acută, în special în anumite regiuni geografice sau județe, precum și în cazul funcțiilor care necesită impun calificări universitare (de exemplu, psihologi, asistenți sociali, logopezi și specialiști în terapie ocupațională). Lipsa de personal a forțat chiar unii FSS să întrerupă furnizarea serviciilor. În plus, lipsesc resursele de formare în conformitate cu principiile vieții independente pentru învățarea continuă și dezvoltarea profesională continuă a personalului de toate categoriile. Pregătirea personalului poate fi asigurată fie printr-un program național, fie prin promovarea cooperării regionale, naționale și internaționale între furnizorii de servicii. O problemă majoră este faptul că angajarea managerilor de caz rămâne o provocare pentru majoritatea furnizorilor de servicii, în special din cauza constrângerilor bugetare. Aceasta conduce la un volum mare de lucru pentru actualii manageri de caz, limitând astfel acțiuni precum asigurarea integrării serviciilor și a abordării centrate pe persoană în cadrul acestora.

**Accesul la servicii de masă inclusive este limitat.** Asigurarea accesului la servicii de masă inclusive (educație, sănătate, ocuparea forței de muncă și transport) este esențială pentru viața independentă, poate reduce nevoia de servicii specifice dizabilității și poate asigura o mai bună prestare a serviciilor, prin integrarea acestora. Deși mulți FSS au menționat că sprijină persoanele cu dizabilități în adunarea documentelor necesare pentru obținerea accesului la locuințe sociale, acest lucru este adesea nerealist, deoarece nu sunt disponibile suficiente locuințe sociale, iar listele de așteptare sunt foarte lungi. Programele educaționale fie sunt prea puține, fie nu sunt adaptate nevoilor persoanelor cu dizabilități.

**Este deosebit de important să se lucreze cu comunitățile pentru eliminarea rezistenței față serviciile la nivelul comunității și asigurarea includerii în comunitate a persoanelor cu dizabilități.** Însă până acum acest lucru nu a constituit un demers sistematic și planificat al furnizorilor publici de servicii, în măsura în care, cel puțin parțial, procesul de dezvoltare a serviciilor la nivelul comunității și contactul cu comunitățile au fost mai degrabă accidentale și sporadice. Reticența și ostilitatea comunității față de persoanele cu dizabilități sau dificultatea de a găsi și de a asigura un loc de muncă pentru beneficiari reprezintă o experiență comună. Sunt necesare mai multe campanii de sensibilizare, precum și activități pentru

integrarea în comunitate, pentru reducerea riscurilor legate de posibila rezistență la dezvoltarea serviciilor la nivelul comunității și perceperea persoanelor cu dizabilități ca cetățeni egali.

## Concluzii și recomandări

### Viața independentă

- **Participare deplină în comunitate** - Toate serviciile trebuie furnizate de o manieră integrată pentru a evita segregarea și a spori participarea deplină în comunitate, iar accesul la serviciile de masă trebuie facilitat pentru toate persoanele cu dizabilități.
- **Alegere și control** - Toți beneficiarii trebuie să primească sfaturi și sprijin în luarea deciziilor, precum și informații despre serviciile existente (atât cele specifice dizabilității, cât și cele de masă) în formate accesibile. În același timp, trebuie respectate autonomia și autodeterminarea acestora în ceea ce privește viața de zi cu zi și planurile de viitor.
- **Sprijin centrat pe persoană** - Beneficiarii trebuie să fie implicați activ în proiectarea și evaluarea serviciilor (în procesul de evaluare a nevoilor, în elaborarea planurilor de servicii și prin feedback constant).
- **Disocierea serviciilor de găzduire și de sprijin** - Persoanele cu dizabilități trebuie să poată avea acces la servicii de locuire la fel ca oricine altcineva, iar sprijinul trebuie să urmeze persoana oriunde locuiește, fiind ales și controlat de persoana respectivă.
- **Locuințe dispersate** - Persoanele cu dizabilități nu trebuie grupate în aceleași case și trebuie să aibă acces la locuire în clădiri cu apartamente pentru populație generală.

### Dezvoltarea serviciilor

- Dezvoltarea mai multor servicii comunitare, deoarece lipsa opțiunilor îi face pe beneficiari vulnerabili - aceștia sunt mai predispuși să accepte servicii necorespunzătoare și este mai puțin probabil să reclame sau să raporteze probleme/abuzuri.
- Dezvoltarea serviciilor care răspund nevoilor persoanelor cu dizabilități; acestea trebuie înregistrate în mod regulat printr-un sistem coordonat implementat la nivel local.
- Disocierea centrelor de zi de locuințele protejate pentru a preveni furnizarea de servicii într-un sistem închis și continuarea segregării persoanelor cu dizabilități.
- Investiții în personal: pregătire adecvată, salarii mai mari, condiții de muncă mai bune.
- Dezvoltarea mai multor servicii, cum ar fi echipele mobile sau îngrijirea la domiciliu, în zonele rurale și defavorizate, unde accesul la serviciile de masă, precum și la serviciile specifice pentru persoane cu dizabilități este limitat.
- Dezvoltarea mai multor centre de servicii la nivelul comunității care să fie deschise pentru persoane cu sau fără dizabilități și care favorizează integrarea în comunitate în loc de segregare.
- Dezvoltarea unui spectru mai larg de servicii tip respiro - la domiciliu, servicii de zi și rezidențiale, atât la nivel local, cât și regional, pentru a asigura sustenabilitatea acestora și pentru a permite accesul de urgență, precum și planificat la servicii.

### Standarde și reglementări privind calitatea

Actualul sistem de reglementare descentent, bazat pe o abordare de tip comandă și control, trebuie înlocuit de o **reglementare receptivă**, prin:

- Implicarea mai multor actori cheie în procesul de reglementare (alții decât autoritatea de reglementare și actorii care fac obiectul reglementării).
- Asigurarea unui cadru pentru feedback și a unui răspuns care nu se reduce la plângeri și reparații, ci se concentrează mai degrabă pe îmbunătățirea continuă a calității serviciilor și a vieții.



- Acceptarea evaluatorilor independenți și a sistemelor de evaluare independentă.

**Dacă sunt utilizate inteligent și responsabil, standardele de calitate rămân măsuri importante** într-un set de instrumente și proceduri care sunt axate pe excelență în furnizarea serviciilor și care valorifică cele mai bune practici, în loc să se limiteze la protejarea sistemului de exemple negative. Pentru a realiza acest lucru, noile standarde trebuie:

- **Să fie elaborate prin consultări reale și ample** cu parteneri din societatea civilă, în special cu beneficiarii și cu organizațiile acestora, și să reflecte preocupările, nevoile și prioritățile acestora.
- **Să se bazeze atât pe contribuții, cât și pe rezultate**, concentrându-se în principal pe rezultatele pentru beneficiari.
- Să asigure că **serviciile sunt centrate pe persoană**.
- **Să aibă criterii clare, măsurabile și verificabile**, care asociază în mod clar standardul și rezultatele dorite.
- **Să verifice, să măsoare și să încurajeze implicarea și participarea** beneficiarilor la planificarea, furnizarea și evaluarea serviciilor.
- **Să măsoare calitatea serviciului, diferențiind între furnizorii** care oferă minimul obligatoriu și cei care oferă servicii de calitate superioară.
- **Să evalueze utilizarea parteneriatelor și colaborărilor** care pot oferi beneficiarilor servicii complementare complexe în comunitate.
- **Să încurajeze îmbunătățirea calității serviciilor, inovarea și adoptarea celor mai bune practici.**
- **Să evite birocrăția excesivă.**
- Să fie formulate într-un mod care să asigure că **inspecțiile sociale sunt efectuate cu consecvență și în mod unitar.**
- **Să includă evaluarea expertizei personalului, precum și a condițiilor de muncă ale personalului.**

# Introducere

## Obiectivul și contextul raportului

**Prezentul raport oferă o diagnoză comprehensivă al situației serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități la nivel de comunitate în România.** Serviciile la nivel de comunitate sunt esențiale pentru asigurarea unei vieți independente și includerea în comunitate a tuturor persoanelor cu dizabilități. Ca stat semnatar al Convenției Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) începând cu 2 martie, 2011, România și-a asumat obligația de a întreprinde măsurile necesare pentru punerea în aplicare a tuturor prevederilor acesteia, inclusiv ale Articolului 19 privind *Viața independentă și integrarea în comunitate*, care obligă statele părți să se asigure că persoanele cu dizabilități au acces la o diversitate de servicii comunitare. Prezenta diagnoză este prima analiză comprehensivă a modului în care se furnizează aceste servicii și a corelării acestuia cu obligațiile ce derivă din CDPD, oferind în același timp liniile directoare cu privire la politicile necesare pentru îmbunătățirea calității și accesului la serviciile la nivel de comunitate pentru persoanele cu dizabilități. Aceasta analiză va sta de asemenea la baza cadrului strategic național post-2020 pentru prevenirea re/instituționalizării.

**Procesul de dezvoltare a serviciilor la nivel de comunitate în România a condus până acum la înființarea unui număr relativ mic și nu suficient de diversificat de servicii care să răspundă nevoilor persoanelor cu dizabilități.** În prezent, există doar 208 servicii la nivel de comunitate pentru 2.672 de beneficiari. Majoritatea serviciilor sunt locuințe protejate și centre de îngrijire pe timp de zi, în ultimii ani fiind înființate doar câteva centre de criză și centre de timp respiro, servicii de echipă mobilă sau servicii de îngrijire la domiciliu.<sup>3</sup> Insuficienta furnizare a unor servicii la nivel de comunitate adecvate este menționată în actuala Strategie UE privind persoanele cu dizabilități ca fiind una dintre cauzele segregării persoanelor cu dizabilități și a pierderii controlului asupra propriei vieți.<sup>4</sup> Actuala Strategie națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități își asumă măsurile de îmbunătățire a accesului la serviciile necesare pentru asigurarea unei vieți independente prin creșterea în continuare a numărului de beneficiari a diferitelor tipuri de servicii la nivel de comunitate dedicate acestora.<sup>5</sup> Prezentul raport prezintă o analiză a barierelor și a oportunităților întâlnite până acum în procesul de dezvoltare a serviciilor actuale și care ar trebui să fie luate în considerare în viitor în vederea asigurării accesului persoanelor cu dizabilități la servicii mai multe și mai diversificate.

---

<sup>3</sup> Potrivit datelor ANDPDCA, la data de 30 septembrie 2020 existau un număr de 144 locuințe protejate, 4 centre de tip respiro, 2 centre de criză, 25 centre de îngrijire pe timp de zi, 2 servicii cu profil ocupațional, 25 centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, 1 serviciu de echipă mobilă, 2 servicii de îngrijire la domiciliu și 2 centre de consiliere psiho-socială pentru persoanele cu dizabilități.

<sup>4</sup> Comisia Europeană (2021: 8).

<sup>5</sup> Planul Operațional pentru implementarea Strategiei Naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2027. Obiectivul specific 5.3. Îmbunătățirea accesului la serviciile sociale în comunitate necesare pentru o viață independentă. Serviciile vizate sunt centrele pentru asigurarea unei vieți independente, centrele de servicii comunitare și formare, centrele de tip respiro/centrele de criză, serviciile de îngrijire la domiciliu, serviciile de echipă mobilă, centrele de îngrijire pe timp de zi și centrele de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, precum și serviciile de asistență personală. În prezent în proces de consultare.

**Raportul cuprinde analiza a șase tipuri de servicii la nivel de comunitate.** Serviciile la nivel de comunitate care fac obiectul acestei evaluări sunt cele acreditate ca rezultat al îndeplinirii standardelor minime de calitate obligatorii specifice pentru serviciile sociale acordate persoanelor adulte cu dizabilități stipulate de Ordinul nr. 82/2019: (i) locuințe protejate; (ii) centre de tip respiro și centre de criză; (iii) servicii de îngrijire la domiciliu; (iv) servicii de echipă mobilă; și (v) centre de îngrijire pe timp de zi și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu. Suplimentar, evaluarea va acoperi și serviciile de asistență personală stipulate în Ordinul nr. 1069/2018.

## Relevanța și aspectele evaluării

**Asigurarea unei vieți independente și a includerii în comunitate reprezintă o dimensiune esențială a vieții umane care presupune libertatea de a alege și de a controla toate aspectele vieții.** Orice persoană poate trăi în mod independent și poate să fie inclusă în societate cu condiția să își poată exercita capacitatea de a alege și de control în toate domeniile care îi afectează viața.<sup>6</sup> Libertatea de a alege și de a controla ca dimensiuni esențiale ale unei vieți independente nu poate fi exercitată în absența sprijinului și accesului la bunurile și serviciile necesare pentru realizarea sarcinilor zilnice și maximizarea potențialului uman. Persoanele cu dizabilități trebuie să beneficieze de acces la o gamă largă de servicii de sprijin<sup>7</sup> care să faciliteze autonomia personală, auto-determinarea și interdependența în toate domeniile vieții și traiului în comunitate, care includ, printre altele: transport, informație, comunicare, locuire, un loc de muncă decent, educație, activități religioase, activități culturale, participarea la viața publică și politică, relații personale, rutina zilnică, obiceiuri, îmbrăcăminte, hrană, igienă și îngrijire medicală, viață de familie, drepturi sexuale și reproductive.

**Serviciile la nivelul comunității sunt esențiale pentru asigurarea dreptului la o viață independentă și a integrării în cadrul comunității pentru toate persoanele cu dizabilități.** Transpunerea Articolului 19 din CDPD privind *Viața independentă și integrarea în comunitate* impune statelor părți să asigure tuturor persoanelor cu dizabilități dreptul egal de a trăi în comunitate. La ora actuală, un număr de 16,127<sup>8</sup> de persoane adulte cu dizabilități trăiește în centre rezidențiale pe întreg teritoriul României. Dezinstituționalizarea reprezintă un proces complex și multi-stratificat care necesită, printre altele, o strategie clară și țintită pentru dezvoltarea, îmbunătățirea și integrarea de servicii la nivelul comunității personalizate nevoilor specifice ale tuturor persoanelor cu dizabilități și capabile să răspundă tuturor cerințelor de viață ale acestora. În prezent, persoanele cu dizabilități care trăiesc deja în cadrul comunității au un acces limitat la un număr relativ redus de servicii de natură să le faciliteze deplina lor includere și participare în societate ca cetățeni cu drepturi egale.

<sup>6</sup> Comitetul CDPD (2017: para. 8).

<sup>7</sup> "Sprijinul pentru persoanele cu dizabilități include o gamă largă de intervenții de natură formală și informală, care includ forme active de asistență și de intermediere, mijloace și dispozitive de mobilitate, precum și tehnologii de asistare. De asemenea, acesta include asistența personală; sprijin în procesul de luare a deciziilor; sprijin pentru comunicare, precum interpreți mimico-gestuali și asigurarea de modalități alternative și augmentate de comunicare; sprijin pentru mobilitate, precum tehnologii asistive sau animale de serviciu; aranjamente locative pentru asigurarea locuirii și ajutorului în gospodărie; precum și servicii la nivelul comunității. Persoanele cu dizabilități pot necesita, de asemenea, sprijin la accesarea și utilizarea serviciilor generale, precum cele din domeniul sănătății, educației și justiției." (Raportul Raportorului special cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități, 2017: para. 14).

<sup>8</sup> Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, ANDPDCA (2020).

**Serviciile la nivel de comunitate trebuie să fie suficient de diverse pentru a asigura sprijinul tuturor persoanelor cu dizabilități indiferent de nivelul și tipul de dizabilitate.** Articolul 19 din CDPD impune statelor părți să se asigure de faptul că „persoanele cu dizabilități au acces la o gamă de servicii la domiciliu, rezidențiale și alte servicii comunitare de suport, inclusiv la asistență personală necesară vieții și integrării în comunitate, precum și pentru prevenirea izolării sau segregării de comunitate”. Trebuie dezvoltate o serie diversă de servicii pentru a asigura un sprijin personalizat pentru ca orice persoană cu dizabilități să poată trăi în cadrul comunității. Adesea, persoanele care necesită niveluri mai ridicate de sprijin, în special cele cu dizabilități de ordin intelectual, sunt găzduite în instituții sau în cadrul altor servicii rezidențiale, de multe ori după ce au fost evaluate ca fiind „incapabile” să își ducă traiul în comunitate. Acest lucru contravine CDPD care recunoaște dreptul tuturor persoanelor cu dizabilități de a trăi în cadrul comunității indiferent de nivelul lor intelectual, de funcționarea independentă sau de nevoile lor de sprijin.<sup>9</sup> La ora actuală, există un nivel redus de diversitate în rândurile serviciilor existente, iar informațiile cu privire la obstacolele din procesul de dezvoltare a serviciilor la nivel de comunitate sunt limitate.

**Asigurarea unei vieți independente și a includerii în cadrul comunității necesită, de asemenea, un acces corespunzător pentru persoanele cu dizabilități la serviciile și facilitățile destinate populației în general.**

Articolul 19 stipulează faptul că integrarea în comunitate și viața independentă presupun ca serviciile și facilitățile comunitare pentru populație în general să fie disponibile în aceeași măsură persoanelor cu dizabilități și să răspundă nevoilor acestora. De asemenea, este la fel de importantă exercitarea dreptului la un loc de muncă, la o formă de educație și la îngrijire medicală incluzive și accesibile. Comitetul CDPD afirmă că “reforme structurale menite să îmbunătățească nivelul general de accesibilitate în cadrul comunității pot avea ca efect reducerea cererii de servicii specifice pentru persoane cu dizabilități”<sup>10</sup>, din moment ce, cel mai adesea, lipsa de accesibilitate și indisponibilitatea anumitor servicii pot conduce la re/instituționalizare sau la exercitarea unei presiuni în sensul acceptării serviciilor specifice persoanelor cu dizabilități deja disponibile. Acestea pot fi probleme cu atât mai stringente în cazul beneficiarilor serviciilor la nivel de comunitate situate în zone rurale, în care accesul este și mai limitat la servicii de ocupare a unui loc de muncă, educație, servicii de locuire și servicii medicale.

**Pentru a veni în sprijinul vieții independente și integrării depline în societate, serviciile la nivel de comunitate trebuie să fie proiectate și livrate în concordanță cu principii specifice și trebuie să prezinte anumite caracteristici.** Serviciile la nivel de comunitate trebuie să fie elaborate de o manieră care să prevină izolarea și segregarea și să asigure o continuitate a unei forme de sprijin centrate pe individ care să reprezinte obiectul unei alegeri libere și care să se afle sub controlul persoanei cu dizabilități (a se vedea Caseta 1). În același timp, serviciile trebuie să fie (i) universal accesibile și în proximitatea locuinței persoanei în cauză; (ii) acceptabile în privința respectării unor standarde de calitate<sup>11</sup> și să fie, de asemenea, adecvate genului, vârstei și culturii persoanei; (iii) accesibile ca preț, luând în considerare persoanele cu venituri mici; și (iv) adaptabile prin asigurarea flexibilității necesare pentru adaptarea la nevoile individuale ale fiecărei persoane.

---

<sup>9</sup> Comitetul CDPD (2017: para. 21).

<sup>10</sup> Idem, para. 33.

<sup>11</sup> Idem, para. 35.

**Caseta 1: Principiile asigurării serviciilor la nivel de comunitate**

- Serviciile trebuie să faciliteze integrarea deplină și participarea la nivel de comunitate, nu doar să asigure o locuință, și, în același timp, să prevină izolarea și segregarea de sau în cadrul comunității.
- Serviciile trebuie să facă obiectul capacității de a alege și control a persoanei cu dizabilități, căreia trebuie să i se asigure accesul la informații, sfaturi și reprezentarea intereselor astfel încât să poată lua decizii informate cu privire la tipul de sprijin de care are nevoie.
- Serviciile trebuie să fie asigurate într-o manieră centrată pe individ personalizat nevoilor, voinței și preferințelor persoanei care trebuie, de asemenea, să fie implicată în proiectarea și evaluarea serviciilor.
- Serviciile trebuie să asigure un sprijin continuu pe durata existenței nevoii și trebuie să poată fi modificate ca formă de reacție la schimbarea nevoilor și preferințelor persoanei cu dizabilități.
- Asigurarea serviciilor ar trebui să nu fie condiționată de locul în care se află locuința sau reședința persoanei în cauză, ci de nevoile și cerințele acesteia - reședința să poată fi mutată fără a pierde accesul la servicii, iar un nivel înalt de sprijin să poată fi asigurat la orice moment dat în condiții obișnuite de locuire.
- Alternativele de trai la viața în condiții de instituționalizare trebuie să fie dispersate în cadrul comunității și nu pot fi grupate pe aceeași stradă sau în clădiri rezidențiale care adăpostesc grupuri de persoane cu dizabilități.

*Sursa:* European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based care [Grupul European de Experti pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea la nivel de comunitate] (2012:83-84)

**Cu toate că libertatea de alegere cu privire la serviciile asigurate este esențială pentru auto-determinarea și controlul asupra propriei vieți, persoanele cu dizabilități sunt rareori puse în poziția de a le putea exercita.** Asigurarea serviciilor pentru persoanele cu dizabilități este rareori gestionată de beneficiarul însuși al serviciilor. Această situație este o consecință a unor factori multipli precum:

(i) lipsa de alternative diverse pe care o persoană să le poată alege în concordanță cu propriile nevoi și preferințe, lucru care obligă persoana să accepte opțiunile disponibile;

(iii) lipsa capacității juridice (*de jure*, atunci când persoana este plasată sub tutelă sau *de facto*, atunci când altcineva ia deciziile în numele persoanei cu dizabilități, precum familia, autoritățile etc. și așa mai departe).

În România, privarea de capacitatea juridică a fost recent declarată neconstituțională<sup>12</sup>, fiind considerată o practică prin care se aduce atingere demnității umane și care afectează dezvoltarea autonomă a personalității umane, fiind contrară dreptului egal al persoanelor cu dizabilități de a fi recunoscute în fața legii, așa cum este prevăzut în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități.<sup>13</sup> În practică, privarea de capacitatea juridică apare în orice situație în care persoanelor cu dizabilități nu li se oferă

<sup>12</sup> Decizia nr. 601 din 16 iulie, 2020, referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 164 alin. (1) din Codul civil (CC), publicată în Monitorul Oficial Nr. 88, din 1 ianuarie 2021. Curtea reține că în lipsa instituirii garanțiilor care să însoțească măsura de ocrotire a punerii sub interdicție judecătorească se aduc atingeri prevederilor constituționale ale art. 1 alin. (3), ale art. 16 alin. (1) și ale art. 50, astfel cum se interpretează potrivit art. 20 alin. (1), și prin prisma art. 12 din CDPD.

<sup>13</sup> CDPD (2014: Art. 12).

posibilitatea de a lua propriile decizii, cum ar fi administrarea tratamentelor medicale, sau implicarea în orice activități fără consimțământul lor deplin și informat.<sup>14</sup>

## Metodologie

### Instrumente pentru colectarea datelor

Evaluarea serviciilor pentru persoanele adulte cu dizabilități la nivel de comunitate s-a bazat atât pe date cantitative cât și calitative, urmărind 4 mari dimensiuni: (i) gradul de conformare cu standardele minime de calitate prevăzute de legislația națională; (ii) gradul de conformare a serviciilor cu cerințele standardelor de calitate privind asigurarea unei vieți independente; (iii) gradul de conformare cu cerințele privind viața independentă; și (iv) barierele întâmpinate în dezvoltarea și menținerea serviciilor la nivel de comunitate. În ceea ce privește metodologia, evaluarea a presupus dezvoltarea unor instrumente specifice de colectare a datelor pentru fiecare dintre aceste patru dimensiuni și a ținut de asemenea cont de natura fiecărui serviciu social care a făcut obiectul evaluării (a se vedea Caseta 2).

#### Caseta 2: Instrumente pentru colectarea datelor

- **Chestionar pentru verificarea gradului de conformare a serviciilor la nivel de comunitate cu standardele de calitate** pentru fiecare tip de serviciu. Aceste instrumente măsoară gradul de conformare cu toate cerințele obligatorii prevăzute de standarde, grupate în module specifice, care vizează managementul serviciului social, accesul la serviciu, analiza nevoilor și planificarea serviciului, activitățile furnizate, precum și drepturile beneficiarilor. În plus, instrumentele colectează de asemenea date administrative cu privire la profilul beneficiarilor (după gen, vârstă, tip și grad de handicap; capacitate juridică; situație familială; mediu de rezidență; istoric de instituționalizare; durata utilizării serviciului și așa mai departe). Chestionarul a inclus de asemenea date cu privire la resursele materiale și umane, activitățile desfășurate în cadrul serviciului, mecanismele de depunere a reclamațiilor și protejarea drepturilor.
- **Instrumente de evaluare externă a serviciilor la nivel de comunitate**, pentru fiecare tip de serviciu. Aceste instrumente măsoară gradul de conformare a serviciilor cu diferite dimensiuni relevante pentru asigurarea vieții independente, cum ar fi localizarea serviciului în interiorul comunității; condiții de trai adecvate; alegere și control; acces la serviciile de masă din comunitate; starea de sănătate; implicarea și participarea la viața civică, politică și culturală; intimitate și demnitate; rutina zilnică; relațiile personale și contactele sociale; Instrumentele au măsurat de asemenea viața de familie, personalul implicat în furnizarea serviciului, analiza nevoilor și planificarea și monitorizarea serviciului, abilitățile de viață independentă, consimțământul informat, accesul la informații, protejarea împotriva actelor de violență și abuz, procedurile de depunere a reclamațiilor și de oferire de feedback.
- **Chestionar pentru beneficiarii din locuințele protejate**. Acest instrument colectează date cu privire la gradul de satisfacție al beneficiarilor, incluziunea și participarea în comunitate; serviciile și sprijinul acordat pentru asigurarea unei vieți independente; alegere și control cu privire la rutina zilnică și serviciul furnizat; drepturi; și bunăstarea materială.
- **Ghiduri de interviu cu beneficiari din cadrul altor tipuri de servicii la nivel de comunitate**. Aceste ghiduri colectează datele cu privire la aspecte similare cu cele evaluate de instrumentele destinate evaluărilor externe.

<sup>14</sup> A se vedea *Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități din România* (Banca Mondială, 2020), Capitolul 2.1. Posibilitatea limitată a persoanelor cu dizabilități de a lua decizii.

- **Ghiduri de interviu cu directorii furnizorilor de servicii (FSS), coordonatorii de servicii și reprezentanții ONG-urilor.** Aceste ghiduri colectează date cu privire la serviciile dezvoltate la nivel local, precum și la barierele întâmpinate în procesul de dezvoltare, nevoia de servicii la nivel local, colaborarea cu factorii interesați relevanți, asigurarea accesului la servicii pentru persoanele cu dizabilități și evaluarea și monitorizarea serviciilor. De asemenea, colectează date cu privire la implementarea standardelor de calitate, integrarea serviciului, accesul la serviciile de masă, conformitatea serviciilor cu principiile unei vieți independente, campanii de conștientizare etc.

## Procesul de colectare a datelor

Evaluarea a cuprins toate serviciile sociale publice, mai exact cele administrate de DGASPC sau de autoritățile publice locale, și care la data colectării datelor (Aprilie 2021) dețineau o licență de funcționare valabilă sau se aflau în proces de licențiere sau reînnoire a licenței. Analiza nu a cuprins furnizorii privați de servicii sau pe cei nelicențiați în baza standardelor minime de calitate specifice pentru serviciile destinate persoanelor adulte cu dizabilități. Aria de acoperire a evaluării a cuprins următoarele categorii de servicii: (a) locuințele protejate, (b) centrele de tip respiro și centre de criză, (c) centrele de îngrijire pe timp de zi și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, (d) serviciile de echipă mobilă, (e) serviciile de îngrijire la domiciliu, și (f) serviciile de asistență personală profesională.

Procesul de colectare a datelor a avut loc între lunile martie și mai 2021, parcurgând trei etape diferite:

1. În prima etapă, au avut loc interviuri cu reprezentanții furnizorilor publici de servicii sociale (DGASPC și SPAS) din 20 de județe și cu coordonatorii serviciilor la nivel de comunitate din aceste județe, precum și cu reprezentanții ONG-urilor active în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități. Datele colectate prin intermediul acestor interviuri au vizat procesul de dezvoltare și asigurare a calității serviciilor la nivel de comunitate în vederea garantării unei vieți independente pentru persoanele adulte cu dizabilități. În total, s-au desfășurat un număr de 49 de interviuri. Distribuția acestora pe tipuri de instituții este prezentată în tabelul de mai jos (Tabelul 1).

**Tabelul 1. Distribuția interviurilor cu FSS publici și ONG-uri**

Respondenți	Județe	Număr de interviuri
<b>Reprezentanți ai DGASPC (directori, directori adjuncți, coordonatori de departamente din cadrul serviciilor pentru persoanele adulte cu dizabilități)</b>	Alba, Bihor, Botoșani, București (sector 3), Călărași, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Gorj, Hunedoara, Iași, Maramureș, Mehedinți, Prahova, Sibiu, Teleorman, Timiș și Tulcea	18, din care 10 cu DGASPC-uri care nu administrează niciun serviciu sau care administrează puține servicii la nivel comunitar
<b>Coordonatori de servicii la nivel de comunitate (locuințe protejate, centre de îngrijire pe timp de zi, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii de echipă mobilă, centre de criză)</b>	Alba, Bihor, București (sector 3), Constanța, Dâmbovița, Dolj, Hunedoara și Iași	11
<b>Reprezentanți ai SPAS care administrează servicii la nivel de comunitate destinate persoanelor adulte cu dizabilități</b>	Alba, Argeș, Brașov, Călărași, Constanța, Maramureș, Timiș și Tulcea	8
<b>Reprezentanți ai ONG-urilor, furnizori de servicii sau active în domeniul</b>	Bihor, Botoșani, București, Harghita, Iași, Satu Mare, Sibiu și Timiș	12

---

**protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități**


---

2. O a doua etapă a vizat colectarea datelor în vederea evaluării gradului de conformare a serviciilor la nivel de comunitate cu standardele specifice minime de calitate. În această etapă, s-a derulat o cercetare exhaustivă în baza chestionarelor online și a datelor administrative colectate de la toate serviciile din comunitate destinate persoanelor adulte cu dizabilități. Pentru fiecare din cele șase tipuri de servicii a existat un instrument specific de colectare a datelor, care a fost completat de coordonatorul serviciului. În total, s-au colectat date de la 142 de servicii din 28 de județe (100 locuințe protejate, 22 centre de îngrijire pe timp de zi, și 12 centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, 2 centre de criză, 2 servicii de îngrijire la domiciliu, 2 servicii de echipă mobilă, și 2 servicii de asistență personală profesională). Din cele 142 servicii, 140 se aflau sub administrarea DGASPC și doar 2 aparțineau de SPAS.
3. Cea de a treia etapă a vizat evaluarea externă a celor 142 de servicii menționate mai sus, care a avut drept scop analizarea modului în care serviciile la nivel de comunitate îndeplinesc cerințele privind asigurarea unei vieți independente pentru persoanele adulte cu dizabilități. Această etapă a inclus 2 componente de colectare a datelor. Prima componentă s-a referit la evaluarea externă desfășurată prin intermediul vizitelor „virtuale” în cele 142 de servicii, realizare de experți special instruiți în acest sens. Vizitele virtuale la servicii au avut loc cu ajutorul aplicațiilor de apelare video și au utilizat ca metode de colectare a datelor observația, interviuri cu coordonatorii și angajații serviciilor și analiza documentară, datele fiind colectate prin intermediul unui formular standardizat de evaluare, specific pentru fiecare tip de serviciu. Printre documentele analizate s-au numărat regulamentele și procedurile specifice, precum și un număr de 2 până la 7 dosare ale beneficiarilor pentru fiecare serviciu inclus în evaluare, analizate prin sondaj.

A doua componentă a vizat evaluarea furnizării serviciului din perspectiva beneficiarilor. Pentru a realiza acest lucru, experții Băncii Mondiale au aplicat chestionare unui eșantion de beneficiari ai locuințelor protejate și au desfășurat interviuri semi-structurate cu beneficiari ai altor tipuri de servicii la nivel de comunitate. Toate chestionarele și interviurile au fost aplicate prin intermediul apelurilor video, având grijă pe cât posibil ca procesul să aibă loc în absența unei terțe părți care ar fi putut influența răspunsurile beneficiarilor (Tabelul 2). Au existat diferențe între eșantionul propus și cel realizat din cauza faptului că în anumite servicii nu au existat beneficiari care să aibă un nivel suficient de înțelegere și comunicare pentru a participa la interviu.

**Tabelul 2. Evaluarea externă a serviciilor la nivel de comunitate**

Tipul serviciului	Nr. de servicii evaluate	Nr. de chestionare/ interviuri desfășurate cu beneficiarii
Locuințe protejate	100	194
Centre de îngrijire pe timp de zi	22	19
Centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	12	20
Centre de criză	2	5
Servicii de echipă mobilă	2	6
Servicii de îngrijire la domiciliu	2	4



<b>Servicii de asistență personală profesională</b>	4 <sup>15</sup>	5
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>253</b>

În cazul locuințelor protejate, eșantionul de beneficiari a fost unul probabilistic, proporțional cu capacitatea tuturor celor 100 de locuințe protejate care au făcut obiectul evaluării. Selectarea beneficiarilor care au făcut parte din eșantion s-a făcut tot probabilistic, utilizând numere aleatorii, cu posibilitatea de înlocuire a unei persoane în caz de refuz. În același timp, metodologia de colectare a datelor a permis completarea chestionarului prin intermediul unui respondent împuternicit (o altă persoană, de obicei din rândul angajaților locuinței protejate, care o cunoaște foarte bine pe persoana intervievată), în cazul persoanelor selectate care nu dețin abilitățile necesare înțelegerii întrebărilor din chestionar. Din cele 194 de chestionare aplicate, 41 au fost administrate prin intermediul unui respondent împuternicit. Trebuie menționat că în 38 de cazuri, respondentul a fost asistat în timpul interviului de unul dintre angajații locuinței protejate.

Fișele pentru evaluarea externă a centrelor de îngrijire pe timp de zi, a centrelor de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, a locuințelor protejate, precum și chestionarele pentru beneficiarii locuințelor protejate, au fost încărcate de experții BM într-o aplicație online dezvoltată special în acest scop, care a permis un control foarte bun din perspectiva datelor introduse și a erorilor de validare.

## Structura raportului

Pe lângă introducere, raportul cuprinde **trei părți**. **Prima parte** cuprinde o evaluare a sistemului de asigurare a calității serviciilor la nivel comunitar destinate persoanelor cu dizabilități din România, realizată prin analiza cadrului legal și instituțional, dar și printr-o cercetare detaliată a standardelor de calitate pentru serviciile la nivel comunitar, în ceea ce privește utilitatea acestora pentru asigurarea unor servicii de calitate adaptate nevoilor și preferințelor individuale ale persoanelor cu dizabilități. **Cea de a doua parte** cuprinde șase capitole de analiză comprehensivă a fiecărui tip de servicii care a făcut obiectul evaluării. Fiecare capitol poate fi parcurs separat, oferind o analiză a gradului de conformitate a serviciului cu standardele de calitate minime obligatorii precum și o evaluare a aspectelor relevante pentru asigurarea unei vieți independente, dar și o serie de recomandări din perspectiva valorii și succesului serviciului. **Cea de a treia parte** este o analiză a procesului de dezvoltare a serviciilor la nivel comunitar de până acum, realizată prin evaluarea diferitelor abordări cu privire la procesul de dezvoltare, precum și a barierelor întâmpinate în ceea ce privește accesul la resursele financiare, umane și materiale; colaborarea dintre factorii interesați; integrarea serviciului și managementul de caz, aspecte legate de centrarea pe persoană a furnizării serviciului și colaborarea cu familiile și comunitățile.

<sup>15</sup> În cazul APP, evaluarea administrativă a gradului de conformitate cu standardele minime de calitate a implicat evaluarea serviciului în cadrul DGASPC care se ocupă de managementul asistențelor personali, în vreme ce evaluarea externă a fost efectuată direct la locuințele asistențelor personali profesionale.

1

ASIGURAREA CALITĂȚII  
SERVICIILOR

# 1. Asigurarea calității serviciilor

**Acest capitol analizează standardele minime de calitate în domeniul serviciilor sociale pentru persoanele cu dizabilități.** Analiza are scopul de a servi ca introducere generală privind sistemul românesc de asigurare a calității și oferă fundamentul pe baza căruia să fie evaluate serviciile discutate în capitolele următoare. În acest scop, acest capitol: (i) conturează cadrul legal și instituțional al standardelor de calitate în domeniul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din România; (ii) prezintă și evaluează standardele și sistemul național de asigurare a calității; și (iii) discută implementarea standardelor din perspectiva furnizorilor de servicii și coordonatorilor.

## 1.1. Standardele de calitate în context local: context legislativ și instituțional

### A. Cadrul legal pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități

*Legea nr. 197/1 noiembrie 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale*

**Sistemul de asigurare a calității în domeniul serviciilor sociale din România are la bază l o lege din 2012 (Legea 197/2012)<sup>16</sup> care a fost modificată în 2019 (Legea nr. 177/2019)<sup>17</sup>.** Legea nr. 197/2012 stabilește cadrul mai larg pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, articulează principalele abordări și instrumente, precizează instituțiile și organismele guvernamentale care urmează să fie însărcinate cu aplicarea legislației și descrie principalele proceduri implicate în asigurarea calității, și anume procesele de acreditare și licențiere, emitere a unui certificat de clasă de calitate și procesul de realizare a inspecțiilor. Scopul legii este să reglementeze un sistem unitar, standardizat de asigurare a calității (definit ca un set de proceduri pentru evaluarea, certificarea, monitorizarea și controlul calității) care se aplică tuturor furnizorilor de servicii sociale (FSS, atât publici, cât și privați) din România. Legea 177/2019 a adus modificări legii inițiale, atât în ceea ce privește substanța, cât și formularea acesteia, în scopul clarificării anumitor proceduri precum și al alinierii acestora cu alte modificări de ordin legislativ și instituțional. Aceste legi sunt sprijinite de o serie de norme metodologice<sup>18</sup>, care stipulează proceduri concrete de implementare.

**Cadrul conceptual al legii, limbajul și obiectivele legii (în special după modificările aduse în 2019) corespund unei abordări mai moderne și progresiste privind serviciile sociale.** Legea oferă o abordare care pornește de la angajamentul față de respectarea drepturilor omului și nediscriminare. De asemenea, legislația (i) propune o abordare centrată pe persoană (beneficiar) (corelând calitatea cu satisfacția beneficiarului); (ii) menționează implicarea și contribuția beneficiarului ca un element esențial al sistemului și al modului în care sunt definite standardele și criteriile; (iii) privește asigurarea calității ca pe un proces continuu stimulat de îmbunătățiri și aspirând către excelență; și (iv) vizează să promoveze parteneriatelor și cooperării între toate părțile interesate, cu accent pe dezvoltarea unei abordări bazate

<sup>16</sup>Legea nr. 197/1 noiembrie 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 754/ 9 noiembrie 2012.

<sup>17</sup>Legea nr. 177/10 octombrie 2019 pentru modificarea Legii nr. 197/2012.

<sup>18</sup>Norme metodologice de aplicare a Legii 197/2012, adoptate prin Hotărârea de Guvern nr. 118/19 februarie 2014. Este interesant de menționat faptul că normele metodologice au fost publicate la doi ani după publicarea legii, făcând imposibilă aplicarea legii până atunci.

pe servicii la nivelul comunității și pe integrarea serviciilor sociale în alte servicii din comunitate. Sistemul de asigurare a calității este descris și definit în termeni de „standarde, criterii și indicatori” care urmează să fie utilizați în toate procesele ce intră în domeniul de aplicare al legii. Standardele, criteriile și indicatorii ar trebui să aibă un nivel adecvat de complexitate și să cuprindă criteriile măsurabile privind structura, procesul și rezultatele serviciilor oferite.

**Cu toate acestea, procesele, procedurile și instrumentele definite în lege și în normele metodologice nu corespund promisiunii prezentate în primul capitol.** Legislația oferă *doar* standardele minime de calitate; întregul sistem este construit în jurul lor, atât ca prag care trebuie atins pentru a furniza servicii sociale potrivit legii și pentru a declanșa sancțiuni, în cazul în care nu este atins un anumit nivel al calității. Este menționat și un al doilea set de instrumente, și anume clasele de calitate în care urmează să fie încadrați furnizorii care depășesc aceste standarde minime. Această ultimă procedură rămâne vagă, presupunând o echipă de evaluare care va fi constituită la cerere, indicatorii de calitate urmând a fi prezentați (cu toate că nu este clar când sau cum) în raport cu standardele minime. Fișele și instrumentele aferente acestor clase de calitate menționate în normele metodologice sunt la fel de vagi și incerte.

**De asemenea, legea nu dispune modalități clare de îmbunătățire a calității serviciilor sociale, în afară de aplicarea standardelor minime.** Legea nu prevede alte măsuri pozitive, de susținere sau instrumente care ar contribui la îndeplinirea angajamentului asumat privind cooperarea, integrarea și îmbunătățirea continuă a calității (și nu doar atingerea unui nivel minim în servicii). Mai mult, în afara primului capitol mai general, nu sunt deloc incluse considerente cu privire la beneficiari (abordarea centrată pe persoană, implicarea beneficiarului, satisfacția beneficiarului). Toate dispozițiile menționează exclusiv diferitele instituții implicate, furnizorii de servicii, precum și drepturile și obligațiile acestora.

### *Ordinul nr. 82/2019 privind aprobarea standardelor specifice minime de calitate obligatorii pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități*

**Serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități trebuie să respecte un set specific de standarde minime de calitate.** Legea nr. 197/2012, care reglementează asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, face trimitere la un set de standarde minime de calitate pe care trebuie să le aplice toate serviciile sociale pentru a fi licențiate.<sup>19</sup> În ceea ce privește serviciile pentru persoane cu dizabilități, standardele actuale au fost emise și adoptate prin **Ordinul nr. 82/2019**, care include, în anexe, standarde specifice atât pentru serviciile rezidențiale, cât și pentru serviciile comunitare. Serviciile comunitare menționate în lege și standarde sunt locuințele protejate, centrele de criză, centrele respiro, centrele de zi, serviciile de îngrijire la domiciliu și serviciile mobile. În concordanță cu legislația primară, ordinul indică în mod explicit că Inspecția socială este instituția responsabilă de evaluarea serviciilor sociale (verificarea conformității), utilizând standardele existente.

**Standardele actuale privind serviciile destinate persoanelor adulte cu dizabilități au înlocuit o serie de alte standarde, care au fost abrogate succesiv începând cu 2003.** Primul set de standarde a fost adoptat în 2003, fiind aplicabil tuturor instituțiilor cu atribuții de protecție care ofereau servicii persoanelor adulte cu dizabilități, indiferent de profilul lor specific.<sup>20</sup> Standardele au fost abrogate în 2005, când au fost

<sup>19</sup> Diferitele tipuri de servicii sociale trebuie să respecte seturi separate de standarde minime de calitate, în conformitate cu profilul lor specific. Ministerul Muncii și Protecției Sociale a stabilit 4 domenii distincte ale serviciilor sociale - Persoane vârstnice, Protecția copilului, Persoane cu dizabilități, Protecția victimelor violenței domestice. A se vedea [www.servicii-sociale.ro](http://www.servicii-sociale.ro)

<sup>20</sup> Ordinul nr. 22/29 ianuarie 2003 privind aprobarea Standardelor de calitate pentru serviciile furnizate în instituțiile de protecție specială a persoanelor cu handicap, Monitorul Oficial nr. 139/3 aprilie 2003. La momentul respectiv, instituțiile de protecție specială pentru persoanele adulte cu dizabilități erau considerate centre pilot, centre de

aprobate noi standarde specifice pentru (i) centre rezidențiale; (ii) locuințe protejate; și (iii) centre de zi.<sup>21</sup> Dacă următoarele standarde de calitate din 2008 acopereau același tip de servicii,<sup>22</sup> în 2015 a fost introdus un nou (serviciul la domiciliu).<sup>23</sup> Abia în 2019 au fost introduse pentru prima dată standardele de calitate pentru echipele mobile, centrele de criză și centrele de tip respiro.

### *Ordinul nr. 1069/2018 privind aprobarea Standardelor minime obligatorii pentru asigurarea îngrijirii și protecției adulților cu handicap grav sau accentuat la asistentul personal profesionist*

**Asistentul personal profesionist constituie un serviciu suplimentar pentru persoanele cu dizabilități.** Legea nr. 448/2006 instituie serviciul unei asistent personal profesionist (APP) care poate asigura îngrijirea și protecția pentru adulții cu handicap grav sau accentuat, care nu au acces la locuință, cărora le lipsesc veniturile ori al căror venit este mai mic decât salariul mediu net național.<sup>24</sup> Deși furnizarea acestui serviciu a fost stipulată încă de la prima versiune a acestei legii, actul normativ care reglementa condițiile pentru obținerea unui certificat de APP a fost adoptat în 2017.<sup>25</sup> În cele din urmă, în 2018 au fost adoptate standardele minime de calitate<sup>26</sup>, împreună cu legea privind monitorizarea și controlul activității APP.<sup>27</sup>

### *Alte acte normative*

**Există mai multe acte normative pertinente pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități.** Hotărârea Guvernului nr. 1002/2019 instituie cadrul de organizare și funcționare a *Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA)*, precum și atribuțiile acesteia. Unele dintre responsabilitățile ANDPDCA sunt direct relevante pentru reglementarea calității serviciilor pentru persoane cu dizabilități. ANDPDCA este instituția responsabilă de acordarea de licențe pentru serviciile sociale pentru persoanele cu dizabilități.<sup>28</sup> De asemenea, Hotărârea Guvernului nr. 1002/2019 dispune că instituția emite un aviz de înființare, care este necesar pentru eliberarea licenței pentru servicii pentru persoane cu dizabilități, cum sunt centrele de zi și centrele rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități.<sup>29</sup> Legea întărește Legea nr. 197/2012, prin faptul că instituie responsabilitatea ANDPDCA pentru certificarea și evaluarea calității (inclusiv acordarea licențelor) în domeniul serviciilor pentru persoane cu dizabilități. Deși legea anterioară care reglementa funcționarea ANDPDCA<sup>30</sup> stipula, de asemenea, că aceasta este instituția responsabilă de încadrarea serviciilor sociale pentru persoane cu dizabilități în clase de calitate, legea actuală nu mai cuprinde o astfel de prevedere. În consecință, constatăm un vid instituțional: legislația primară (Legea nr. 197/2012) indică

---

îngrijire și asistență, centre de recuperare și reabilitare, centre de integrare prin terapie ocupațională, locuințe protejate de tip familial, centre de zi, centre de intervenție timpurie și alte servicii specifice înființate sub coordonarea consiliilor județene cu aprobarea și coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități. (Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 102/29 iunie 1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap).

<sup>21</sup> Ordinul nr. 205/2005.

<sup>22</sup> Ordinul nr. 559/2008.

<sup>23</sup> Ordinul nr. 67/2015.

<sup>24</sup> Legea nr. 448/2006, art. 45 alin. (1).

<sup>25</sup> Hotărârea Guvernului nr. 548/2017.

<sup>26</sup> Ordinul nr. 1069/2018.

<sup>27</sup> Ordinul Ministerului Muncii și Justiției Sociale nr. 1690/2018.

<sup>28</sup> Decizia nr. 1002/2019, art. 4, lit. h.

<sup>29</sup> Pentru a obține avizul de înființare de la aviz de înființare de la ANDPDCA, FSS trebuie să depună (i) o cerere de solicitare a avizului; (ii) proiectul de hotărâre a consiliului județean, respectiv local al sectorului municipiului București sau hotărârea organului de conducere a asociației sau fundației, după caz; (iii) nota de fundamentare; (iv) proiectul de organigramă. (Hotărârea Guvernului nr. 268/2007).

<sup>30</sup> Hotărârea Guvernului nr. 50/2015, art. 4, lit. dd).

faptul că trebuie să existe un sistem de clasificare a calității pentru serviciile sociale, însă nicio lege actuală nu precizează instituția care trebuie să ducă la îndeplinire această atribuție.

**Legea care reglementează statutul și activitatea inspectorilor sociali (Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 82/2016) indică, printre alte aspecte, că inspectorii sociali sunt responsabili de următoarele activități:** (i) controlarea FSS pentru a se asigura că respectă standardele minime care au stat la baza acreditării și licențierii acestora; (ii) evaluarea calității serviciilor; și (iii) consilierea și furnizarea de îndrumări pentru îmbunătățirea prestării serviciilor, în special pentru atingerea standardelor minime. În ansamblu, limbajul și descrierea activităților desfășurate de inspectorii sociali îi prezintă pe aceștia ca pe un fel de poliție a serviciilor și prestațiilor sociale, care pornește de la premisa că atât beneficiarii, cât și de furnizorii de servicii încalcă legile și reglementările, iar datoria inspectorilor sociali este să identifice și să ancheteze astfel de situații.<sup>31</sup>

**Legislația primară în domeniul serviciilor sociale din România este reprezentată de Legea asistenței sociale (Legea nr. 292/2011).** Aceasta stabilește abordarea generală a statului român în domeniul asistenței sociale, definește sfera serviciilor și prestațiilor sociale, descrie furnizarea și cadrul instituțional (la nivel central, prin intermediul Ministerului Muncii și Protecției Sociale, și la nivel local prin administrația locală). De asemenea, legea definește nivelul minim acceptabil de performanță pentru FSS<sup>32</sup>. Legea desemnează Ministerul Muncii și Protecției Sociale ca instituție responsabilă de (i) elaborarea criteriilor, a indicatorilor de performanță și a standardelor de calitate pentru serviciile sociale, inclusiv pentru cele destinate persoanelor cu dizabilități;<sup>33</sup> și de (ii) autorizarea furnizorilor de servicii publice și privați<sup>34</sup> și autoritățile administrației publice locale care monitorizează și supraveghează respectarea acestora.

**Principala lege privind protejerea și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități (Legea nr. 448/2006)** stabilește obligativitatea respectării standardelor obligatorii de către FSS pentru persoanele cu dizabilități și competența Agenției Naționale și pentru Plăți și Inspecție Socială, precum și a agențiilor județene, de evaluare, monitorizare și control al respectării standardelor.<sup>35</sup> Legea dispune, de asemenea, tipurile de sancțiuni și amenzi pentru nerespectarea standardelor.<sup>36</sup>

## B. Instituții implicate în asigurarea calității serviciilor pentru persoane cu dizabilități

**ANDPDCA este o entitate separată în cadrul Ministerului Muncii și Protecției Sociale.** Aceasta este responsabilă de asigurarea respectării atât a tratatelor semnate și ratificate de România în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilități – inclusiv Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități – cât și a legislației naționale. ANDPDCA elaborează standardele minime și eliberează acreditări și licențe de funcționare pentru toate serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități. Este de asemenea principala entitate responsabilă de elaborarea și promovarea de strategii, proiecte și măsuri de politici publice și de acte normative în domeniul protejării și promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități, inclusiv a sistemului de asigurare a calității care urmează să fie utilizat în evaluarea serviciilor pentru persoane cu dizabilități.

<sup>31</sup> De exemplu, art. 5 alin. (3), definește activitatea de inspecție socială astfel: „activitatea prin care se identifică cazurile de fraudă, abuz și neglijență care au generat prejudicii materiale și financiare aduse statului, precum și încălcări grave ale drepturilor sociale ale beneficiarilor și transmiterea datelor și informațiilor obținute către organele abilitate.”

<sup>32</sup> Legea nr. 292/2011 art. 6 (mm)

<sup>33</sup> Legea nr. 292/2011 art. 112 (3) m).

<sup>34</sup> Legea nr. 292/2011 art. 105 (n).

<sup>35</sup> Legea 448/2006, art. 34 (2).

<sup>36</sup> Legea 448/2006 art. 100 (e).

**Agencia Națională pentru Plăți și Inspecție Socială** - ANPIS - este principala instituție publică mandată cu asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale din România. ANPIS este o instituție de proporții, ce ține de competența Ministerului Muncii și Protecției Sociale, având agenții locale în toate județele (denumite AJPIS). ANPIS are o gamă largă de responsabilități, inclusiv (i) administrarea prestațiilor de asistență socială, inclusiv a serviciilor sociale publice; (ii) evaluarea și monitorizarea serviciilor sociale și a diferitelor măsuri de protecție socială și (iii) verificarea modului în care au fost eliberate certificatele de handicap.<sup>37</sup> Misiunea instituției constă în a asigura că toți cei îndreptățiți au acces la prestații și servicii sociale, dar majoritatea obligațiilor și activităților descrise sunt legate în mod specific de protejarea resurselor (financiare) ale statului.

**Direcția de Inspecție Socială** este o ramură a ANPIS și este principalul organism responsabil de efectuarea inspecțiilor sociale. Direcția este responsabilă de monitorizarea și supravegherea modului în care furnizorii de servicii urmează criteriile, standardele și indicatorii de calitate. Deși acreditările și licențele de funcționare sunt eliberate de o altă instituție, Direcția de Inspecție Socială este responsabilă de monitorizarea respectării permanente a condițiilor incluse în acele acreditări și licențe. Direcția își îndeplinește atribuțiile prin trei tipuri de misiuni. *Misiunile de inspecție tematică* sunt inspecții planificate, tematice, la nivel național, care analizează serviciile sociale în ansamblul lor și conduc la rapoarte naționale menite să îmbunătățească cadrul legislativ și instituțional. *Misiunile de evaluare/monitorizare* sunt vizite anunțate care verifică respectarea standardelor. FSS sunt anunțați cu 15 zile înainte de vizite. În cele din urmă, *misiunile de inspecție inopinată* sunt vizite efectuate ca urmare a unor sesizări sau ca urmare a autosesizărilor și analizează respectarea standardelor de calitate, precum și alte tipuri de probleme sau încălcări.

## C. Sistemul de asigurare a calității serviciilor pentru persoane cu dizabilități din România

**Sistemul de asigurare a calității serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din România se bazează, în practică, pe (i) un proces de acreditare și licențiere, (ii) realizarea de inspecții și (iii) încadrarea în clase de calitate.** Acesta se bazează pe stabilirea de standarde minime și pe protecție împotriva nerespectării acestora, mai degrabă decât pe încurajarea îmbunătățirii și excelenței.<sup>38</sup>

### *Acreditare și licențiere*

**Doar FSS acreditați pot solicita licențierea serviciilor lor.** Acreditarea reprezintă procesul de autorizare a unei entități private sau publice să funcționeze ca furnizor de servicii sociale pentru persoane cu dizabilități. Acreditarea este acordată pe termen nelimitat, cât timp sunt îndeplinite anumite standarde și criterii. Unul dintre criterii este că, în termen de trei ani de la acreditare, furnizorul trebuie să aibă cel puțin un serviciu social licențiat. Licențierea<sup>39</sup> se acordă FSS acreditați pentru anumite servicii sociale și este valabilă timp de cinci ani, după care serviciul trebuie licențiat din nou. Licențele de funcționare trebuie obținute pentru fiecare serviciu furnizat și pentru fiecare loc în care este furnizat acesta. În cazul

<sup>37</sup> Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 113/2011.

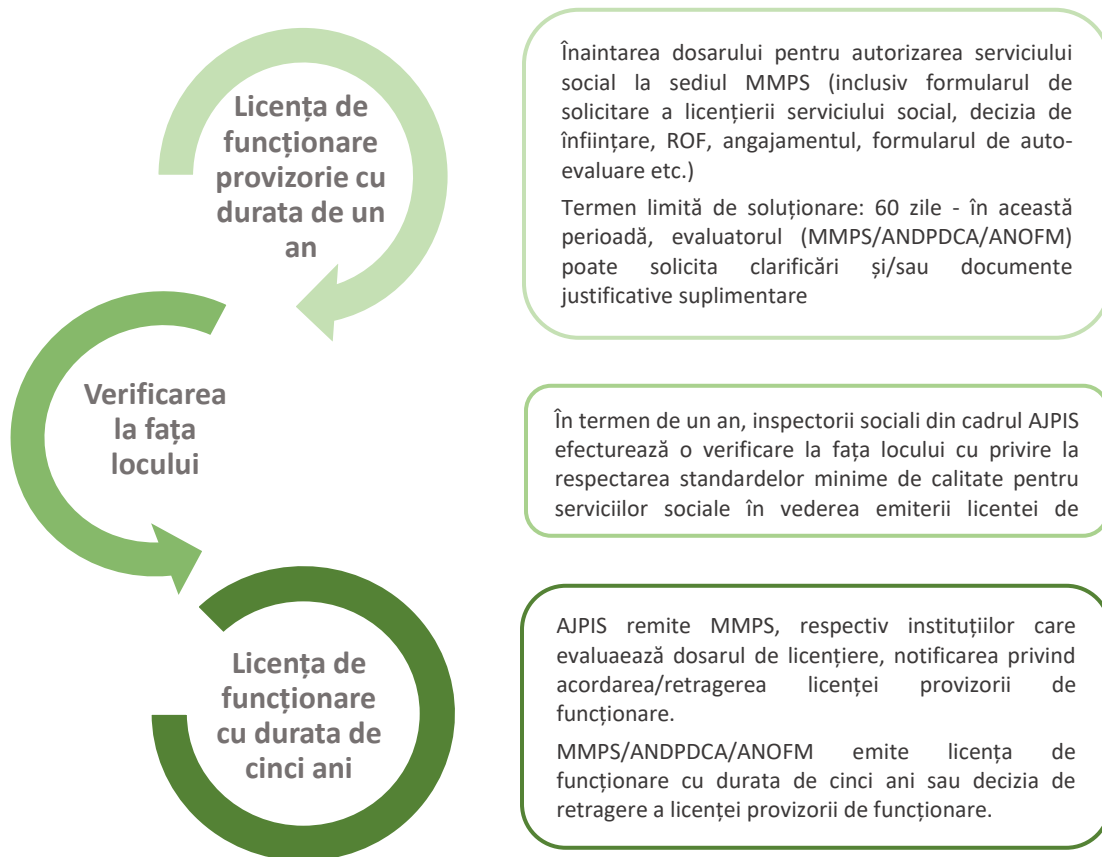
<sup>38</sup> Există anumite tentative, însă acestea nu sunt integrate în nicio abordare sistematică sau intenționată pentru utilizarea celor mai bune practici pentru a promova îmbunătățirea calității. De exemplu, în 2018, Ministerul Muncii a publicat o colecție a celor mai bune 100 de servicii sociale din România, o broșură cu informații succinte despre fiecare serviciu și ceea ce îl face special. Broșura a fost creată mai degrabă ca un demers comemorativ, pentru a marca 100 de ani de la Marea Unire, care a condus la crearea României Mari (Ministerul Muncii și Protecției Sociale, 2018).

<sup>39</sup> Deși textul legii (Legea nr. 197/2012) face distincție între acreditare și licențiere, normele metodologice utilizează ambii termeni pentru a se referi la procesul de acordare a licenței de funcționare a unui serviciu social (ca adjective ce modifică alți termeni, precum „comisie”, „cerere” și „certificat”).

serviciilor pentru persoane cu dizabilități, licența de funcționare este acordată de ANDPDCA, după o evaluare a cererii în baza setului de standarde minime de calitate (discutate într-o secțiune separată), precum și a altor documente. Respectarea standardelor minime se bazează pe o autoevaluare efectuată de serviciul social, utilizând o fișă specială.<sup>40</sup> Se eliberează o licență de funcționare provizorie până când Inspekția Socială efectuează evaluarea și se poate elibera o licență de funcționare definitivă pentru o perioadă de cinci ani. În cazul anumitor servicii, cum ar fi centrele de zi și locuințele protejate, acordarea licenței de funcționare depinde și de obținerea unui aviz de înființare de la ANDPDCA.

**Procesul de obținere a unei licențe poate constitui un demers împovăraător pentru FSS.** Licențierea este un proces cu mai multe etape, care implică mai multe instituții ai statului, presupunând o succesiune elaborată de acțiuni și activități, precum și reevaluări ale standardelor minime de calitate ca indicatori de calitate de referință (a se vedea Figura 1). Acesta este un proces birocratic care, după cum au subliniat numeroși reprezentanți ai FSS intervievați pentru prezentul raport, nu are prea mult de-a face cu obiectivul real de a oferi servicii de calitate persoanelor cu dizabilități. Procesul de solicitare a licenței de funcționare necesită prezentarea a peste 30 de documente separate care trebuie trimise Ministerului Muncii și Protecției Sociale prin poștă. Procesul ar putea fi simplificat prin consolidarea unor documente și digitalizarea, măcar parțială, a procedurii.<sup>41</sup> În procesul de acordare a licenței de funcționare pentru servicii, unii furnizori au beneficiat de sprijin metodologic de la ANDPDCA, pe când alții s-au plâns că nu au primit nicio îndrumare de la autoritățile statului

**Figura 1. Procesul de acordare a licenței de funcționare a serviciului social**



<sup>40</sup> Inclus în standardele pentru fiecare tip de serviciu social pentru persoanele cu dizabilități prevăzute de Ordinul nr. 82/2019.

<sup>41</sup> Banca Mondială (2021: 167).



Sursa: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Acreditarea furnizorilor publici de servicii sociale și licențierea serviciilor sociale: [http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/Acreditare-licentiere\\_PublicMMPS.pdf](http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/Acreditare-licentiere_PublicMMPS.pdf)

**Pe lângă hățișul birocratic al demersurilor necesare pentru solicitarea și obținerea licenței, procesul este presărat cu dificultăți legate de îndeplinirea standardelor minime ca o condiție pentru obținerea licenței provizorii sau permanente de funcționare.** Interviuurile cu reprezentanții FSS au evidențiat o serie de dificultăți în procesul de acordare a licențelor, cum ar fi imposibilitatea de a asigura aspectele de infrastructură conform cerințelor standardelor (accesibilitate, băi etc.), avizele obligatorii de la alte instituții ale statului (cum ar fi Direcțiile de sănătate publică), care necesită timp și resurse și pot întârzia procesul de acordare a licenței, cerința de a asigura accesul la un centru de zi pentru beneficiarii locuințelor protejate etc. Deși standardele minime de calitate constituie baza pentru acordarea licențelor de funcționare, nivelul acestora de detaliere cu privire la anumite cerințe poate fi uneori invocat a stopa sau a întârzia procesul. Există o tensiune, după cum reiese din interviurile cu reprezentanții FSS, între atașamentul autorităților față de litera legii și propria interpretare a furnizorilor de servicii.

### Caseta 3: Bariere în procesul de licențiere a serviciilor comunitare pentru persoanele cu dizabilități

„În procesul de obținere a licențierii, adesea te lovești de rigiditatea termenilor care duc la modificări nenumărate de hârtii (ex. centru se află în subordinea DGASPC, nu, centrul se află în structura DGASCP; de ce avem inspectori de specialitate când noi pe grilă avem doar un anumit tip de personal, ne transformăm chiar în birocrăți clasici, asta e problema cu standardele.” – *Director, DGASPC*

„Procesul de licențiere extrem de birocratic. O distanță prea mare între oamenii din birouri care stabilesc legi și dau licențe, și oamenii de la firul ierbii, care lucrează efectiv în domeniu. [...] E un proces birocratic rupt de realitate.” – *FSS privat*

„Partea birocratică, puteți întreba orice FSS, este atât de oribila încât te simți vinovat ca faci servicii, mai ca nu ești și penalizat ca faci servicii, îndrăznești în România autorităților publice să faci servicii.” – *FSS privat*

„Locuințele protejate sunt apartamente de bloc, dar e nevoie de avize de la DSP, DSV, pompieri, ISU etc. Ei nu au avut clădiri special concepute pentru locuințe protejate, iar obținerea avizelor înseamnă mult timp și bani. Mai mult, DSP nu dă aviz fără acordul vecinilor (50% din scara de bloc), au fost probleme cu unul dintre vecini și din acest motiv, DSP nu dă avizul pentru unul dintre apartament.” – *FSS privat*

„Am depus documentația pentru obținerea licenței, după avizul de înființare ANDPCA, trebuie să respecti ad litteram tot ce e în standarde, niște forme de neimaginat, după depui dosarul la MMPS, apoi el pleacă la ANDPDCA, alt birou se ocupa de licență, te trimite la MMPS, ei se contrazic cu MMPS și este ceva... E lesne de ce sunt furnizori putini, ești tras la răspundere de ce ai parteneriate public-private ca să supraviețuiești, ni s-a spus ca ONG-urile sunt bogate, trebuie să aibă sponsori privați... Consecință - foarte multe firme care oferă doar serviciile de îngrijire (cazare), astfel încât să eludeze partea de acreditare ca FSS.” *FSS privat*

„Chestiuni de detaliu - la LP, în standarde spune ca camerele de supraveghere să fie în spațiile comune și în curte, dar nu spune ca FSS are obligativitatea de a instala camere. Pe subiectul ăsta, aruncăm pisica de la unul la altul. Noi nu vrem să punem camere în locuințele beneficiarilor. Acolo unde nu se spune exact, nu e un imperativ, noi interpretăm cu „dacă”, dar altfel spune Autoritatea.” – *FSS privat*

Sursa: interviuri realizate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC și FSS privați (martie-aprilie 2021)

## Inspecțiile

**Inspecțiile sunt principala modalitate de evaluare și monitorizare a calității.** Scopul inspecțiilor este atât de a controla respectarea standardelor minime de calitate (precum și a altor legi și reglementări), cât și de a emite amenzi și alte acțiuni punitive (retragerea acreditării sau licențelor) în cazul în care se constată probleme. În plus, echipele de inspecție oferă indicații concrete privind remedierea problemelor și îmbunătățirea calității, astfel încât să fie respectate standardele minime.<sup>42</sup> Inspecțiile sunt efectuate de inspectori sociali, o categorie de funcționari publici cu experiență în domeniul general al inspecției sociale. Frecvența activităților de monitorizare ale AJPIS variază foarte mult; unii dintre reprezentanții FSS intervievați au confirmat că monitorizarea de la AJPIS are loc cel puțin o dată pe an (și, în unele cazuri, de până la patru ori pe an), în timp ce unii coordonatori au sugerat că inspectorii sociali vin doar atunci când serviciul are nevoie să fie re-licențiat, o dată la cinci ani sau ori de câte ori există sesizări sau reclamații.

**Deși inspecțiile ar trebui să aibă o componentă evaluativă, care vizează îmbunătățirea continuă a serviciului oferit, acestea sunt axate în principal pe control.** Promisiunea și baza unei abordări diferite există în lege (Legea nr. 197/2012), dar, din păcate, se constată lipsa personalului special instruit, a instrumentelor și procedurilor concrete și a unui cadru general pentru cooperare, comunicare și promovarea celor mai bune practici între furnizorii de servicii.<sup>43</sup> Conform ultimului său raport anual (2019), Inspekția Socială folosește termenul de „evaluare” pentru a desemna procesul de evaluare a unui serviciu pentru a-l licenția pentru acesta și termenul de „monitorizare” pentru procesul de verificare a respectării standardelor minime, după licențierea unui serviciu.<sup>44</sup>

**Procedura de inspecție necesită un cadru unitar cu indicatori măsurabili și orientări comune, precum și o pregătire adecvată.** În timp ce inspectorii sociali ar trebui să participe la instruirii anuale în domeniul inspecției sociale, protecției sociale și în alte domenii conexe,<sup>45</sup> nu există nicio cerință explicită ca aceștia să fie specializați într-un anumit tip de servicii sau prestații sociale. De fapt, după cum au subliniat unii reprezentanți ai FSS intervievați, inspectorii sociali nu par să aibă competențe profesionale sau cunoștințe relevante despre scopul serviciilor sociale pentru persoanele cu dizabilități și, în special, despre viața independentă. Mai degrabă, aceștia în absența unor indicatori specifici și a unor metodologii tind să îndeplinească misiunile după cum este necesar, mai ales verificând documentele aferente serviciilor. Acest lucru duce la diferențe între practicile de inspecție la nivel local. În plus, inspecțiile ca proceduri de reglementare ar putea fi evaluate periodic pentru a se asigura că autoritățile locale își îndeplinesc responsabilitățile de a controla în mod adecvat furnizarea de servicii sociale.<sup>46</sup>

### Caseta 4: Experiențele FSS cu inspekția socială

„La nivelul autorităților, ce văd eu este că apare legea, și vin și îți dau cu legea-n cap, uite, standardul a fost modificat și acum nu îl respecti și gata, ai luat amenda, nu primești nici licență, nici altceva. Nu există să îți trimită informații ca să știi că standardul a fost modificat. Nu există sprijin reciproc. Nu ar trebui să fie doar amenzi, direct. Ar trebui să ți se dea 10-15 zile după identificarea problemelor, ca să poată fi rezolvate, [ar trebui să existe] o colaborare. Pentru că scopul nu ar trebui să fie doar să nu fac bine ca să poți tu să mă amendezi.” – Furnizor privat de servicii sociale.

„Nu ne supărăm că vine [AJPIS], ne supărăm că doar se uită la hârtii... ne spun că nu au timp, că nu au metodologii.” – Furnizor privat de servicii sociale.

<sup>42</sup> Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 82/16 noiembrie 2016 pentru aprobarea Statutului special al funcției publice specifice de inspector social și pentru modificarea și completarea unor acte normative. Art. 7 (e), (f).

<sup>43</sup> Banca Mondială (2021: 170).

<sup>44</sup> De exemplu, pag. 20-21 și 24-25, Agenția Națională pentru Plăți și Inspekție Socială (2019).

<sup>45</sup> Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 82/2016, Art. 9 (1) (j).

<sup>46</sup> Chiriacescu (2008: 42).

„Furnizăm servicii în 3 județe. E diferență între județe de parcă ar fi în alte țări... Citești standardul și când merg la Petroșani doamna de-acolo îmi spune, ce-i asta, apoi mă duc cu același lucru la Miercurea Ciuc și mă felicită, bravo, ai făcut treabă bună, și la Gheorgheni mă întrebă: și asta ce mai e? Iar eu rămân perplex și mă uit la ei. Și ei îmi spun, vezi, dacă citești invers nu este așa, iar cei din Miercurea Ciuc îmi zic, vezi, dacă citești printre rânduri e altceva, iar în Gheorgheni îmi zice să-i traduc în maghiară.” – *Furnizor privat de servicii sociale*

„Este foarte greu să le explici oamenilor [AJPIS—controlul] că nu îi ții sub cheie [pe beneficiari]. Fiecare persoană din locuința protejată are camera proprie și „are voie” să aibă viață privată. „La ce oră verifici și semnezi că persoana a venit acasă?” Păi nu verifică nimeni, pentru că suntem locuință minim protejată, construim o relație de încredere, se sprijină unii pe alții, avem un număr de urgență „dar cineva trebuie să semneze, o persoană desemnată trebuie să închue ușa!”. [Inspectorii AJPIS nu înțeleg dreptul oamenilor de a lua decizii în mod independent]. „Cum adică să își cumpere singuri mâncare? Și dacă cumpără otravă? Tu răspunzi!”. – *Furnizor privat de servicii sociale*.

„Instituțiile însărcinate cu controlul și licențierea introduc bariere multe și meschine - fișele de evaluare trebuie să aibă nu știu ce alt punct suplimentar... lucruri insignifiante fără de care am putea lucra extraordinar de bine și nu am avea niciun fel de reclamații.” – *Coordonator serviciu, centru de zi și locuințe protejate, FSS public*

*Sursa: interviuri realizate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC și FSS privați (martie-aprilie 2021)*

### Încadrarea în clase de calitate

**O componentă promițătoare a sistemului de asigurare a calității, așa cum este prezentată în legea legislația primară (Legea nr. 197/2012), este opțiunea de a încadra într-o clasă de calitate (I sau II) acele servicii a căror calitate depășește standardul minim.** Evaluarea pentru încadrarea în una dintre clasele de calitate se face la cerere, de către o echipă constituită doar în acest scop, în baza unui set de criterii și indicatori special elaborat. Normele metodologice oferă detalii privind acest proces, inclusiv o fișă (în cea mai mare parte deschisă) care urmează să fie utilizată de echipă, dar multe aspecte rămân imprecise: inclusiv cum se constituie echipa și ce indicatori vor fi folosiți. Echipa este alcătuită dintr-o listă de specialiști cu experiență în domeniu și aprobată de minister. Sarcina de a constitui echipa intră în responsabilitatea „departamentului de acreditare”.<sup>47</sup> Elaborarea indicatorilor ar trebui să urmeze un set de dimensiuni date: oferta de servicii sociale, relația dintre furnizori și beneficiari, participarea beneficiarilor, relația dintre furnizori și autoritățile administrației publice și alți parteneri din comunitate, dezvoltarea resurselor umane și îmbunătățirea condițiilor de muncă.<sup>48</sup> În domeniul serviciilor sociale, în general, au existat încercări oficiale de a elabora unele seturi de indicatori care ar putea fi utilizați pentru încadrarea într-o clasă de calitate<sup>49</sup>, însă, din păcate, nu în domeniul specific al serviciilor pentru persoane cu dizabilități. În prezent, nu există date despre serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități încadrate în clasele de calitate I sau II.

### Evaluările interne

**Suplimentar față de inspecțiile sociale, furnizorii de servicii își organizează propria evaluare a serviciilor pe care le coordonează.** Legea nr. 197/2012 prevede, de asemenea, fără prea multe detalii, că furnizorii de servicii au obligația legală de a institui propriile proceduri de evaluare internă pentru (i) asigurarea respectării standardelor minime; și (ii) îmbunătățirea continuă a calității serviciilor lor.<sup>50</sup> Normele

<sup>47</sup>Norme metodologice de aplicare a Legii 197/2012, adoptate prin Hotărârea Guvernului nr. 118/19 februarie 2014. Art. 38, alin. (3) și (4).

<sup>48</sup> Legea nr. 197/2012, Art.3, alin.2.

<sup>49</sup> European Commission (2018).

<sup>50</sup> Legea nr. 197/2012, art. 34.

metodologice aferente acestei legi nu oferă niciun alt detaliu în această privință. În practică, nu toți reprezentanții FSS intervievați au indicat existența unui cadru de evaluare internă funcțional, în timp ce frecvența evaluărilor – atunci când acestea sunt efectuate - variază, de la lunară la anuală. În general, DGASPC-urile au organisme de control care evaluează atât aspectele tehnice, cât și cele financiare ale serviciilor pe care le coordonează, realizează evaluări care sunt uneori inopinate, și raportează rezultatele evaluărilor către conducere. În plus, organismul de control al ANDPDCA efectuează, de asemenea, vizite de monitorizare la servicii.<sup>51</sup>

**Serviciile sociale sunt de asemenea evaluate intern prin evaluarea feedback-ului din partea beneficiarilor.** Standardele minime de calitate impun ca toate tipurile de servicii să măsoare satisfacția beneficiarilor față de furnizarea de servicii.<sup>52</sup> Beneficiarii își pot exprima opinia cu privire la activitățile din cadrul serviciilor sau cu privire la orice alte probleme prin intermediul unor chestionare anonime pe care le completează anual; acestea sunt ulterior analizate de coordonatorul serviciului și de alți membri ai personalului. Standardele nu clarifică obligația de a transpune feedbackul primit de la beneficiari în măsuri care să îmbunătățească calitatea furnizării serviciilor sau modul în care ar trebui să se facă acest lucru. În practică, nu toți reprezentanții FSS și ai DGASPC intervievați au menționat că administrarea chestionarului se realizează anual. În cazul beneficiarilor cu necesități mari de sprijin pentru comunicare, coordonatorii de servicii administrează uneori chestionarul membrilor familiei. În alte cazuri, beneficiarii pot oferi feedback ritmic prin intermediul interacțiunilor zilnice cu personalul și coordonatorii de servicii, dar ceea ce intervievații numesc feedback pare a fi mai degrabă o anumită disponibilitate pe care personalul ar trebui să o manifeste în relațiile cu beneficiarii ca parte a furnizării regulate a serviciilor. De asemenea, nu este clar cum este utilizat acest feedback informal pentru a îmbunătăți serviciile.

## 1.2. Evaluarea standardelor românești de calitate

### A. Descrierea generală a standardelor de calitate în serviciile sociale

**În domeniul serviciilor sociale, România menține la ora actuală un set de standarde minime de calitate atât pentru licențiere, cât și pentru monitorizare.** Standardele de calitate stabilesc nivelul minim al serviciului și de calitate pe care trebuie să îl atingă un furnizor pentru a presta în mod legal servicii pentru persoanele cu dizabilități. Fiecare tip de serviciu are propriile standarde, care cuprind atât criterii generale, cât și criterii specifice (iar multe din aceste se suprapun). Standardele sunt structurate pe module<sup>53</sup>, și fiecare modul are un set de standarde, care conțin un set de standarde minime mai restrânse, unele dintre ele constituind cerințe minime operaționalizate (a se vedea Caseta 5).

#### Caseta 5: Structura standardelor minime de calitate

##### **Modulul V – Protecție și Drepturi**

*Standard 1 – Respectarea drepturilor beneficiarilor*

*Standard 2 – Gestionarea situațiilor de risc*

*Standard 3 – Cod de etică*

*Standard 4 – Protecția împotriva neglijenței, exploatării, violenței și abuzului*

*Standard 5 – Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante*

*Standard 6 – Asistență în caz de deces*

<sup>51</sup> Ordinul nr. 136/2020. Regulamentul de organizare și funcționare al Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Handicap, Copii și Adopții, Partea a III-a (ANDPDCA, 2020).

<sup>52</sup> Standardul privind satisfacția beneficiarilor este inclus în Modulul V - Protecție și drepturi în toate anexele Ordinului nr. 82/2019.

<sup>53</sup> Cum ar fi Managementul serviciului social; Accesarea serviciului social; Evaluare și planificare; Activități și servicii; precum și Protecție și drepturi.

*Standard 7 – Sesizări și reclamații*  
*Standard 8 – Satisfacția beneficiarilor*

### **Cerințe minime pentru Standardul 8**

1. SSP/centrul respiro/centrul de criză administrează chestionare pentru înregistrarea opiniei beneficiarilor privind activitățile/serviciile/opiniile generale.
2. Beneficiarii pot solicita sprijin unui membru al personalului, reprezentantului legal sau unui membru al familiei pentru a completa chestionarul.
3. Chestionarele completate sunt trimise de beneficiari într-o cutie specială, ușor accesibilă.
4. Coordonatorul centrului respiro/de criză, managerul de caz și un reprezentant al personalului analizează chestionarele, iar rezultatele analizei sunt incluse în raportul anual.

*Sursa: Ordinul nr. 82/2019, Anexa 3, Standardele minime de calitate obligatorii pentru centrele respiro și de criză.*

**Standardele actuale (publicate în 2018 și 2019) sunt mult mai detaliate decât primele standarde de calitate legiferate în 2005 și măsoară numai respectarea/nerespectarea cerințelor minime de calitate, însă nu și gradul sau forma respectării.** Dimpotrivă, standardele din 2005<sup>54</sup> au fost structurate în baza mai multor principii<sup>55</sup> care nu au fost clar operaționalizate (această sarcină a fost lăsată în seama echipei de evaluare), iar punctajul final reflecta gradul de îndeplinire a criteriului, contribuind la o mai bună identificare a punctelor forte și a punctelor slabe, și chiar a elementelor de excelență. Standardele pentru PPA au fost adoptate separat, în 2018, încadrându-se undeva între standardele bazate pe principii din 2005 și cele mai detaliate și operaționalizate din 2019.

**Atunci când solicită o licență, alta decât pentru PPA, furnizorii trebuie să completeze un formular de autoevaluare care cuprinde un set redus de criterii structurate în baza aceluiași module și standarde.**

Fiecare criteriu primește un punct, dacă este îndeplinit, sau zero, dacă nu este; apoi punctajele se însumează și se calculează punctajul final. Nu este clar care este rolul exact al listei complete de cerințe minime, deoarece criteriile de licențiere par a fi un subset al acestei liste extinse. Setul de criterii utilizat în această evaluare reprezintă mai puțin de un sfert din setul de cerințe minime publicat în standard (a se vedea Tabelul 3, precum și Anexele 1-6). Acest proces este asemănător celui pentru obținerea licenței PPA: se completează un formular de autoevaluare, însă punctajul total este calculat în mod diferit: fiecare standard este evaluat global și i se acordă 1 punct dacă este îndeplinit, indiferent de numărul cerințelor pe care le cuprinde.

**Standardele minime de calitate cuprind, de asemenea, un număr de indicatori de control și de monitorizare pentru a evalua cum au fost implementate standardele.** Fiecărui standard din cadrul fiecărui modul i se alocă un număr de indicatori marcați ca indicatori de control (Ic) și indicatori de monitorizare (Im). Standardele definesc indicatorii de monitorizare ca fiind indicatorii care trebuie utilizați pentru monitorizarea reglementărilor din domeniul ce ține de competența ANDPDCA. Însă nu există informații privind modul în care trebuie utilizați. În 2003, ANDPDCA a efectuat singura evaluare cuprinzătoare a modului în care sunt aplicate standardele, vizând îmbunătățirea standardelor și

<sup>54</sup> Ordinul nr. 383/2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori. Aceste standarde au fost abrogate în 2014 și au fost înlocuite de standardele specifice pentru persoane vârstnice, persoane fără adăpost, tineri care au părăsit sistemul de protecție a copilului și alte categorii de persoane adulte aflate în dificultate. (Ordinul nr. 2126/05.11.2014 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, publicat în Monitorul Oficial Partea I nr. 874/2 decembrie 2014, abrogat prin Ordinul nr. 29/2019.)

<sup>55</sup> Organizare și administrare, drepturi, etică, abordarea comprehensivă, centrarea pe persoană, participare, parteneriat, orientarea pe rezultate, îmbunătățire continuă.

consolidarea rolului lor instituțional.<sup>56</sup> Indicatorii de control nu sunt definiți și nici nu există prevederi privind utilizarea acestora.

**Tabelul 4. Cerințe minime și criteriile utilizate în evaluare, după tipul serviciului**

Tipul serviciului	Nr. cerințe minime	Nr. criteriile utilizate în evaluare
Locuință protejată	331	54
Centre respiro și de criză	196	54
Servicii de îngrijire la domiciliu	146	38
Echipă mobilă	139	38
Centre de zi/ambulatorii pentru recuperare neuromotorie	227	54
APP	120	1 punct per standard = 22 puncte

*Sursa:* Ordinul nr. 82/2019 privind aprobarea standardelor specifice minime de calitate obligatorii pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități

**Standardele minime de calitate sunt cel mai important instrument al statului în asigurarea calității în cadrul serviciilor pentru persoane cu dizabilități și în protejarea beneficiarilor acestora; însă mai sunt multe de făcut în ceea ce privește modul în care sunt utilizate acestea pentru a măsura calitatea furnizării serviciilor.** Standardele de calitate funcționează în baza premisei că, dacă furnizorul de servicii respectă standardele și cerințele, după cum indică formularul de autoevaluare și inspecția, atunci beneficiarii vor avea măcar acea minimă calitate a serviciilor la care au dreptul potrivit legislației naționale și convențiilor internaționale la care România este parte (în special UNCRPD). Însă o privire mai atentă asupra standardelor actuale (Anexele 2-6, plus standardele PPA) pune sub semnul întrebării această aserțiune. Există mai multe probleme, inclusiv modul în care sunt definite rezultatele, ce anume constituie un rezultat dezirabil, relația (sau absența acesteia) dintre rezultate și standarde, lipsa operaționalizării (clare) a indicatorilor utilizați pentru a măsura rezultatele și faptul că standardele și cerințele sunt vagi și imprecis formulate. În termeni mai generali, standardele și indicatorii se bazează în special pe datele de intrare, prin urmare nu se pot folosi pentru măsurarea rezultatelor. Pentru explicații mai detaliate, consultați Caseta 6.

#### **Caseta 6: Evaluarea standardelor minime de calitate (formularul de autoevaluare)**

Standardele minime românești sunt structurate pe *module*, care reprezintă domenii largi de evaluare (de exemplu, Evaluare și Planificare sau Activități și Servicii). Fiecare modul constă în unul sau mai multe *standarde*, acestea reprezentând afirmații care constituie standardul calității serviciilor pe care trebuie să le ofere fiecare furnizor; de exemplu, „Locuința protejată se preocupă de menținerea echilibrului psiho-afectiv al beneficiarilor.” Se presupune că realizarea acestui standard va conduce la *rezultatul* dezirabil; de exemplu, „Beneficiarilor le sunt asigurate condiții pentru menținerea echilibrului psiho-afectiv și optimizare personală.” Cerința este utilizată ca *indicator* pentru respectarea standardului și asigurarea rezultatului final; în acest caz, „Consilierea psihologică este recomandată de echipa de evaluare în Planul Personal de Viitor, se efectuează

<sup>56</sup> Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (2003). Biroul monitorizare și metodologii. Raportul de față prezintă o analiză a implementării standardelor de calitate în 146 de servicii aflate în subordonarea autorității naționale la momentul respectiv. Evaluarea a fost efectuată prin autoadministrarea unui chestionar cuprinzând 320 de întrebări corespunzând itemilor din standardele de calitate în vigoare la momentul respectiv, la care se putea răspunde cu DA/NU, precum câmpuri pentru comentarii privind implementarea standardelor, aceste comentarii nefiind incluse ulterior în analiză. Rezultatele evaluării au arătat un nivel de implementare a standardelor de 55,27%, nicio instituție nerespectând integral standardele de calitate.

conform planificării, este monitorizată din punct de vedere al realizării de către coordonatorul Locuinței Protejate și din punct de vedere al evoluției situației beneficiarului de către managerul de caz.” (Toate exemplele sunt preluate din Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2, standardele pentru locuințele protejate.)

Majoritatea triadelor standard-rezultat-indicator prezintă anumite probleme importante:

- **Majoritatea standardelor și indicatorilor se bazează pe datele de intrare.** Acestea se referă la infrastructura fizică, la personalul care îndeplinește anumite atribuții și la crearea sau completarea unor documente. Nu se referă la rezultatele efective pentru serviciu sau pentru beneficiar. De exemplu, în cazul centrelor de zi, modul IV, standard 7, Recuperare neuromotorie, rezultatul este că beneficiarilor le sunt asigurate condiții pentru menținerea sau dezvoltarea potențialului funcțional, iar criteriile utilizate în evaluare sunt că serviciile de recuperare sunt planificate, furnizate și monitorizate, toate acestea fiind consemnate în documentele aferente.
- **În cazul anumitor standarde, ceea ce se prezintă ca rezultat nu este, de fapt, un rezultat pentru beneficiar, și nu reflectă rezultatele prezentate în acțiunile sau condițiile din cadrul standardelor.** În unele cazuri, reflectă numai îndeplinirea acestora. Rezultatele astfel prezentate nu descriu deloc conținutul sau calitatea serviciului primit sau impactul asupra calității vieții beneficiarului, ci numai faptul că a fost furnizat un serviciu. De exemplu, în cazul serviciului Locuință protejată, modul IV, standard 5, rezultatul este: „Beneficiarii primesc sprijin pentru dezvoltarea/consolidarea aptitudinilor lor cognitive.” O definiție mai corectă a rezultatului ar indica rezultatul pentru beneficiar, volumul sau tipul sprijinului primit și dacă a fost adecvat în funcție de nevoile beneficiarului.
- **Criteriile enumerate sunt vagi, și nu sunt măsurabile sau verificabile. În realitate, nu operaționalizează efectiv respectarea standardului și nici nu garantează rezultatul indicat.** De exemplu, în cazul standardelor privind prevenirea torturii și tratamentelor degradante (comune tuturor standardelor), criteriile menționează existența unei proceduri, a unui registru și organizarea anuală a unor sesiuni de instruire a personalului cu privire la recunoașterea unor astfel de cazuri. Aceste cerințe ar trebui să garanteze rezultatul că „Beneficiarii sunt protejați împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante.” Însă existența unei proceduri scrise, a unui registru și a unor sesiuni de instruire nu spune nimic despre numărul cazurilor, modul în care au fost gestionate și rezultatele pentru beneficiari. O modalitate mai utilă de evaluare a acestui item ar fi raportarea numărului de cazuri, indicându-se câte au fost soluționate satisfăcător, nivelul de cunoștințe și internalizare a principiilor drepturilor omului în rândul personalului, dacă procedura este adecvată, dacă respectă anumite standarde internaționale etc.

Mai mult, standardele, așa cum sunt acestea prezentate în cerințe și în special în formularul de autoevaluare, presupun în principal o evaluare bazată pe documentație și, în cel mai bun caz, o inspecție a centrului respectiv. Nu este necesară o evaluare a serviciilor efective sau a impactului asupra beneficiarilor. Aceasta oferă furnizorilor o portită pentru „păcălire” sistemului, punând la dispoziție o documentație impecabilă și o infrastructură minimă, fără a oferi nivelul necesar de servicii.

Niciuna dintre prevederile formularului de autoevaluare nu menționează implicarea sau participarea beneficiarilor ca cerință/criteriu pentru vreun standard, ceea ce indică o dată în plus că implicarea beneficiarului nu este în mod real avută în vedere în definirea calității serviciului.

## B. Standardele românești în contextul abordărilor internaționale privind standardele de calitate în servicii sociale: prezentare de ansamblu

**Pentru a avea o perspectivă mai amplă privind forma, conținutul și semnificația standardelor minime utilizate în sistemul românesc, am evaluat sumar aceste standarde prin prisma a două abordări, utilizând anumite standarde care vizează serviciile pentru persoane cu dizabilități:** (i) un sistem independent de certificare, utilizat internațional (EQUASS); și (ii) Cadrul voluntar de calitate pentru serviciile sociale propus de Comisia Europeană. Am inclus, de asemenea, două ghiduri pentru asigurarea calității și îmbunătățire care abordează serviciile din perspectiva clientului și a abordării centrate pe persoană.

## EQUASS

**EQUASS (Calitatea europeană în serviciile sociale)**<sup>57</sup> este o inițiativă a Platformei Europene pentru Reabilitare. Printre altele, oferă un program de recunoaștere și de certificare care indică respectarea cerințelor europene privind furnizarea serviciilor sociale, precum și angajamentul pentru justiție socială, excelență și îmbunătățirea continuă a calității. Deocamdată, s-au acordat certificări EQUASS privind asigurarea calității și excelența unor FSS din opt țări europene. În ceea ce privește procesul de audit, se aplică două perspective: una care se concentrează asupra implementării abordărilor detaliate în principiile și criteriile EQUASS și una care vizează rezultatele obținute. Sistemul se fundamentează pe 10 principii, fiecare detaliat prin criterii și indicatori care arată în ce măsură au fost îndeplinite criteriile (cinci clase de certificare): Leadership, Personal, Drepturi, Etică, Parteneriat, Participare, Abordare centrată pe persoană, Completitudine, Orientare către rezultate și Îmbunătățire continuă.

**Standardele românești adoptate în 2005 au fost elaborate în baza cadrului oferit de aceste principii EQUASS.**<sup>58</sup> Standardele din 2005 au aplicabilitate generală, pentru toate serviciilor sociale, și se bazează pe nouă principii: organizare și administrare, drepturi, etică, abordarea comprehensivă, centrarea pe persoană, participare, parteneriat, orientarea pe rezultate, îmbunătățire continuă. Deși formularea generală și lipsa operaționalizării acestora au constituit, cu siguranță, o problemă, standardele reflectau angajamentul față de serviciile centrate pe persoană, implicarea beneficiarilor, parteneriat cu comunitatea și preocuparea pentru îmbunătățirea sistemului. Mai mult, sistemul de evaluare permitea aprecierea măsurii în care serviciul îndeplinește anumite criterii, în baza unui punctaj de la 0 la 5, 5 reprezentând cele mai bune practici.

**Se constată în anumite privințe o convergență parțială în ceea ce privește standardele și criteriile românești actuale și cele EQUASS, cel puțin în spirit și intenție:**

- Există referiri specifice la coduri de etică și la prevenirea neglijenței, exploatării, violenței și abuzului, torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante, atât în cadrul standardelor, cât și al criteriilor utilizate pentru licențiere și control.
- Aceste standarde includ principii referitoare la centrarea pe persoană și la abordarea comprehensivă, chiar dacă nu sunt satisfăcător operaționalizate sau abordate prin prisma aplicării lor reale (în loc de crearea cadrului în baza regulilor și formularelor existente în documentația furnizorului de servicii).

**Cu toate acestea, actualele standarde din 2019 și 2018 se îndepărtează de cadrul EQUASS în mai multe privințe:**

- Standardele românești sunt standarde minime obligatorii și nu permit diferențierea serviciilor care oferă un minim necesar de cele care demonstrează un angajament față de nevoile și calitatea vieții beneficiarilor.
- Standardele românești nu sunt bazate pe rezultate; acestea se limitează să constate crearea cadrului pentru și implementarea parțială a anumitor standarde și cerințe. Singurul demers (parțial) vizând includerea rezultatelor este chestionarul privind satisfacția beneficiarului menționat la finalul standardelor.
- Standardele românești nu cuprind prevederi privind îmbunătățirea continuă a calității, inovarea, încurajarea excelenței (în domeniul administrării, personalului, serviciilor) și înglobarea bunelor practici. Acest aspect, alături de sistemul anevoios de licențiere și inspecții, poate determina furnizorii să se concentreze asupra îndeplinirii cerințelor legale minime, nu a eforturilor de îmbunătățire.

<sup>57</sup> European Quality in Social Services (2017).

<sup>58</sup> Ordinul nr. 383/2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori.



- Nu există o aspirație explicită privind justiția socială ca parte a misiunii furnizorilor de servicii.
- Standardele românești nu includ nicio modalitate de încurajare sau de verificare a parteneriatelor reale sau a colaborării cu toți actorii relevanți, în special beneficiarii și organizațiile acestora.
- Standardele românești de calitate nu includ prevederi privind capacitatea beneficiarilor și asigurarea participării depline a acestora la planificarea și furnizarea serviciilor.<sup>59</sup>
- Singurele elemente centrate pe persoană ale standardelor românești se referă la dosarele individuale, personale și la planurile personale de servicii, însă nu există prevederi privind efectuarea unor verificări reale pentru a constata dacă abordarea respectivă este într-adevăr centrată pe persoană.

### *Cadrul european voluntar al calității pentru servicii sociale*

**Cadrul european voluntar al calității pentru servicii sociale este un cadru elaborat de Comitetul pentru protecție socială al Comisiei Europene în scopul de a pune la dispoziție principii și direcții metodologice pe care statele membre le pot utiliza în vederea creării unor instrumente pentru definirea și măsurarea calității serviciilor sociale.**<sup>60</sup> Cadrul cuprinde atât un set de principii generale privind calitatea, cât și principii mai specifice, structurate pe trei paliere: relația dintre furnizorii de servicii și beneficiari; relația dintre furnizorii de servicii și autoritățile publice, partenerii sociali și alți factori interesați; și capitalul uman și material. Principiile sunt detaliate prin criterii specifice, operaționalizabile.

**Standardele românești sunt structurate de o manieră prin care sunt recunoscute multe dintre conceptele și preocupările principale prezentate în Cadru.** Însă detaliile, explicațiile și, în special, criteriile minime evidențiază o abordare mai curând superficială, substituind un document oficial care comunică o intenție sau un demers verificabil privind aplicarea reală a principiului. În consecință, este mai probabil ca standardele să cuprindă principii și abordări care pot fi verificate prin adoptarea și prezentarea unui document. De exemplu:

- Principiul general al abordării comprehensive este inclus prin implicarea unei echipe multidisciplinare care evaluează nevoile și implementează un plan personalizat, fără posibilitatea de a verifica implicarea beneficiarului sau de a include nevoile, capacitățile și preferințele sale.
- În același timp, măsura în care serviciul este centrat pe persoană este reflectată numai prin intermediul planurilor și evaluărilor personale, evaluărilor semestriale ale beneficiarilor și al unor mențiuni timide privind modul în care vor fi implicați beneficiarii. Însă sistemul integral de standarde nu este elaborat din perspectiva unui utilizator real, ale cărui nevoi și circumstanțe de viață se schimbă, ci mai curând din perspectiva punctului de congruență al echipei de inspecție și al managerilor de servicii, care trebuie să comunice prin documente. Beneficiarii sunt „implicați” în evaluare doar prin intermediul chestionarelor anuale privind satisfacția beneficiarului.
- Prevederile referitoare la drepturile beneficiarilor și prevenirea abuzurilor, torturii, neglijării etc. sunt abordate toate în documente oficiale, care există undeva în dosarele serviciului (norme, registre care pot fi completate dacă este necesar), la fel ca și dovada că personalul a fost instruit pe aceste teme (de exemplu, lista de prezență). Însă nu există nimic care să documenteze dacă personalul și-a însușit, a internalizat sau a aplicat ceva din cunoștințele la care a fost expus într-o sesiune de instruire efectuată pe parcursul unei după-amiezi, de exemplu.

---

<sup>59</sup>De exemplu, standardul pentru locuințe protejate (Anexa 2), modulul III include anumite prevederi care se referă la implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor, însă formularea este și neutră („echipa multidisciplinară se preocupă să implice beneficiarul și să asculte opinia acestuia”), și niciuna dintre aceste cerințe nu este operaționalizată sau inclusă în criteriile de licențiere sau evaluare.

<sup>60</sup>The Social Protection Committee (2010).

**În același timp, ale aspecte, principii și metode esențiale par a nu intra în sfera de preocupare și aplicare a standardelor. De exemplu:**

- Cadrul recomandă utilizarea unei combinații de date de intrare, de procese și de standarde bazate pe rezultate, însă standardele românești se bazează majoritar pe datele de intrare și pe procese (deși superficial), verificând cadrul material și instituțional și utilizarea documentației, mai curând decât calitatea efectivă a serviciilor și impactul asupra beneficiarilor.
- Deși există o corelație clară între calitatea serviciilor și competențele și condițiile de muncă ale personalului, nu există prevederi privind aceste aspecte, în afară de respectarea cerințelor legale pentru deținerea anumitor funcții (demonstrată, din nou, prin documentație).
- În cadrul standardelor românești, serviciul pare a fi definit în special ca o relație între stat (factorul de reglementare) și furnizor, beneficiarul fiind definit ca un destinatar al serviciilor, nu ca un partener. Nu există prevederi referitoare la implicarea altor parteneri (de exemplu, părți interesate la nivelul comunității, organizații ale beneficiarilor etc.) sau la analiza serviciului și la integrarea acestuia într-o rețea de alte servicii care contribuie în mod comprehensiv la bunăstarea beneficiarilor.

### *Abordări centrate pe persoană privind evaluarea*

**Cuantificarea rezultatelor personale este o metodă de evaluare creată de Consiliul pentru Calitate și Leadership (CQL) care definește calitatea prin prisma serviciilor și măsurilor de sprijin centrate pe persoană.** Sistemul vizează sprijinirea organizațiilor în vederea îmbunătățirii calității serviciilor pe care le oferă, în special în domeniul serviciilor și măsurilor de sprijin vizând sănătatea comportamentală. CQL a publicat un ghid<sup>61</sup> care poate fi util atât în evaluarea internă a calității în cadrul organizațiilor, cât și în elaborarea unei metode de evaluare a calității care poate funcționa la scară largă. Ghidul identifică opt factori pentru planificarea și furnizarea cu succes a unui serviciu centrat pe persoană (a se vedea caseta 5).

**Utilizând acest ghid ca element de referință, o evaluare globală a standardelor românești actuale evidențiază mai multe aspecte care ori lipsesc, ori pot fi îmbunătățite:**

- Beneficiarii trebuie să fie elementul central al întregului sistem de evaluare. Toate celelalte elemente trebuie definite și abordate prin prisma relației lor cu beneficiarii și impactului asupra acestora.
- Evaluările nu trebuie să măsoare doar implicarea/participarea beneficiarilor la planificarea și furnizarea unui serviciu, ci și autonomia, capacitatea și autoritatea acestora, prin definirea viziunii lor despre propriile nevoi și calitatea vieții pe care și-o doresc. De asemenea, utilizatorii trebuie implicați activ în evaluarea serviciului care le este furnizat.
- Evaluarea trebuie să reflecte și cât de dinamic și receptiv este serviciul față de prioritățile, oportunitățile și nevoile în schimbare.

#### **Caseta 7: Principalii factori și indicatori ai succesului în măsurile de sprijin centrate pe persoană**

##### **Factorul 1: Evaluare și descoperire centrate pe persoană**

Indicatori:

- 1a. Oamenii\* se simt bineveniți și ascultați.
- 1b. Oamenii au autoritatea să își planifice și urmeze propria viziune.
- 1c. Evaluarea nevoilor este echitabilă și corectă.
- 1d. Evaluarea și descoperirea trebuie să identifice calitatea vieții definită personal.

##### **Factorul 2: Planificarea centrată pe persoană**

Indicatori:

<sup>61</sup> The Council on Quality and Leadership (2010).

- 2a. Planificarea este centrată pe persoană.
- 2b. Planul identifică și integrează măsuri de sprijin naturale și servicii remunerate.
- 2c. Sunt utilizate resurse informale din cadrul comunității.
- 2d. Planificarea este receptivă față de prioritățile, oportunitățile și nevoile în schimbare.
- 2e. Planificarea și finanțarea sunt corelate cu rezultatele și măsurile de sprijin, nu cu programele.

### **Factorul 3: Sprijin și servicii**

Indicatori:

- 3a. Personalul are autoritatea de a direcționa sprijinul și serviciile.
- 3b. Măsurile de sprijin sunt flexibile.
- 3c. Sunt accesibile opțiuni privind măsurile de sprijin.
- 3d. Oamenii gestionează măsurile de sprijin și furnizorii.
- 3e. Sunt disponibile măsuri de sprijin în situații de urgență sau de criză.
- 3f. Oamenii pot identifica campioni personali.

### **Factorul 4: Legăturile cu comunitatea**

Indicatori:

- 4a. Apartenența la comunitate facilitează oportunități, resurse și relații.
- 4b. Este disponibil sprijin/mentorat din partea celor aflați în aceeași situație.
- 4c. Oamenii beneficiază de informare și formare profesională.

### **Factorul 5: Forța de muncă**

Indicatori:

- 5a. Forța de muncă este stabilă și calificată.
- 5b. Practicile țin cont de diferențele culturale.
- 5c. Personalul are flexibilitatea și autonomia necesare pentru a sprijini oamenii.
- 5d. Se asigură sprijin pentru schimbări culturale/organizaționale.
- 5e. Eforturi de promovare a unor tarife echitabile și accesibile ale furnizorilor și a unor sisteme de plăți receptive.

### **Factorul 6: Guvernanță**

Indicatori:

- 6a. Misiunea, viziunea și valorile organizației vizează măsuri de sprijin centrate pe persoană.
- 6b. Practicile organizaționale sunt atât centrate pe persoană, cât și corelate cu sistemul.
- 6c. Oamenii și familiile joacă roluri de leadership semnificative.

### **Factorul 7: Calitate și Responsabilitate**

Indicatori:

- 7a. Sunt integrate sisteme de management al calității.
- 7b. Este măsurată calitatea sprijinului.
- 7c. Participanții, familiile și susținătorii evaluează măsurile de sprijin și furnizorii.
- 7d. Publicul larg este ținut la curent.
- 7e. Informațiile personale rămân confidențiale.

### **Factorul 8. Practici emergente în bugetele individuale**

Indicatori:

- 8a. Beneficiarii își controlează propriile alocări bugetare.
- 8b. Bugetele individuale sunt atât echitabile, cât și suficiente.
- 8c. Bugetele, fondurile și serviciile/măsurile de sprijin sunt portabile.

\*Termenii „oamenii“ sau „persoanele“ se referă la beneficiari. Toate celelalte sunt definite prin prisma relației lor cu beneficiarii.

*Sursa:* The Council on Quality and Leadership (2010).

### Organizațiile de beneficiari

**Inclusion Europe, o organizație pan-europeană compusă din organizații care reprezintă persoanele cu dizabilități intelectuale din 39 de țări europene, propune, pentru evaluarea calității serviciilor destinate persoanelor cu dizabilități, o abordare prin prisma paradigmei satisfacției consumatorului.<sup>62</sup> Una dintre cele mai importante recomandări este aceea că sistemele de evaluare ar trebui să fie independente sau, cel puțin, că ar trebui să existe un sistem independent de cele stabilite de furnizorii de servicii și de stat (care tind să se axeze pe cerințe minimale și măsuri structurale).**

**Dacă facem o comparație între standardele românești și principiile propuse în raport, apar o serie de oportunități de îmbunătățire:**

- Abordarea utilizatorilor ca pe niște clienți<sup>63</sup> poate ajuta la perceperea acestora nu ca beneficiari dependenți de îngrijire și servicii, ci mai degrabă ca niște consumatori activi, care au drepturi ce derivă din acest tip de relație (pe lângă drepturile lor umane)
- Contribuția, opiniile și implicarea reprezentanților acestora (membrii familiei, tutori, reprezentanți ai organizațiilor) sunt valoroase în contextul asigurării calității modului de proiectare și furnizare a serviciului. Cu toate acestea, ele ar trebui să completeze, însă nu să substituie, contribuția utilizatorilor efectivi ai serviciului.
- În procesul evaluării calității, rezultatele care vizează calitatea vieții ar trebui să fie extrem de importante.
- Evaluarea standardelor și efectuarea de măsurători și analize constante ar putea să nu indice cu exactitate nivelul de calitate a unui serviciu, prin urmare o evaluare corectă trebuie să se facă utilizând mijloace și instrumente care țin cont de preferințele, nevoile și obiectivele persoanei care utilizează serviciul.
- Evaluarea ar trebui să fie multidimensională și să trateze utilizatorii nu doar ca pe persoane cu dizabilități care au nevoie de servicii specializate; aceasta ar trebui să aibă o abordare mai complexă care implică aspecte multiple legate de calitatea vieții.

## 1.3. Implementarea standardelor de calitate

**Orice serviciu trebuie să implementeze standarde minime de calitate în vederea obținerii unei licențe și pentru îndeplinirea indicatorilor de control și monitorizare.** În practică, implementarea standardelor reprezintă o provocare pentru mulți FSS și coordonatorii acestora. În anumite situații, licențierea unui serviciu presupune îndeplinirea anumitor cerințe care nu sunt întotdeauna prevăzute în legislație. De exemplu, deși standardele nu impun un număr de personal sau activități pe care trebuie să le furnizeze un centru către beneficiarii săi, cum ar fi consiliere psihologică, kinetoterapie sau asistență socială, în practică neîndeplinirea acestei cerințe poate reprezenta motivul pentru a nu acorda licențierea unui serviciu. Acest lucru ar putea avea ca rezultat oferirea de servicii care nu sunt neapărat necesare, în detrimentul altor servicii și activități care ar putea răspunde mai bine nevoilor beneficiarilor. Pe de altă parte, faptul că standardele nu stipulează un număr minim obligatoriu de servicii sau personal care să fie furnizat în centrele de zi poate fi uneori un argument pentru ca autoritățile locale să refuze solicitările privind alocarea bugetului pentru angajarea personalului necesar sau pentru a direcționa resursele necesare.

<sup>62</sup> Inclusion Europe (2003).

<sup>63</sup> Autorii raportului folosesc alternativ termenii „consumator” „client” și „utilizator”.

**În general, cel mai adesea este invocată o combinație de dificultăți de ordin material, financiar și legate de resursele umane drept impediment în implementarea standardelor.** Dificultățile în implementarea standardelor sunt adesea legate de accesibilitatea serviciului sau lipsa infrastructurii adecvate. Pentru FSS poate fi dificil să asigure accesibilitatea fizică și informațională a serviciului (de exemplu, asigurarea disponibilității informațiilor cu privire la serviciul furnizat, în formate accesibile). De multe ori, infrastructura serviciului este fie învechită, fie nu a fost proiectată în conformitate cu principiile universale de execuție și, în consecință, are nevoie de finanțare suplimentară din partea autorităților locale pentru a realiza modificări sau pentru a ridica noi structuri care să respecte standardele. Aceste resurse nu sunt întotdeauna disponibile imediat. Pe lângă asigurarea unei infrastructuri accesibile, simpla menținere a clădirilor la standarde reprezintă o provocare în sine, în special pentru FSS-urile mici (cum ar fi ONG-urile) și/sau în cazul serviciilor care au fost create în cadrul unor proiecte care au beneficiat de finanțare limitată. În plus, standardele minime pentru anumite tipuri de servicii, cum ar fi locuințe protejate sau centre de tip respiro, impun ca fiecare beneficiar să aibă acces la propria cameră. În acest sens, unii FSS au fost nevoiți să rezilieze contractele de servicii ale beneficiarilor locuințelor protejate în cazul cărora nu se putea respecta această cerință. Lipsa resurselor financiare pentru implementarea standardelor a fost menționată ca impediment și în cazurile în care standardele de cost nu erau suficiente pentru a asigura anumite aspecte obligatorii cu privire la furnizarea serviciului (de exemplu, asigurarea hainelor adecvate pentru beneficiari). În final, lipsa personalului specializat pentru furnizarea serviciului într-o manieră centrată pe persoană care nu reproduce o practică din instituțiile de îngrijire medicală a fost de asemenea menționată ca obstacol în a oferi serviciile și activitățile necesare.

**Volumul mare de documente poate descuraja personalul, determinându-l să nu ofere servicii beneficiarilor, în conformitate cu planul personalizat.** Standardele minime de calitate acoperă mai multe aspecte care au atât o componentă administrativă cât și una specializată. De exemplu, toate serviciile trebuie să înregistreze și să arhiveze nevoile beneficiarilor, tipurile de activități oferite, precum și planificarea acestora și personalul aferent. Acest proces necesită adesea mult timp, care ar putea fi alocat activităților directe cu beneficiarii, după cum subliniază coordonatorii serviciilor. În plus, în ceea ce privește consemnarea progresului înregistrat de beneficiari în cazul activităților specializate (de exemplu, reabilitarea sau menținerea/dezvoltarea abilităților de viață independentă), unii coordonatori au afirmat că cerințele prevăzute de standarde cu privire la consemnarea oricărei schimbări în situația beneficiarilor, precum și scurtarea intervalului de timp dintre evaluări sunt de multe ori activități redundante, din moment ce progresele vizibile apar de obicei după o perioadă de timp mai lungă.

**La nivel național, practica implementării standardelor de calitate variază destul de mult, fiind o oglindire atât a rigidității cât și a lipsei de coerență în aplicarea acestora.** Unii furnizori de servicii susțin că preferă să utilizeze standardele ca pe un cadru minim pe care îl pot dezvolta sau multiplica prin propriile proceduri interne.<sup>64</sup> În alte cazuri, furnizorii de servicii s-au pronunțat în sensul că au nevoie de îndrumare cu privire, de exemplu, la anumite proceduri care presupun organizarea activităților conform standardelor sau la tipul de personal care ar trebui să implementeze aceste proceduri. Aceste abordări diferite sunt fără îndoială rezultatul diferenței dintre capacitatea organizațională a serviciilor, precum și accesul trecut și actual la resurse; de exemplu, unii furnizori de servicii au avut anterior și au acces atât la cunoștințe sau expertiză, cât și la resurse materiale, financiare și umane care le-au permis îmbunătățirea capacității în vederea atingerii standardelor de calitate astfel încât să își îndeplinească obiectivele cu succes. Această problemă poate fi depășită prin asigurarea faptului că furnizorii de servicii beneficiază de îndrumare

---

<sup>64</sup> În alte situații, de exemplu, în cazul serviciilor de tip echipă mobilă, coordonatorii au sugerat că standardele minime actuale pentru acest tip specific de serviciu acoperă aspecte pe care serviciile lor le implementau deja.

corespunzătoare, supervizare, linii directe și sprijin direct, mai degrabă decât exclusiv prin controlul și monitorizarea activității lor, astfel cum s-a menționat în timpul interviurilor.

**Implementarea standardelor este uneori îngreunată de cerințelor de licențiere.** Unele aspecte ale furnizării serviciului acoperite de standarde presupun, în același timp, aprobări de la diferite instituții publice, cum ar fi obținerea unei autorizații sanitare pentru prepararea și servirea hranei către beneficiari. De exemplu, în cazul locuințelor protejate, Direcția de Sănătate Publică (DSP) poate solicita prezența unui bucătar sau dotarea cu o bucătărie complet echipată, pentru a se conforma cu regulile privind sănătatea și securitatea, care țin de activități care să-i ajute pe beneficiari să învețe cum să își prepare hrana. Unii coordonatori de servicii susțin că aceste cerințe sunt exagerate, costisitoare și nu sunt necesare pentru asigurarea unui mediu de viață pentru beneficiarii locuințelor protejate care să semene cu orice altă locuință în care oamenii trăiesc independent.

**Implementarea standardelor de calitate poate conduce la transformarea sau dezvoltarea unor servicii care nu ar fi fost planificate sau care nu sunt necesare pentru a răspunde nevoilor identificate la nivel local ale persoanelor cu dizabilități.** În anumite situații, așa cum reiese din interviurile cu reprezentanții și coordonatorii FSS, serviciile au fost dezvoltate în conformitate cu o serie de aspecte ale standardelor de calitate care necesită integrarea anumitor servicii. De exemplu, locuințele protejate sunt definite prin lege ca fiind serviciul social care oferă adăpost persoanelor cu dizabilități care beneficiază în același timp de servicii și activități oferite în mare parte de un centru de zi.<sup>65</sup> Așadar, nicio locuință protejată nu poate fi licențiată ca serviciu social dacă nu poate oferi rezidenților acces la un centru de zi. În anumite situații, FSS au trebuit să înființeze și un centru de zi, chiar dacă rezidenții locuințelor protejate nu aveau nevoie de el sau considerau că serviciile și activitățile din centrul de zi ar putea fi furnizate în locuințele protejate.<sup>66</sup> Această cerință a condus de asemenea la proliferarea complexelor de servicii<sup>67</sup> – mai multe locuințe protejate și un centru de zi înființate în strânsă legătură (adesea în aceeași curte sau ca centre rezidențiale învecinate)<sup>68</sup>, ceea ce a consolidat izolarea beneficiarilor locuințelor protejate și a acționat ca un posibil factor de descurajare a demersurilor autorităților locale de înființare a unor centre de zi în comunitate. În una din situațiile de acest tip, un furnizor privat de servicii a fost nevoit să transforme o locuință protejată în centru rezidențial (Centrul de recuperare și reabilitare pentru persoane adulte cu dizabilități), deoarece nu putea îndeplini cerința de a oferi beneficiarilor serviciile unui centru de zi. Într-o altă situație, un furnizor de servicii nu a putut obține fonduri publice pentru a angaja un psiholog care să ofere servicii într-o locuință protejată din cauza standardelor minime care impun locuințelor protejate să ofere beneficiarilor servicii specializate numai în cadrul unui centru de zi.

**Lipsa accesului la serviciile de masă în comunitate poate însemna neîndeplinirea standardelor minime.** De exemplu, standardele pentru locuințele protejate limitează perioada maximă a contractului de furnizare de servicii la cinci ani.<sup>69</sup> În practică, această cerință nu este întotdeauna îndeplinită din cauza lipsei de locuințe sociale în comunitate sau a faptului că beneficiarii nu câștigă suficient astfel încât să își permită să își închirieze o locuință în comunitate, ceea ce conduce la situația în care contractul lor de furnizare de servicii este prelungit pe o perioadă nedeterminată. În plus, standardele prevăd ca beneficiarii de locuințe minim protejate (LmP) să își găsească și să își mențină locul de muncă pe perioada șederii în

<sup>65</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2.

<sup>66</sup> Cum ar fi de exemplu consilierea psihologică.

<sup>67</sup> Conform sondajului cu privire la locuințele protejate realizat de Banca Mondială pentru acest raport, 43% făceau parte din „complexele de servicii”.

<sup>68</sup> Din moment ce, în anumite situații, înființarea de locuințe protejate reprezenta principala opțiune de transfer pentru beneficiarii centrelor rezidențiale a căror capacitate fusese micșorată.

<sup>69</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2, Modulul 1, Standardul 2, Cerința minimă 8.

centru.<sup>70</sup> Cu toate acestea, în multe situații, LP sunt situate în zone în care există puține locuri de muncă disponibile, lucru care poate conduce la transformarea de către furnizorii de servicii a locuințelor protejate în centre rezidențiale.

**Implementarea standardelor de calitate poate fi doar punctul de plecare pentru asigurarea unor servicii de calitate.** Standardele minime de calitate sunt considerate nivelul de referință pentru calitatea serviciilor sociale;<sup>71</sup> în consecință, orice activitate de monitorizare și evaluare care măsoară implementarea standardelor este limitată la acțiuni care pot identifica neconformitatea, iar acestea nu pot încuraja îmbunătățirea calității, excelenței sau cele mai bune practici. De fapt, unii directori de DGASPC-uri subliniază faptul că un serviciu care respectă standardele poate fi la rândul său îmbunătățit, deoarece implementarea standardelor reprezintă o obligație legală, neavând nimic de a face cu bunele practici.

#### Caseta 8: Dificultăți în implementarea standardelor minime de calitate pentru FSS

„În primul rând [standardele] sunt rigide, și nu mă refer neapărat la terminologia folosită, ci la problemele care apar ori de câte ori anumite autorități sau persoane care le aplică acordă atenție doar literei și nu spiritului legii. Am avut și standarde mai proaste, cele care solicitau reevaluare la fiecare 3 luni, termen care între timp s-a modificat la 6 luni. Eu cred că nici noi, ca adulți, nu facem multe achiziții în 6 luni, cu atât mai puțin când vorbim despre persoanele cu dizabilități. În cadrul propriilor noastre proceduri, am implementat o discuție scurtă în baza unui ghid de interviu [cu beneficiarii] și cel puțin o discuție individuală cu îngrijitorii în baza unei grile de interviu, prin care îi întrebăm ce dorințe, ce nevoi au și cum putem să le satisfacem. Așadar, în opinia mea [standardele] sunt rigide; acestea ne oferă un cadru general, însă eu m-aș raporta la el ca la un cadru minim.” – *ONG, furnizor de servicii*

„[Standardele] nu sunt atât de rigide cum le-a perceput inițial managementul, dar sunt ușor idealiste, presupun o birocrație destul de mare și pierdem mult timp cu formularele și documentele standard care trebuie semnate de beneficiar, timp care ar putea fi dedicat beneficiarului (de exemplu, beneficiarul beneficiază de consiliere, de kinetoterapie, după care îi spui că trebuie să semneze anumite formulare, ceea ce nu face altceva decât să îl bulverseze).” – *Director DGASPC*

„Standardele s-au implementat, s-au introdus aceste Planuri personalizate și ne-a luat ceva timp să ne dăm seama cum să le planificăm, cum să le abordăm, nu ne-ar fi prisosit niște îndrumări, cineva care să ne spună ce să facem și nu doar o autoritate care vine în control.” Coordonator de serviciu, în prezent al unui CIA, anterior coordonator de CPVI și LP+CZ.

„Nu cred că e chiar utilă licențierea obligatorie, deoarece însuși procesul de licențiere îngreunează dezvoltarea serviciului. Iar acest lucru nu este treaba DAS (Direcția de Asistență Socială), având în vedere că avem capacitate, avem un asistent social, am angajat kinetoterapeut, psiholog. Însă dacă eram un ONG mic nu am fi avut capacitatea de a oferi servicii de kinetoterapie. Însă în schimb poate avem un psihoterapeut excelent care ar fi suficient pentru a furniza servicii unui anumit segment de public, unor copii de exemplu, am putea să mai preluăm din presiunea asupra familiei prin oferirea unui astfel de serviciu. De ce să trebuiască să oferim 3 tipuri de servicii sociale? Poate persoanele de care ne ocupăm nu au nevoie de toate 3.” – *Director DSA*

„Depinde de fiecare Direcție cum alege să implementeze sau să interpreteze standardele, însă există și AJPIS, care are o abordare sau o interpretare diferită, care diferă chiar de la un județ la altul și de aceea anumite aspecte ar trebui explicate mai mult. [...] Este nevoie de clarificări în lege și în standarde privind personalul din fiecare tip de centru (interpretarea DGASPC este că atât LP cât și CZ pot angaja asistenți sociali și psihopedagog, în timp ce ANDPDCA susține că aceste posturi nu pot exista în același timp în LP și în CZ”. – *Șef Serviciu Management de Caz, DGASPC*

<sup>70</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2, Modulul 1, Standardul 2, Cerința minimă 8.

<sup>71</sup> Legea nr. 197/1 noiembrie 1, 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, Art. 5(3)

„Nu este clar care a fost viziunea persoanelor care au elaborat standardele: am fi avut nevoie de mai mult ajutor pentru a înțelege ce și cum să facem. Fiecare Direcție are o abordare diferită și am fi avut nevoie de mai mult sprijin pentru a defini procedura [referitoare la neglijare, exploatare, abuz, tratamente crude, inumane și degradante”. – Șef Serviciu Management de Caz, DGASPC

„ [În ceea ce privește standardul privind managementul de caz pentru serviciul externalizat sau privat, cine ar trebui să asigure managementul cazurilor] noi am înțeles acest lucru într-un fel, Direcția din [Județul X] în alt fel și astfel nu putem ști cine are dreptate. Cui ar trebui să cerem o părere despre asta?” – Șef Serviciu Management de Caz

„[În standardele] pentru locuințele protejate numărul beneficiarilor a fost modificat, așa că acum trebuie să reducem numărul cu 3 persoane” – Director DGASPC

„Standardele de calitate impun ca beneficiarilor să li se asigure o îmbrăcăminte de bună calitate, dar standardele de cost limitează cheltuielile la maximum 300 RON/an”, „se întâmplă ca uneori cheltuielile să depășească costul standard și în acea situație trebuie să apelăm la Consiliul Județean pentru a acoperi diferența.” – Director DGASPC

„Avem angajați care au nevoie din când în când să iasă din rutina lor - asistenți medicali, îngrijitori, odată ce intri într-un centru rezidențial, interiorizezi cumva acele obiceiuri, practici, nu mai acorzi atenție poveștii de viață ale unei persoane, nu mai realizezi că poate acea persoană e traumatizată ori de câte ori este mutată dintr-o parte în alta.” – Director DGASPC

„Ar trebui redus numărul de documente care trebuie produse, acestea ar putea fi utile, însă noile standardele prevăd planificare, în cazul terapiei ocupaționale avem planificare anuală, care include toate fișele de evaluare, însă acestea nu înseamnă altceva decât timp pierdut în fața computerului. Și chiar atunci are beneficiarul nevoie de tine, ea/el nu este interesat de fișele pe care le elaborezi și uneori notezi în fișă un obiectiv dar sunt momente în care nu poți atinge acel obiectiv, deoarece ea/el trece într-o zi printr-o anumită stare, a doua zi necesită o atenție diferită de la tine sau se poate îmbolnăvi și trebuie să vă concentrați asupra îmbunătățirii stării sale de sănătate și acel obiectiv dispare automat, chiar dacă parcurgem împreună cu beneficiarul toate rubricile de nevoi. Documentele sunt utile, însă înseamnă și mult timp pierdut care s-ar putea transforma în timp petrecut cu beneficiarul... Există multe aspecte în Planul personalizat pe care trebuie să le notez în mod repetat, deoarece le facem în mod repetat, în diferite etape, iar astfel pierdem progresul înregistrat de beneficiar.” – Coordonator de serviciu de CIA, anterior coordonator de CPVI și LP+CZ.

„[Standardele] nu sunt atât de diferite de ceea ce facem de obicei. În afara de monitorizarea în scris, care trebuie făcută lunar, pe care o făceam oricum, dar nu și în scris, restul cred că sunt foarte asemănătoare cu ceea ce făceam oricum. Nu sunt un obstacol, dar nici un ajutor.” – Coordonator de serviciu, echipă mobilă

„Aceasta este o locuință protejată, scopul nostru este să-l învățăm pe beneficiar să facă totul, în așa fel încât, odată ce se va afla din nou în comunitate, să știe să gătească, să facă curățenie etc. Legislația există, dar nu este corelată, eu trebuie să găsesc pentru fiecare locuință protejată implicând beneficiarul direct în proces, pentru că el trebuie să învețe cum să facă aceste lucruri, însă cu toate acestea vine Direcția pentru sănătate publică și spune că nu pot implic beneficiarul, deoarece trebuie să am un bucătar, pentru că așa trebuie să se facă lucrurile - acest lucru se întâmplă oriunde există centre – o nealiniere a procedurii DSP cu cea prevăzută pentru locuințele protejate. Ar trebui să fim exceptați de la îndeplinirea acestei cerințe, cum cred că nici nu ar trebui să deținem 7 frigider - pentru ouă, lactate, carne, carne de pui, carne de porc etc. Eu coordonez o locuință protejată, aceasta funcționează ca o locuință, iar eu acasă am un singur frigider unde păstrez tot ceea ce am nevoie. De fapt, ni se îngreunează munca, pentru că eu trebuie să reduc spațiul pe care l-ar putea folosi beneficiarul ca să fac loc pentru amplasarea frigiderelor.” - Coordonator serviciu, locuință protejată

„Sunt prea multe documente și pierdem mult timp pe care l-am putea petrece cu beneficiarii. Aceste formularele ne-au omorât, pentru că nu existau înainte, a trebuit să le adaptăm pentru a se potrivi standardului, pentru fiecare beneficiar trebuie să notăm într-un formular ce activitate a desfășurat, durata ei - să notăm fiecare activitate pe care o fac în 12 ore de program, ceea ce reprezintă o mare pierdere de timp



dacă ținem cont de numărul de beneficiari, ca să nu mai vorbim că de fapt eu trebuie să plec de lângă beneficiari pentru a completa documentele.” – *Coordonator serviciu, locuință protejată.*

„Există probleme din cauza personalului insuficient – în acest sens AJPIS a prevăzut o măsură [recomandare], însă primarul nu a dorit să angajeze personalul necesar. [problema este că] avem legislație, dar ne luptăm cu șefii administrației locale, care știu că nu li se poate întâmpla nimic, deoarece recomandările sunt în sarcina directorului DAS [Direcția de Asistență Socială]. Pentru noi este o provocare să respectăm legea, pentru că nu ar trebui să existe prevederi opționale. Un centru de zi ar trebui să aibă standarde obligatorii, un anumit personal obligatoriu, astfel încât respectarea acestora să nu fie lăsată la decizia instituției finanțatoare.” – *Centru de zi, coordonator.*

„Am avut o Locuință protejată într-o zonă rurală și am transformat-o într-un CABR [centru rezidențial], nu din cauza nevoilor beneficiarilor, ci pentru că standardele prevedeau că aceștia trebuie să treacă mai întâi printr-un centru de zi, iar noi nu avem un centru de zi în zonă. De asemenea, într-o locuință protejată ar trebui să ne concentrăm pe găsirea de locuri de muncă pentru oameni, dar în această zonă rurală nu am avut nicio șansă să găsim locuri de muncă pentru nici măcar unul dintre cei 10 beneficiari ai noștri.” – *Furnizor privat de servicii sociale (ONG).*

„Standardele de calitate pentru locuințele protejate prevăd un termen de 5 ani de acordare a serviciului, apoi integrarea beneficiarului în comunitate. Acest termen nu poate fi întotdeauna respectat și, pe de altă parte, ar fi ideal dacă am primi sprijin din partea comunității cu locuințe sociale. Salariile acestor tineri care au loc de muncă sunt relativ mici, poate chiar salariul minim, în multe cazuri. Încercăm să-i sprijinim astfel încât să poată economisi, dar ei trebuie să plătească facturile la utilități și nu îi putem priva de anumite mici plăceri. Bani pe care îi economisesc sunt puțini. Când trebuie să-i integrăm în comunitate, cu chirie, ei sunt gata, dar din punct de vedere financiar nu o pot face. Dacă ar exista un serviciu complementar, un serviciu de sprijin integrat care să-i ajute să obțină locuințe sociale, atunci am putea spune că serviciul comunitar are un rezultat real, o finalitate. Acești beneficiari, chiar dacă sunt integrați, vor avea nevoie de sprijin pentru tot restul vieții. În locuința protejată avem tineri care provin din instituții medico-sociale cu profil psihiatric, tineri cu retard sever, dar cu multă muncă am reușit să-i integrăm pe piața muncii. Însă oamenii aceștia nu vor putea trăi niciodată singuri. Ar trebui să existe o clarificare cu privire la tipul de beneficiar care poate accesa Locuința protejată. Pe baza evaluării inițiale, aceștia ar trebui orientați mai degrabă spre un CIA [un centru rezidențial de îngrijire și asistență], însă, cu multă muncă, i-am putea integra în Locuințe protejate. De aceea, termenul respectiv [5 ani] cred că nu ar trebui să existe. Dacă noi îi integrăm pe piața muncii, nici nu se mai pune problema să mai amintim de CIA.” – *Director DGASPC*

*Sursa:* interviuri realizate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC/DSA și FSS privați (martie-aprilie 2021)

## 1.4. Discuții și concluzii

**Standardele de calitate sunt un parte a unui sistem complex de reglementare a modului de furnizare a serviciilor pentru persoane cu dizabilități în România.** O evaluare corectă le-ar plasa în contextul sistemului de reglementare respectiv, subliniind nu numai contribuția lor deosebită, ci și modul în care sistemul în ansamblu funcționează pentru a oferi servicii sigure și adecvate care să asigure bunăstarea persoanelor cu dizabilități.

**Sistemul de reglementare din România este în mare măsură construit de sus în jos, bazat pe o abordare de comandă și control; acesta se concentrează aproape exclusiv pe funcția sa normativă și într-o mai mică măsură pe cea corectivă.**<sup>72</sup> Statul, prin instituțiile și organismele cu atribuții în acest sens, acționează ca principalul factor interesat și factor de decizie, implicând într-o foarte mică măsură sau chiar deloc societatea civilă, în special utilizatorii serviciilor. Funcția normativă – care domină în Europa de Sud-Est – este cea care permite statului să stabilească „regulile jocului” prin standarde, proceduri și instrumente

<sup>72</sup> Chiriacescu (2008: 43).

care prevăd un set minim de standarde în furnizarea serviciului. Această abordare oferă de asemenea, ca parte a standardelor, instrumente și proceduri pentru implementarea și controlul furnizării corecte a serviciilor, prin impunerea de acțiuni punitive sau corective asupra diferiților actori implicați. Funcția corectivă, care este caracteristică sistemelor în proces de reformă și schimbare, este cea care permite autorităților de reglementare să transforme, să încurajeze și să susțină adoptarea de noi practici și principii în rândul celor implicați în procesul de furnizare a serviciilor, de la instituții la profesioniști și utilizatori. Acest lucru este atestat de numeroasele modificări ale legilor, normelor metodologice și, în special, ale standardelor de calitate pe parcursul ultimilor douăzeci de ani, chiar dacă unele dintre modificări nu au fost neapărat în bine. În acest moment, sistemul de reglementare românesc nu este nici preocupat, nici echipat, pentru a aborda un al treilea tip de funcție necesară – aceea de promovare și îmbunătățire continuă a furnizării de servicii printr-un accent pe inovație, excelență și abordare dinamică a nevoilor particulare ale propriilor utilizatori.<sup>73</sup>

**O abordare de jos în sus, de auto-reglementare, nu este nici aceasta o alternativă adecvată, deși există exemple de sisteme de servicii pentru persoanele cu dizabilități care au funcționat zeci de ani fără sisteme de stat stricte de reglementare sau supraveghere.** De exemplu, până de curând, Irlanda nu avea un sistem de reglementare care să stabilească standarde obligatorii, un sistem de licențiere și de inspecții sau sisteme uniforme de calitate pentru furnizorii de servicii care se adresau persoanelor cu dizabilități (spre deosebire de furnizorii de servicii destinate copiilor sau vârstnicilor). Ceea ce a ajutat la succesul unui astfel de sistem au fost resursele locale și interesul pentru furnizarea de servicii pentru persoanele cu dizabilități și adoptarea individuală a sistemelor de calitate externe (internaționale). În Irlanda, eforturile masive la nivel local și organizațiile voluntare dezvoltate la nivel de comunitate au reușit să inducă reforma și să ofere serviciile necesare persoanelor cu dizabilități cu sprijin sau implicare minime din partea statului.<sup>74</sup> Dezavantajul acestei opțiuni este că poate pune persoanele cu dizabilități în pericol de neglijare sau abuz iar sistemul s-ar putea dezvolta neuniform atât din punct de vedere geografic, cât și din punct de vedere al calității serviciilor.<sup>75</sup>

**Reglementarea receptivă a apărut recent ca cea mai promițătoare opțiune pentru serviciile sociale, și în special pentru serviciile destinate persoanelor cu dizabilități, fiind o soluție de mijloc, între abordarea de sus în jos și cea bazată pe auto-reglementare.** Reglementarea receptivă se bazează pe un paradox: chiar dacă autoritățile de reglementare (statul) dețin puterea și capacitatea de a sancționa și impune măsuri punitive dure, acestea vor opta în primul rând pentru acțiuni colaborative în vederea consolidării capacității și pentru acțiuni de sprijin, care favorizează inovarea, rezolvarea problemelor și diseminarea soluțiilor către alți actori.<sup>76</sup> Acțiunile punitive devin astfel o ultimă soluție. Accentul se pune pe capacitatea tuturor actorilor de a se auto-reglementa și de a îmbunătăți serviciile lor, oferind în același timp un cadru central care să asigure responsabilitatea și transparența. Transferarea autorității către niveluri inferioare, până la prima linie a serviciului și, în cele din urmă, până la utilizator vine de asemenea ca răspuns la provocarea de a oferi o abordare centrată pe persoană, ca parte a unui sistem național de servicii sociale.<sup>77</sup>

#### **În plus, reglementarea receptivă:**

- se referă la implicarea mai multor actori cheie în procesul de reglementare (pe lângă autoritatea de reglementare și actorii care fac obiectul reglementării), cu scopul explicit de a preveni acumularea de putere, stimulând totodată responsabilitatea. În cazul serviciilor destinate

<sup>73</sup> Pentru o analiză și o discuție detaliată asupra funcțiilor sistemului de reglementare în acest context, a se vedea Chiriacescu (2008: 43).

<sup>74</sup> Power et al. (2013).

<sup>75</sup> National Economic and Social Council (2012).

<sup>76</sup> Braithwaite (2011).

<sup>77</sup> National Economic and Social Council (2011).

persoanelor cu dizabilități, pe lângă stat și furnizorii de servicii, procesul ar trebui să implice utilizatorii serviciilor, organizațiile care îi reprezintă, comunitățile locale și profesioniștii din domeniu.

- poate fi, de asemenea, o modalitate de conciliere a aparentei contradicții între puterea inerentă a statului asupra vieților și corpurilor utilizatorilor de servicii sociale și imperativul moral de a responsabiliza și respecta acești utilizatori.<sup>78</sup> Acest deziderat poate fi atins prin oferirea unui cadru pentru oferirea de feedback și a unui răspuns care nu se reduce la formularea de reclamații și solicitări de daune, ci mai degrabă are drept scop îmbunătățirea continuă a calității serviciilor și a vieții.
- se referă la un sistem de reglementare corect și eficient care ar trebui să facă posibil și să încurajeze evaluatorii independenți și sistemele de evaluare. Sistemele de certificare ar putea reprezenta o soluție, cum de altfel ar putea reprezenta o soluție implicarea evaluatorilor independenți sau chiar efectuarea de evaluări colegiale (*inter pares*).

**În acest context, devine evident că rolul standardelor minime de calitate în furnizarea serviciilor - care par a fi coloana vertebrală a sistemului de reglementare din România, ca parte a procedurilor de acordare a licențelor/acreditării, de inspecție și de aplicare a sancțiunilor - ar trebui reevaluat.** Acestea ar trebui să fie ajustate și să devină un element al unui mix de instrumente și proceduri care se concentrează pe prezentarea unui nivel de excelență în furnizarea serviciilor și a unor soluții de dezvoltare pornind de la cele mai bune practici în loc să nu facă mai mult decât să protejeze sistemul de exemple negative.

**Dacă sunt utilizate inteligent și responsabil, standardele de calitate rămân instrumente importante atât pentru îmbunătățirea calității, cât și pentru asigurarea responsabilității în serviciile pentru persoanele cu dizabilități.** Dacă se dorește atingerea acestor obiective, noile standarde ar trebui:

- să fie dezvoltate prin consultări reale și extinse cu partenerii din societatea civilă și, în special, cu utilizatorii și organizațiile care îi reprezintă și ar trebui să reflecte preocupările, nevoile și prioritățile acestora;
- să fie bazate atât pe datele inițiale cât și pe rezultate, concentrându-se în principal pe rezultatele concrete pentru utilizatori;
- să se asigure că serviciile sunt centrate pe persoană;
- să aibă criterii clare, măsurabile/verificabile, care conectează în mod clar standardul la rezultatele dorite;
- să verifice, să măsoare și să încurajeze implicarea și participarea utilizatorilor în procesul de planificare, furnizare și evaluare a serviciului;
- să măsoare calitatea serviciului, să diferențieze furnizorii care oferă nivelul cel mai scăzut de cei care furnizează serviciul la o calitate mai înaltă;
- să evalueze utilizarea parteneriatelor și a colaborărilor care pot oferi utilizatorilor posibilitatea de a beneficia de servicii complementare în comunitate;
- să încurajeze demersurile care au drept scop îmbunătățirea calității serviciului, inovarea și adoptarea celor mai bune practici;
- să fie concepute în baza unei abordări progresive pentru a oferi o posibilitate dinamică de îmbunătățire;
- să evite producerea în mod excesiv de documente;
- să fie formulate într-un mod care să asigure o aplicare lor uniformă în practica inspecțiilor sociale.

---

<sup>78</sup> Burford & Adams (2004).

2.1.

LOCUIŢE PROTEJATE

## 2.1. Locuințe protejate

Capitolul de față oferă o evaluare complexă a serviciilor de locuințe protejate în ceea ce privește respectarea standardelor minime de calitate prevăzute de legislația națională din România. În primul rând, prezintă cadrul legal și instituțional care reglementează furnizarea acestui serviciu. În al doilea rând, oferă o imagine de ansamblu asupra serviciilor în ceea ce privește profilul serviciului și al beneficiarilor. În al treilea rând, oferă o evaluare complexă a serviciului, din perspectiva respectării cu standardele minime de calitate, și propune scurte recomandări privind îmbunătățirea standardelor și furnizarea serviciilor în ansamblu, pentru a asigura o mai bună calitate a furnizării serviciilor care este centrată pe persoană, asigură autonomia personală și autodeterminarea și promovează viața independentă.

### 2.1.1. Cadrul legal și instituțional

**Locuințele protejate reprezintă un tip de centru rezidențial<sup>79</sup> în cadrul căruia li se pot oferi servicii persoanelor cu dizabilități, ca măsură de protecție.<sup>80</sup>** Obiectivul locuințelor protejate, ca tip de serviciu social, este, în același timp: (i) să ofere cazare pentru minim 2 și maxim 10 persoane și (ii) să ofere, în principal printr-un centru de zi,<sup>81</sup> activități corespunzătoare nevoilor individuale specifice ale persoanelor adulte cu dizabilități pentru o perioadă determinată, pentru a le pregăti pentru o viață independentă.<sup>82</sup> Se consideră că serviciul facilitează tranziția persoanelor cu dizabilități instituționalizate anterior în centre rezidențiale la o viață în comunitate, oferindu-le sprijin pentru dobândirea deprinderilor de viață independentă pe care le-au pierdut sau pe care nu au avut ocazia să le dezvolte, ca o consecință a instituționalizării.

**În prezent, există două tipuri de locuințe protejate care pot fi licențiate ca servicii sociale.** Conform standardelor minime de calitate, serviciile de locuință protejată pot fi furnizate ca servicii de locuință *minim* sau *maxim* protejate. În general, ambele tipuri de locuințe protejate trebuie să ofere beneficiarilor tipuri de activități și condiții de trai similare, cu anumite diferențe notabile în ceea ce privește obiectivele serviciilor, locul activităților și serviciile furnizate, precum și profilul beneficiarilor. Mai exact, locuința maxim protejată (LMP) oferă servicii beneficiarilor 24 de ore pe zi pentru a sprijini dezvoltarea deprinderilor de viață independentă ale acestora. Serviciile pot fi furnizate într-un centru de zi, în locuința protejată sau în aer liber.<sup>83</sup> Pe de altă parte, locuința minim protejată (LmP) oferă beneficiarilor condiții pentru o viață cu sprijin minim, pentru a consolida deprinderile necesare pentru o viață independentă.

---

<sup>79</sup> Alături de centrele pentru viață independentă (CPVI), centrele de abilitare și reabilitare (CABR), centrele de îngrijire și asistență (CIA) și centrele de tip respiro/centrele de criză, Legea nr. 448/2006, art. 51 alin. 3. Locuințele protejate sunt, de asemenea, considerate servicii sociale care oferă găzduire pentru o perioadă fixă sau nedeterminată, pe lângă centrele rezidențiale sau adăposturile de noapte (Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, art. 30 alin. 3, lit. a).

<sup>80</sup> Alături de asistență personală sau asistență personală profesionistă, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii în centre de zi. Legea nr. 448/2006. Art. 5. 23^1.

<sup>81</sup> Capitolul următor cuprinde o analiză a centrelor de zi ca servicii la nivelul comunității pentru persoane cu dizabilități.

<sup>82</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2. Standardele minime obligatorii de calitate în domeniul serviciilor sociale rezidențiale - Locuințe protejate pentru persoane adulte cu dizabilități.

<sup>83</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2. Modulul I, Standardul 1, Cerința minimă 5.1.

Beneficiarii LmP sunt încadrați în muncă, cu excepția celor pentru care s-a stabilit că nu mai sunt apti de muncă, iar serviciile de care au nevoie sunt furnizate de CZ sau de alte servicii din comunitate.<sup>84</sup>

**Locuințele protejate reprezintă unul dintre cele mai dezvoltate servicii cu componentă rezidențială pentru persoanele cu dizabilități din România.** Conform datelor ANDPDCA, în prezent există 144 de locuințe protejate publice care oferă servicii pentru 1.017 persoane cu dizabilități la nivel național.<sup>85</sup> În timp ce numărul locuințelor protejate a crescut cu aproape jumătate din 2015, numărul beneficiarilor a crescut foarte puțin, ducând la o scădere a numărului mediu de beneficiari de la 8,5 în 2015 la 7 în 2020 (a se vedea Tabelul 5). Creșterea numărului de locuințe protejate a fost sprijinită prin intermediul fondurilor europene și naționale în ultimii cinci ani. De exemplu, Programul Operațional Regional 2014-2020 a finanțat 18 proiecte, acoperind un număr total de 57 de locuințe protejate și 15 centre de zi pentru 460 de persoane cu dizabilități instituționalizate anterior în centre rezidențiale.<sup>86</sup> În plus, Programul de interes național (PIN) „Înființarea de servicii sociale de tip centre de zi, centre respiro/centre de criză și locuințe protejate în vederea dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități aflate în instituții de tip vechi și pentru prevenirea instituționalizării persoanelor cu dizabilități din comunitate”,<sup>87</sup> inițiat de ANDPDCA în 2016, a reprezentat o altă sursă de finanțare pentru dezvoltarea locuințelor protejate pentru persoane cu dizabilități din instituții mari. PIN a finanțat 50 de proiecte care au avut ca scop construirea a 60 de locuințe protejate și 20 de centre de zi pentru 660 de persoane cu dizabilități instituționalizate.<sup>88</sup>

**Tabelul 5. Evoluția locuințelor protejate și a beneficiarilor, 2015-2020**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Locuințe protejate</b>	85	93	100	113	116	133	137	144
<b>Beneficiari</b>	723	782	851	882	909	919	983	1017

Sursa: Studiu realizat de Banca Mondială privind locuințele protejate (2020)

**Au existat îngrijorări crescânde că locuințele protejate reproduc îngrijirea instituționalizată și sunt o formă de re/instituționalizare.** Locuințele protejate ca formă de *conglomerat de servicii de îngrijire*<sup>89</sup> care grupează și separă un grup de persoane cu dizabilități care locuiesc împreună și le oferă pachete de servicii, reduce semnificativ autonomia și alegerea și perpetuează segregarea de comunitate. Locuințele

<sup>84</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2. Modulul I, Standardul 1, Cerința minimă 5.2.

<sup>85</sup> Ministerul Muncii și Protecției Sociale; Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii (2020).

<sup>86</sup> Ministerul Fondurilor (în prezent Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene) a alocat prin Programul Operațional Regional suma de 16 milioane de euro aferentă POR/8/8.1/8.3/B/1 pentru dezvoltarea infrastructurii serviciilor sociale. În perioada 2018-2019, Agențiile de Dezvoltare Regională au încheiat contracte de finanțare cu Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din județele Argeș, Bacău, Prahova, Timiș, Tulcea, Vaslui și Vrancea (Banca Mondială, 2021: 213).

<sup>87</sup> PIN a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 798/2016 și i s-a alocat suma de 22 de milioane euro din bugetul de stat.

<sup>88</sup> Au fost încheiate contracte de finanțare cu Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din Vrancea, Vaslui, Bacău, Neamț, Cluj, Iași, Brăila, Constanța, Arad, Buzău, Suceava, Maramureș, Bistrița, București Sector 2, Botoșani, Brașov și Giurgiu (Banca Mondială, 2021: 214).

<sup>89</sup> Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei (2012: 40).

protejate (denumite în mod alternativ „locuințe colective“ sau „locuințe intermediare“<sup>90</sup>) funcționează de obicei într-un *sistem cu circuit închis*<sup>91</sup>, asemănător instituțiilor mari unde toate serviciile (încadrarea în muncă, medicale, recreative etc.) sunt furnizate la fața locului sau într-un alt spațiu, pentru toți locatarii, care sunt mutați de obicei împreună, cu puține posibilități de activități individualizate, separat de ceilalți rezidenți sau de personalul serviciului. Locuitorii au un control redus asupra programului zilnic, activităților din viața de zi cu zi, alimentației, vestimentației, relațiilor sociale etc. În contextul lipsei altor opțiuni de sprijin în comunitate, inclusiv a locuințelor, șederea în locuințe protejate tinde să fie prelungită pe termen nedeterminat. Cu cât timpul petrecut în locuințe protejate este mai îndelungat, cu atât se reduc perspectivele „de a ieși din sistem, de a exercita mai multe alegeri și de a spori oportunitățile de includere reală în comunitate“.<sup>92</sup> Acest aspect este deosebit de îngrijorător, deoarece locuințele protejate au fost prezentate în România, ca și în alte țări, ca răspunsul implicit la nivelul comunității pentru procesul de dezinstituționalizare. În total, 1.274 de persoane instituționalizate din centre rezidențiale aflate în curs de restructurare ar fi fost transferate în locuințe protejate între 2019 și 2021.<sup>93</sup>

**Proliferarea serviciilor de locuințe protejate ca opțiune preferată pentru dezinstituționalizare și traiul în comunitate pentru persoanele cu dizabilități reduce semnificativ autenticitatea alegerii.** Nu există alegere autentică în absența unei game largi de opțiuni de viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități. Dezvoltarea locuințelor protejate în detrimentul altor tipuri de servicii limitează drastic posibilitatea alegerii și obligă persoanele cu dizabilități să accepte serviciile disponibile. În ultimii ani, s-au raportat direcționarea și utilizarea necorespunzătoare a fondurilor UE pentru înființarea de locuințe protejate comasate cu centre de zi în zone îndepărtate, care separă persoanele cu dizabilități și le limitează autonomia, precum și accesul la servicii comunitare și interacțiuni semnificative.<sup>94</sup> Trebuie să li se ofere persoanelor cu dizabilități mai multe opțiuni de locuire, care nu asociază furnizarea de servicii cu alternativele rezidențiale, dându-li-se să posibilitatea să aibă acces la închiriere sau la alte tipuri de locuire, la fel ca oricine altcineva.<sup>95</sup> Promovarea și asigurarea finanțării pentru locuințe sociale accesibile și inclusive pentru persoanele cu dizabilități este una dintre principalele recomandări ale Strategiei actuale a UE pentru persoanele cu dizabilități, în scopul de a asigura că persoanele cu dizabilități pot trăi independent în comunitate.<sup>96</sup>

## 2.1.2. Descrierea serviciilor

### Profilul serviciilor

**În România, locuințele protejate constituie aranjamente de găzduire organizate în comun, pentru două sau mai multe persoane adulte cu dizabilități.** Acestea funcționează ca o formă de centre rezidențiale, oferind beneficiarilor atât servicii de găzduire, cât și alte tipuri de servicii, prin personalul propriu sau prin

<sup>90</sup> Grupul european de experți pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea comunitară avertizează împotriva unei posibile instituționalizări pe termen lung în locuințele intermediare construite uneori în vecinătatea centrelor rezidențiale cu intenția de a sprijini foștii rezidenți în dezvoltarea deprinderilor de viață independentă (2012: 129).

<sup>91</sup> Idem, p. 40.

<sup>92</sup> Idem, p.41.

<sup>93</sup> Banca Mondială (2020).

<sup>94</sup> Grupul european de experți în tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2014); ENIL și GUE/NGL (2020); Cojocariu & Kokić, (2018); Parker, C., Cojocariu, B. I. & Kokić, N. (2017).

<sup>95</sup> Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei (2012: 40).

<sup>96</sup> Comisia Europeană (2021: 9).

furnizori externi contractați pentru beneficiarii lor. În eșantionul de 100 de LP incluse în această evaluare, numărul mediu de beneficiari pe cameră este 2, cu o medie ușor mai mică în cazul locuințelor minim protejate (a se vedea Tabelul 6 și Tabelul 7). Numai 10% dintre LP sunt integrate în comunitate și sunt amplasate în clădiri cu apartamente rezidențiale pentru populație generală, în timp ce majoritatea (87%) sunt de sine stătătoare, situate în clădiri sau case fără altă destinație. Cu toate acestea, peste jumătate dintre LP folosesc în comun curtea, clădirea sau imediata vecinătate cu alte servicii sociale, în special cu alte centre rezidențiale. În general, LP oferă condiții bune de trai, dar aproximativ 5% prezintă probleme de igienă sau confort. Conform evaluării externe, aproximativ o cincime din LP au dormitoare înghesuite sau aglomerate și nu oferă locatarilor confortul necesar. Interviuurile cu coordonatorii de servicii au indicat o îmbunătățire a condițiilor materiale și instituționale de trai în comparație cu cele din marile centre rezidențiale în care locuiau mulți dintre beneficiarii actuali.

**Tabelul 6. Numărul mediu de beneficiari pe dormitor, în funcție de tipul de locuință protejată**

			Total N de beneficiari	Total N de LP
Locuință protejată	maxim	2,0	641	89
Locuință protejată	minim	1,6	62	11
Total		2,0	703	100

Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Tabelul 7. Numărul mediu de beneficiari pe dormitor, în funcție capacitatea locuinței protejate**

			Total N de beneficiari	Total N de LP
2-4	2,0	28	7	
5-9	2,0	458	70	
10	1,9	192	21	
11+	2,8	25	2	

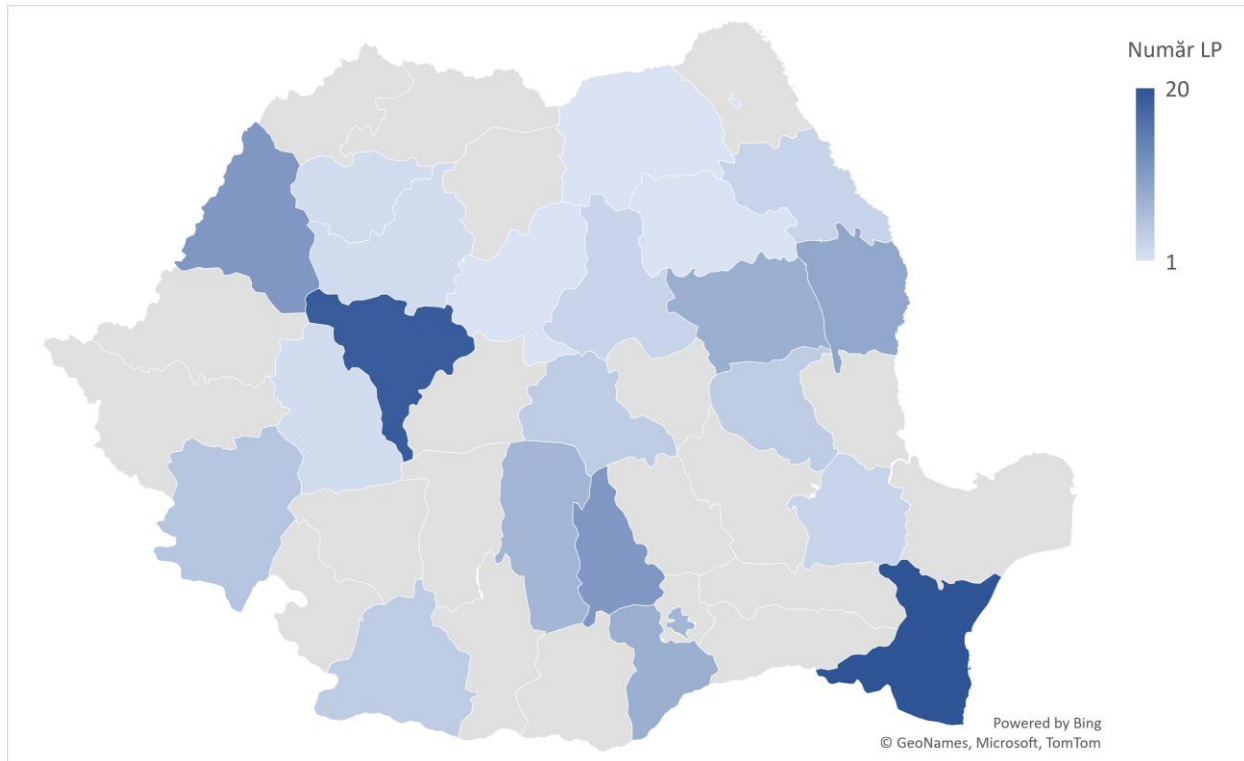
Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Sistemul de locuințe protejate operat de DGASPC este inegal și eterogen din punct de vedere geografic.** Sistemul acoperă mai puțin de jumătate din județele din România și concentrează aproape jumătate din servicii și beneficiari în doar patru județe (Alba, Bihor, Constanța și Dâmbovița) (a se vedea Figura 2). Conform datelor ANDPDCA, în decembrie 2020 existau 136 de unități care găzduiau beneficiari, și 7 erau goale, deserving un total de 1.021 de rezidenți.<sup>97</sup> Două treimi din LP au fost deschise înainte de 2015. Există diferențe semnificative în ceea ce privește modul de organizare și funcționare (parte a unui complex de servicii mai mare sau de sine stătător), dimensiunea (variind de la 2 la 17 beneficiari pe centru) și mediul (rural sau urban, integrat în oraș sau la periferie/în afara orașului).

<sup>97</sup> Ministerul Muncii și Protecției Sociale; Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (2020).



**Figura 2. Distribuția centrelor de locuințe protejate în funcție de județ (decembrie 2020, date de pe site-ul ANDPDCA)**



*Sursa:* Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Adaptarea fizică și accesibilitatea par să constituie o problemă pentru majoritatea locuințelor protejate.**

Acest aspect este deosebit de îngrijorător, deoarece multe au fost construite sau refăcute special pentru a deveni spații de locuit pentru persoanele cu dizabilități. O treime din LP nu au intrare accesibilă (la sol sau cu rampă), iar trei sferturi nu au băi accesibile. De asemenea, sprijinul acordat beneficiarilor pentru a învăța despre dispozitivele și tehnologiile asistive este limitat.

**Locuințele protejate sunt în realitate mici centre rezidențiale, nu soluții de locuire pentru o viață independentă.**

În România, LP sunt locuințe de grup care găzduiesc în medie 7,5 rezidenți/locuință, mergând până la 17. LP procedează la segregarea persoanelor cu dizabilități de populația generală, uneori în condiții de izolare fizică de comunitate. Jumătate din LP se află în zone rurale, iar o treime sunt amplasate în afara sau la periferia orașului sau satului. Chiar dacă pandemia a contribuit cu siguranță la izolare și a impus desfășurarea multor activități în locuințele protejate, puține centre au parteneriate cu furnizori externi de servicii și preferă să utilizeze soluții integrate instituțional, cum ar fi centrele de zi (CZ) care funcționează ca extensii de servicii la LP. Viața în LP este în mare măsură înregimentată, structurată în funcție de serviciile și de activitățile oferite, precum și de intervenția personalului.

**Sistemul de locuințe protejate este conceput ca un debușeu și ca o soluție pentru procesul dezinstituționalizării însă, în realitate, acesta constituie o continuare a vieții instituționalizate.**

Recrutarea beneficiarilor se face aproape exclusiv în centrele rezidențiale, și majoritatea rezidenților provin din sistemul de centre rezidențiale pentru adulți și copii cu dizabilități. În eșantionul nostru de 100

LP, jumătate dintre rezidenți provin dintr-un centru rezidențial și o treime din sistemul de protecție a copilului (centre temporare sau locuințe colective). Doar 9% dintre rezidenți provin din comunitate sau au locuit cu familia. În unele cazuri, LP au fost de fapt locuințele colective ale copiilor, care au fost transformate atunci când locatarii acestora au ajuns la vârsta adultă. Aproximativ o treime dintre LP folosesc în comun clădirea, curtea sau spațiul proximal cu alt serviciu social (în special centre rezidențiale și LP). Cele mai multe CZ ale căror servicii sunt folosite sunt integrate cu LP, astfel încât locatarii acestora rar părăsesc sistemul pentru servicii sau activități și experimentează rar viața în comunitate.

**Deși se pare că majoritatea LP funcționează ca aranjamente locative pe termen lung/permanente, există servicii în întreaga țară care depun eforturi pentru ca beneficiarii să progreseze în sistem și să fie integrați în comunitate.** Peste jumătate dintre beneficiari au locuit în aceeași LP mai mult de cinci ani. În plus, multe LP sunt prima soluție pentru găzduirea beneficiarilor care provin din centre rezidențiale reorganizate/restructurate. Însă interviurile cu coordonatorii de servicii din cadrul LmP au indicat că unele dintre aceste servicii depun eforturi pentru a oferi beneficiarilor asistență și sprijin pentru integrarea în cadrul comunității, atât înainte, cât și după ce se mută din LP. Acestea valorifică exemplul și experiența beneficiarilor care au reușit să se mute și să trăiască independent, pentru a motiva alți beneficiari. Mai mult, înțeleg și depun eforturi pentru a elimina rezistența anumitor membri ai personalului față de beneficiarii „absolvenți”, asigurându-i că asta nu înseamnă că nu va mai fi nevoie de ei și că își vor pierde locurile de muncă.

**Serviciile locuințelor protejate nu oferă locatarilor un context pentru autonomie, alegere și control asupra deciziilor zilnice și de viață.** Numai în jumătate dintre LP beneficiarii au putut vizita locuința înainte de a se muta acolo, iar în cazul a 40% dintre centre, beneficiarii nu se află acolo ca urmare a propriei alegeri. Mai mult, sondajul în rândul beneficiarilor și interviurile cu coordonatorii de servicii au descris o viață masiv înregimentată, care oferă în mică măsură ocazia de a face alegeri, de a explora opțiuni și de a încerca experiența vieții în comunitate. Numai o treime dintre beneficiari declară că pot oricând să facă alegeri privind viața de zi cu zi și numai o treime dintre aceștia menționează că li se permite să facă astfel de alegeri în cazul deciziilor importante de viață. Pentru aproximativ jumătate dintre centre, ora de trezire și de culcare este aceeași pentru toți beneficiarii și este stabilită de personal și în mai puțin de o treime beneficiarii centrelor își pot cumpăra, prepara și găti singuri mâncarea, cu sau fără asistență din partea personalului, oricând doresc. Mai puțin de jumătate își pot cumpăra sau alege singuri hainele sau obiectele personale. De asemenea, există limite sau restricții oficiale sau neoficiale privind animalele de companie, prietenii/prietenele sau părăsirea centrului. Intimitatea și spațiul personal constituie, de asemenea, o problemă în majoritatea centrelor. Beneficiarii pot avea propria cameră numai în 9% dintre centre, intimitatea și confidențialitatea comunicărilor personale ale beneficiarilor sunt respectate în 33%, iar în 25% dintre LP beneficiarii nu sunt consultați atunci când cineva din afara locuinței este invitat acolo.

**Locuințele minim și maxim protejate diferă în ceea ce privește numărul, tipul beneficiarilor și serviciile oferite.** Numărul LmP este aproape de 10 ori mai mare decât cel al LmP. Deși diferențele dintre acestea sunt neglijabile în ceea ce privește standardele și cerințele (beneficiarii LmP trebuie să aibă un loc de muncă), există diferențe considerabile privind condițiile de trai, precum și profilul beneficiarilor și activitățile oferite. Condițiile de trai tind să fie mai bune în LmP, cu un număr mediu de locatari pe cameră mai mic (1,6 comparativ cu 2), cu suprafață utilă mai mare a dormitoarelor/beneficiar și, în general, cu

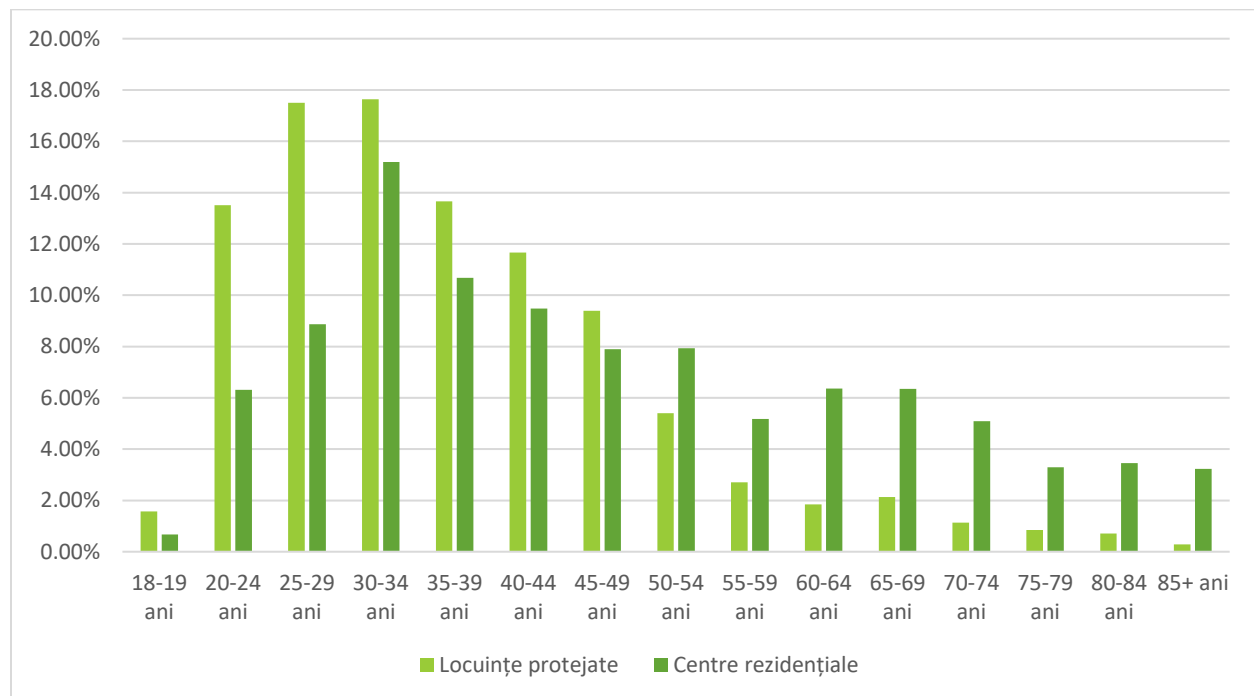
unități mai curate și mai spațioase. LMP au raportat mai multe probleme în asigurarea personalului necesar, a spațiilor sau facilităților, comparativ cu LmP. Beneficiarii ambelor tipuri de centre au profiluri diferite, LMP având o proporție mai mare de persoane cu handicap accentuat și grav, o proporție ceva mai mare de persoane cu dizabilitate psihosocială și beneficiari cu niveluri inferioare de educație (a se vedea subcapitolul Profilul beneficiarului de mai jos). Activitățile și serviciile în domeniul informării (privind drepturile, serviciile alternative, oportunitățile în comunitate), sprijinului și pregătirii pentru educație, încadrarea în muncă, viața autonomă tind să fie oferite în mai mare măsură în LmP.

**Sistemul de locuințe protejate se confruntă cu deficitul de personal.** Din 734 de posturi bugetate, 10% sunt vacante. Majoritatea posturilor afectate sunt cele de psiholog, asistent medical, iar cele mai multe posturi vacante sunt raportate în locuințele maxim protejate. Deficitul de personal este invocat și de majoritatea LmP pentru a explica dificultățile de furnizare a serviciilor sau de asigurare a succesului beneficiarilor.

## Profilul beneficiarilor

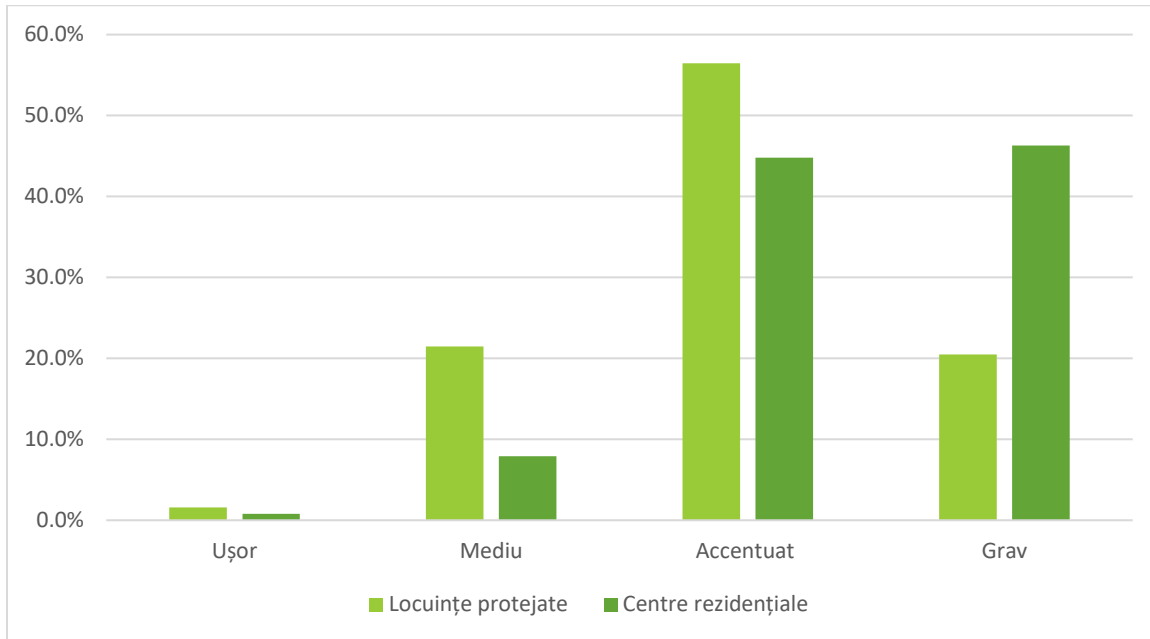
**Deși nu este clar ce presupune procesul de selecție pentru admiterea beneficiarilor în LP, există diferențe majore între beneficiarii centrelor rezidențiale și cei ai locuințelor protejate.** Beneficiarii LP sunt, în medie, mai tineri și cu grade de handicap mai redus decât cei din centrele rezidențiale (a se vedea Figura 3 și Figura 4). Interviuurile cu directorii DGASPC sugerează că la transferarea beneficiarilor din centrele rezidențiale, este posibil să existe o preferință pentru selectarea celor care sunt sau pot deveni autonomi. Interviuurile cu coordonatorii serviciilor LP nu au indicat niciun fel de practici de selecție, ci mai curând admiterea beneficiarilor după principiul primul venit primul servit sau acceptarea beneficiarilor trimiși de centrele rezidențiale pentru relocare.

**Figura 3. Comparatie privind distribuția în funcție de vârstă a beneficiarilor din centre rezidențiale și locuințe protejate**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Figura 4. Comparație privind distribuția în funcție de gradul de handicap al beneficiarilor din centre rezidențiale și locuințe protejate**



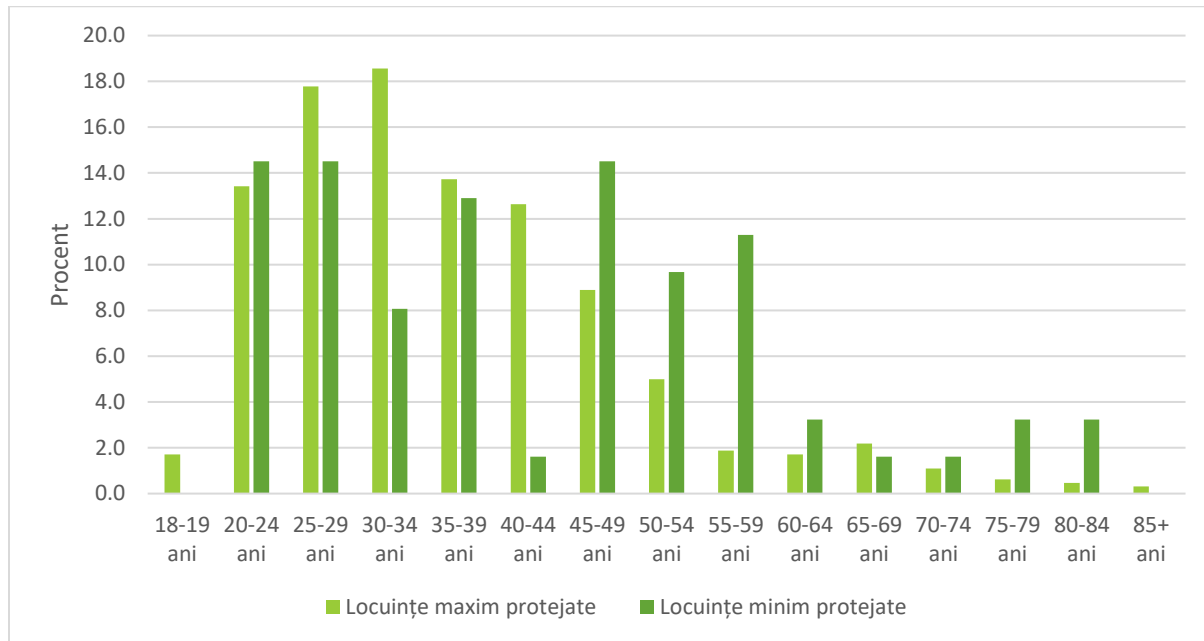
Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Majoritatea beneficiarilor din LP și-au petrecut cea mai mare parte a vieții în instituții rezidențiale.** În general, 75% dintre beneficiari și-au petrecut cea mai mare parte a vieții adulte în cadru instituțional. Înainte de a se muta în LP actuale, peste jumătate dintre beneficiari locuiseră într-un centru rezidențial pentru persoane adulte cu dizabilități, mai mult de o treime proveneau din sistemul de protecție a copilului (centru rezidențial sau locuințe colective) și doar mai puțin de 10% dintre beneficiari locuiseră împreună cu familia. Beneficiarii proveniți din mediul familial sau din serviciile de protecție a copilului au grade de handicap accentuat sau grav în mai mare măsură decât ceilalți beneficiari. Însă există o discrepanță în datele analizate: deși datele raportate de LP arată că nu există beneficiari care au locuit anterior într-o locuință protejată, chestionarele aplicate beneficiarilor au arătat că cel puțin 18 beneficiari (9% din eșantionul nostru) locuiseră într-o locuință protejată înainte de a se muta în cea actuală. Mai mult, interviurile cu coordonatorii de servicii au sugerat că există beneficiari care se mută de la o locuință protejată la alta, uneori chiar situate la mare distanță, ca rezultat al procesului de reorganizare și restructurare a centrelor rezidențiale mari (LP ar putea fi folosite ca soluții de găzduire temporară, până când se deschide/reorganizează un centru sau se deschid noi LP). Aproximativ jumătate dintre beneficiari au familii cunoscute.

**Beneficiarii din locuințele minim protejate sunt ceva mai în vârstă comparativ cu cei din locuințele maxim protejate** (a se vedea Figura 5). Diferența de vârstă necesită o analiză aprofundată, deoarece nu poate fi explicată prin procesul de transferare a copiilor din sistemul de protecție (locuințe temporare sau colective) în LP odată ce copiii ating vârsta adultă (un coordonator de servicii a denumit procesul „adultizare”), deoarece proporția este asemănătoare pentru ambele tipuri de centre (aproximativ 34%).

În același timp, în anumite cazuri pare să fie vorba despre unele prejudecăți împotriva persoanelor mai în vârstă atunci când se pune problema admiterii sau păstrării lor în LP. Un coordonator de servicii a indicat că preferă să mute persoanele mai în vârstă (peste 50 de ani) în unități pentru vârstnici, deoarece serviciul nu mai este adecvat nevoilor acestora.

**Figura 5. Distribuția în funcție de vârstă a beneficiarilor locuințelor minim și maxim protejate (proporții)**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**În timp ce diferențele dintre cele două tipuri de LP sunt relativ mici în ceea ce privește tipurile de handicap, profilurile prezintă diferențe semnificative privind gradul de handicap.** Proporția persoanelor cu dizabilități psihosociale este mult mai mare în LMP (15%) decât în LmP (5%) (a se vedea Tabelul 8). Nu există o explicație obiectivă pentru această diferență. Pe de altă parte, beneficiarii din LmP au, în general, grada mai mic de handicap (a se vedea Figura 6). Deși nu există criterii de selecție explicite legate de gradul de handicap, este mai probabil ca persoanele cu handicap mai puțin grav să fie admise în locuințe minim protejate: este mai probabil ca angajatorii să le considere „apte de muncă”, prin urmare să aibă un loc de muncă (una dintre cerințele LmP) și este mai probabil ca persoanele care decid transferul acestora din centrele rezidențiale mai mari să le considere apte de viață independentă.

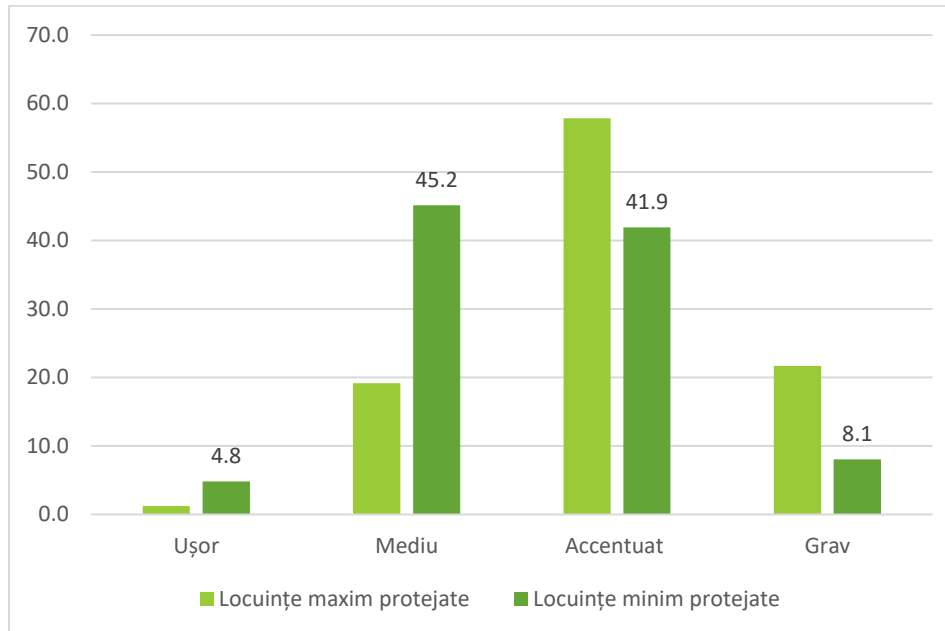
**Tabelul 8. Distribuția beneficiarilor în funcție de tipul de dizabilitate, în funcție de tipul de locuință protejată (proporție)**

	Fizică	Auditivă	Vizuală	Intelectuală	Psihosocială	Asociată	HIV/ SIDA	TOTAL
Locuință maxim protejată	2,8	0,2	0,3	68,5	15,3	12,3	0,6	100
Locuință minim protejată	6,5	0,0	1,6	72,6	4,8	14,5	0,0	100

Total	3,1	0,1	0,4	68,8	14,4	12,5	0,6	100
-------	-----	-----	-----	------	------	------	-----	-----

Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Figura 6. Distribuția beneficiarilor în funcție de gradul de handicap, în funcție de tipul de locuință protejată (proporție)**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Aproximativ 8% dintre beneficiarii ambelor tipuri de centre sunt lipsiți de capacitatea de exercițiu.**

Aproximativ trei sferturi dintre cei lipsiți de capacitatea de exercițiu au un membru al familiei desemnat ca reprezentant legal. Ceea ce este îngrijorător este că numărul persoanelor lipsite sau pe cale de a fi lipsite de capacitatea de exercițiu este în creștere. O treime dintre persoanele lipsite de capacitatea de exercițiu și-au pierdut-o după 2018. De asemenea, evaluarea externă a indicat că se depun eforturi (din partea personalului/coordonatorilor LP) pentru ca anumiți beneficiari să fie lipsiți de capacitatea de exercițiu. În al doilea rând, această situație ar trebui să trezească îngrijorarea, deoarece lipsa capacității de exercițiu este adesea invocată ca explicație/justificare pentru neimplicarea beneficiarilor în luarea deciziilor privind propria viață sau serviciile pe care le primesc.

**Un număr mare de beneficiari nu își dezvoltă deprinderile pentru o viață independentă.**

Obiectivul serviciilor de tip locuință protejată constă în sprijinirea beneficiarilor pentru a-și dezvolta și consolida deprinderile de viață independentă cât timp locuiesc în cadrul serviciului. Aceștia pot beneficia de forme de sprijin pentru dezvoltarea unei game largi de aptitudini cognitive, deprinderi de comunicare, de interacțiune socială, de autoîngrijire, de îndeplinire a activităților zilnice, de mobilitate și de realizare a tranzacțiilor economice.<sup>98</sup> Pe parcursul anului 2020, aproximativ jumătate dintre beneficiari ori au regresat ori au reușit doar să își mențină deprinderile de viață independentă, cu un procent mai mare în LmP decât în LMP de beneficiari care mai curând au regresat (11% comparativ cu 7%) sau care au înregistrat doar progrese minore (24% comparativ cu 30%). Deși procentul beneficiarilor din LmP care au

<sup>98</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 2, Modulul IV, Standardele 5-13.

Înregistrat îmbunătățiri semnificative în ceea ce privește deprinderile, după cum prevede standardul pentru acest tip de LP, este mai mare (16% comparativ cu numai 6% în LMP), încă este îngrijorător faptul că în cele mai multe LP niciun beneficiar sau majoritatea beneficiarilor nu înregistrează nicio îmbunătățire (a se vedea Tabelul 9). Personalul serviciului precizează că absența îmbunătățirilor poate avea legătură cu deficitul de personal corespunzător calificat (în LP sau CZ) sau cu lipsa accesului la alte servicii relevante. Cu toate acestea, principalul motiv invocat în peste jumătate dintre LP este nevoia constantă de sprijin a multor beneficiari și prognosticul slab de îmbunătățire. Acest lucru dă naștere unor întrebări cu privire la utilizarea locuințelor protejate pentru acești beneficiari, altfel decât ca reședință pe termen lung, care echivalează cu instituționalizarea. Alternativ, trebuie asigurat accesul la mai multe opțiuni de locuire în comunitate, cu servicii de sprijin adecvate (inclusiv asistență personală), pe care aceste persoane să le poată alege și controla conform propriilor nevoi și preferințe.

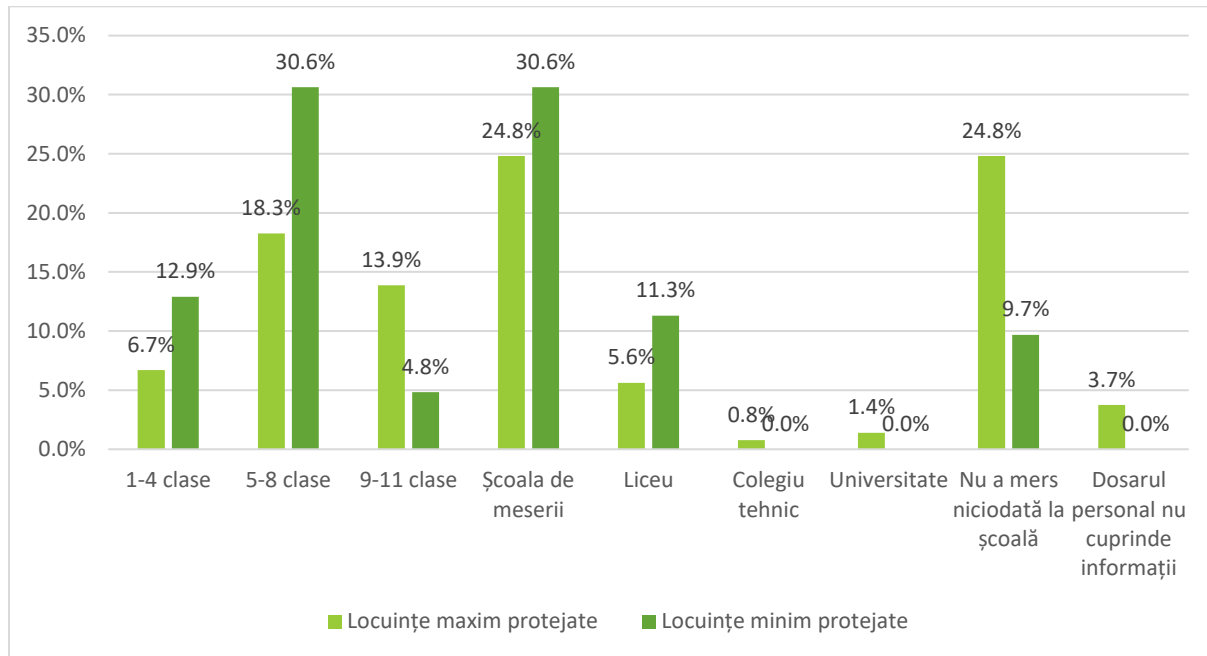
**Tabelul 9. Numărul și proporția serviciilor de tip locuință protejată în care niciun beneficiar sau majoritatea beneficiarilor nu înregistrează progrese în ceea ce privește deprinderile de viață independentă (dintr-un eșantion de 100 de servicii)**

Deprinderi de viață independentă:	Niciun beneficiar din LP nu înregistrează progrese		Majoritatea beneficiarilor nu înregistrează progrese	
	Număr	%	Număr	%
Aptitudini cognitive	58	58%	80	80%
Deprinderi de viață cotidiană	49	49%	76	76%
Deprinderi de comunicare	50	51%	76	77%
Mobilitate	48	63%	54	71%
Deprinderi de autoîngrijire	51	52%	74	75%
Deprinderi de îngrijire a propriei sănătăți	61	61%	78	78%
Deprinderi de autogospodărire	51	51%	76	76%
Deprinderi de interacțiune/de relaționare interpersonală	53	54%	73	74%
Dobândirea independenței economice	69	69%	84	84%
Interes pentru activități lucrative	70	71%	79	80%

*Sursa:* Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Beneficiarii din LP au acces limitat la educație formală (în special învățământ de masă).** Mai puțin de o cincime dintre beneficiari au putut accesa învățământul de masă, și aproape un sfert nu au mers niciodată la școală. Ceilalți au fost înscriși în învățământul profesional. Profilurile educaționale ale beneficiarilor din ambele tipuri de centre variază în mică măsură: este mai probabil că cei din locuințele minim protejate au petrecut mai mult timp în școală și este mai puțin probabil să nu fi urmat nicio formă de școlarizare (a se vedea Figura 7).

**Figura 7. Distribuția beneficiarilor în funcție de nivelul de educație formală, în funcție de tipul de locuință protejată (proporție)**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Deși serviciile de locuințe protejate sunt concepute pentru a constitui o soluție temporară de găzduire care pregătește locatarii pentru viața în comunitate, acestea funcționează ca soluții pe termen lung și chiar permanente pentru un procent semnificativ de beneficiari.** Aproape o treime dintre beneficiarii LmP și aproape o cincime dintre cei din LMP au locuit în aceeași locuință timp de peste 5 ani. Mai mult, aproape jumătate dintre rezidenții LmP sunt în același centru de peste 5 ani, durata de ședere maxim permisă conform standardului. Cu toate acestea, contractele au fost reînnoite, iar motivele indicate de servicii au fost: lipsa deprinderilor de viață independentă, lipsa de implicare a familiei, probleme legate de sănătate/dizabilități, lipsa alternativelor în comunitate și faptul că beneficiarul nu dorește să se mute. Dintre beneficiarii care au participat la studiu, aproximativ o treime au spus că ar dori să se mute din LP în comunitate.

**Nu toți beneficiarii locuințelor minim protejate au locuri de muncă.** Deși există cerința obligatorie ca beneficiarii serviciilor locuințelor minim protejate să aibă un loc de muncă, aceasta fiind o condiție pentru a beneficia de acest serviciu, doar 13% dintre aceștia au în prezent un loc de muncă. Mai mult, proporția beneficiarilor care au locuri de muncă nu este semnificativ diferită între cele două tipuri de LP (10% în LMP). Potrivit autoevaluării, în locuințele minim protejate care au participat la studiu există doar opt beneficiari care au locuri de muncă. Surprinzător este că proporția persoanelor care au fost declarate legal inapte de muncă este mult mai mare în locuințele minim protejate decât în cele maxim protejate (20% față de 7%), ceea ce ridică întrebări cu privire la respectarea procedurii de admitere la servicii, precum și la viitorul beneficiarilor care, în consecință, pot deveni instituționalizați pe termen lung. Dintre cei 29 de



beneficiari care au participat la studiu și au declarat că au un loc de muncă, cei mai mulți prestează munci fizice necalificate (a se vedea Tabelul 10 și Tabelul 11).

**Tabelul 10. Tipul de activități pe care le desfășoară beneficiarii care au participat la sondaj**

Tip de activitate/funcție	N	%
Lucrător în industria textilă	6	21
Curățenie/spații verzi	6	21
Căratul/mutatul mărfurilor	9	31
Muncitor necalificat	2	7
Ajutor la bucătărie	2	7
Fabricare brelocuri	1	3
Îngrijitor de animale	1	3
Zilier	1	3
Nu știe	1	3
Total	29	100

*Sursa:* Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Tabelul 11. Durata angajării la locul de muncă actual (beneficiarii care au participat la sondaj)**

Număr de luni	N	%
<= 6	10	34
7 - 12	7	24
13 - 36	6	21
37+	6	21
Total	29	100

*Sursa:* Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Un sfert dintre beneficiari plătesc parțial pentru servicii.** Beneficiarii cu orice tip de venit (inclusiv prestații sociale sau pentru persoane cu dizabilități) trebuie să verse o parte din venitul lor către serviciu și, în unele cazuri, se solicită și familiilor acestora să plătească.<sup>99</sup> Plățile nu merg direct către serviciile private, ci către un furnizor-umbrelă de servicii, DGASPC. O mică parte din venit rămâne beneficiarului, însă este insuficient pentru a permite economii sau achiziții personale mai semnificative.

**Cei mai mulți beneficiari LP trăiesc în izolare socială și au parte de o viață socială precară.** Peste jumătate dintre beneficiari nu au prieteni în afara sistemului LP și aproape jumătate nu au la cine să apeleze pentru ajutor dacă au o problemă sau trebuie să ia o decizie, în afară de personalul LP. Peste jumătate dintre ei nu au avut niciodată un prieten/o prietenă, iar 37% nu își cunosc niciun vecin după nume. Mai mult de

<sup>99</sup> Ordinul Guvernului nr. 1887/2016 din 15 septembrie 2016 stabilește condițiile și algoritmiile pentru aceste plăți, care se aplică tuturor serviciilor sociale, în funcție de tipul și de cuantumul veniturilor beneficiarilor sau familiilor acestora.

jumătate nu avuseseră avut niciun fel de contact cu un prieten sau membru al familiei în afara LP, în ultima lună, înainte de aplicarea chestionarului. În acest context, accesul la spațiile sociale din afara LP devine esențial, ca și sprijinul din partea personalului serviciului, pentru încurajarea relațiilor sociale bogate și diverse și a oportunităților de socializare.

**Majoritatea beneficiarilor sunt autonomi în ceea ce privește activitățile zilnice de bază, dar cei mai mulți au nevoie de asistență în efectuarea sau finalizarea activităților importante.** Aproximativ 84% dintre beneficiarii chestionați au declarat că au autonomie totală când este vorba despre activități de bază, cum ar fi mâncatul, îmbrăcatul, spălatul, utilizarea toaletei; aproximativ 13% au raportat că au nevoie de asistență în realizarea acestor activități. O proporție mult mai mică (6%) a declarat că nu are nevoie de asistență pentru sarcini mai complexe, cum ar fi prepararea mâncării, mersul la medic, curățenia în casă sau mersul la cumpărături. Mai mult de jumătate dintre beneficiari au indicat că au nevoie de asistență moderată, iar restul (40%) depind total sau în mare măsură de asistență. Accesarea serviciilor medicale și administrarea medicamentelor/tratamentelor pare a fi nevoia care ridică cele mai multe probleme pentru beneficiarii care au participat la studiu.

### 2.1.3. Analiza respectării și punerii în aplicare a standardelor

Secțiunea de față prezintă o evaluare detaliată a respectării cerințelor minime din standarde, utilizând atât autoevaluarea serviciului, cât și informațiile obținute din evaluarea externă, dintr-un chestionar aplicat unui reprezentant, de la un eșantion probabilistic de 195 de beneficiari și dintr-o analiză a documentelor furnizate de servicii.

#### Modulul 1. Managementul serviciului social

Primul modul asigură respectarea legilor și reglementărilor aplicabile privind organizarea și managementul serviciului; mai concret, stabilește în ce constă serviciul, angajarea și păstrarea personalului calificat, furnizarea serviciului către anumite tipuri de beneficiari, menținerea documentației administrative interne adecvate și stabilirea de parteneriate relevante în comunitate. Acest modul stabilește, de asemenea, cerințele minime legate de asigurarea confortului și siguranței beneficiarilor în ceea ce privește spațiile, accesul fizic, accesibilitatea și adaptările, materialele și echipamentele. Există două standarde suplimentare, unul referitor la hrănire, îngrijire și asistență și unul referitor la asistența medicală. Pentru detalii privind respectarea standardului, consultați Tabelul 12.

**Tabelul 12. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 1. Managementul serviciului social**

STANDARD 1: ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile generale pentru organizarea și managementul serviciului, încurajarea parteneriatelor cu alte entități, asigurarea instruirii personalului în domenii precum egalitatea, prevenirea neglijenței, violenței și abuzului, facilitarea unei vieți independente pentru beneficiar etc. Standardul precizează, de asemenea, documentația minimă necesară. Mai mult, standardul stipulează cine poate beneficia de serviciu și care trebuie să fie capacitatea minimă și maximă a serviciului (2, respectiv 10 beneficiari). De asemenea, menționează cele

	<p>două tipuri de servicii care pot fi organizate: locuințe maxim protejate maxime și locuințe minim protejate.</p>
Autoevaluare	<p>Numai 25% dintre toate LP din eșantion respectă toate cerințele standardului. Majoritatea problemelor par să se concentreze în jurul câtorva cerințe: instruirea personalului în domeniile menționate de standard (doar aproximativ 2/3 au organizat instruirea necesară și o au în planul lor de instruire și formare profesională) și raportul anual (mai puțin de jumătate au toate cerințele - mai puțin de două treimi, de exemplu, au inclus o analiză a chestionarelor de satisfacție a beneficiarilor și propuneri de îmbunătățire a activității unității).</p> <p>11 dintre servicii nu respectă cerința privind dimensiunea (între 2 și 10 rezidenți).</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Conform datelor din evaluarea externă, nu toate LP au avut planuri anuale de instruire și formare profesională a personalului care includeau modulele tematice obligatorii potrivit standardului, și un număr chiar mai mic de servicii a desfășurat instruire în 2020. Proporția variază în funcție de tema modulelor de instruire: în cazul LMP, s-a asigurat în doar 36%% dintre servicii instruire privind „Respectarea diversității”, procentul urcând până la valoarea maximă de 71%% în cazul modulelor privind „Prevenirea, recunoașterea și raportarea formelor de exploatare, violență și abuz”. Situația este mai îngrijorătoare în LmP, doar 18% dintre servicii oferind cursuri de instruire despre „Respectarea diversității” și „Respectarea și încurajarea autonomiei individuale și independenței persoanelor cu dizabilități”.</p> <p>De asemenea, interviurile cu coordonatorii de servicii au confirmat că, deși cursurile de instruire destinate personalului sunt foarte apreciate, acestea nu sunt organizate suficient de des. Unele sunt organizate intern, dar se pare că, în unele cazuri, entitatea responsabilă de organizarea unor astfel de cursuri este DGASPC, iar aceasta nu este cu adevărat activă în acest domeniu. De asemenea, cursurile organizate și nevoile de formare profesională menționate de coordonatorii de servicii nu au fost precizate în standarde, ci reprezintă mai degrabă abordări mai practice, mai aproape de furnizarea de servicii (cursuri oferite de Crucea Roșie, Departamentul de Sănătate Publică). Un coordonator de servicii a menționat că ar aprecia foarte mult un tip de instruire prin care să învețe despre cele mai bune practici și să facă schimb de experiență și informații cu alte servicii similare.</p> <p>Toate centrele au raportat efectuarea evaluării performanței personalului în ceea ce privește îndeplinirea sarcinilor și atribuțiilor prevăzute în fișa postului, în majoritatea cazurilor cu o frecvență anuală. Cel mai adesea, coordonatorii de servicii sunt cei care efectuează aceste evaluări.</p> <p>Activitățile în LP sunt în mare parte realizate de personalul serviciului, implicarea voluntarilor sau a altor organizații (guvernamentale și neguvernamentale, specialiști sau alte persoane cu resurse din comunitate) fiind destul de redusă.</p>
Observații	<p>Nu există nicio prevedere în standard care să specifice persoanele responsabile de instruirea personalului, materialul care urmează să fie utilizat, precum și implicarea persoanelor cu dizabilități în calitate de formatori în cadrul unor module legate de respectarea drepturilor acestora. În plus, nu este clar cum se asigură serviciile că personalul își însușește conținutul instruirii și îl aplică în mod corespunzător în relația cu beneficiarii. DGASPC din fiecare județ trebuie să își asume un rol mai activ în organizarea și furnizarea instruirii și formării profesionale necesare, în special cea indicată în standard.</p>

STANDARD 2: GĂZDUIRE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele minime pentru beneficiarii găzduirii: amplasare și acces, condiții (materiale) de asigurare a găzduirii, mobilier, utilități, precum și elemente de securitate și comunicare (telefon, internet). Există prevederi precise legate de numărul de beneficiari dintr-o cameră, suprafața minimă, adaptările spațiilor etc.
Autoevaluare	<p>În general, doar un sfert dintre serviciile de locuințe protejate respectă toate cerințele. Deși există probleme cu majoritatea cerințelor, atragem atenția asupra următoarelor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cerința 2: mai mult de o treime din servicii nu respectă cerința legată de împrejmuire și asigurarea unei vizibilități suficiente; în schimb, unitățile sunt ferite, departe de stradă.</li> <li>➤ Cerința 3: O cincime dintre locuințele protejate nu au toate spațiile specificate în standard (camerele/dormitoarele beneficiarilor, camera de socializare, bucătărie, baie/dușuri/grup sanitar, cămară, alte dependențe, curte, după caz.)</li> <li>➤ Cerințele 5 și 6: Beneficiarii au propria cameră, conform recomandărilor standardului, numai în 2 servicii (2% din total). De asemenea, standardul menționează că LP poate găzdui 2 beneficiari într-o singură cameră, dacă ambii sunt de acord - aproape toate LP au ales să aibă mai mulți beneficiari într-o singură cameră. Ceea ce este îngrijorător este că aproximativ un sfert din serviciile LP au cel puțin o cameră în care locuiesc mai mult de 2 beneficiari. Majoritatea acestor servicii sunt locuințe maxim protejate.</li> <li>➤ Cerința 11: într-o cincime din servicii, cerința ca grupurile sanitare să nu fie împărțite de mai mult de 4 beneficiari nu este îndeplinită.</li> <li>➤ Cerința 12: în aproximativ 30% dintre LP există probleme cu accesibilitatea fizică a spațiilor de locuit și a băilor.</li> <li>➤ Cerința 25: în 30% din LP în care există camere video de supraveghere, cerința privind plasarea acestora (numai în spații comune și la intrare) nu este respectată, posibil cu încălcarea dreptului beneficiarilor la viață privată.</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Amplasarea serviciului în comunitate necesită discuții suplimentare. Deși toate serviciile respectă cerința (conform autoevaluării), o analiză mai atentă a dezvăluit că 65% din toate serviciile LP (și 93% dintre cele din zonele rurale) se află la o distanță medie mai mare de 4 km de serviciile și spațiile comunitare relevante. Mai mult, numai 10 LP sunt cu adevărat amplasate în comunitate - într-o zonă (și într-o clădire) care are doar alte unități rezidențiale sau publice, dar nu centre rezidențiale sau servicii pentru persoane cu dizabilități. Peste jumătate din serviciile LP folosesc în comun o curte sau o clădire cu alte servicii sociale.</p> <p>Pentru 90% dintre beneficiarii care au participat la studiu, găzduirea este unul dintre cele mai importante servicii oferite de LP. În proporție foarte mare (95%), beneficiarii au declarat că sunt mulțumiți de condițiile de trai.</p> <p>Conform datelor din evaluarea externă, cele mai multe centre sunt situate fie în centrul localității, fie între centru și periferie, în timp ce un o treime se află chiar marginea localității și două LP sunt amplasate în afara localității. Patru LP se află în zone în care nu sunt vizibile alte clădiri publice sau rezidențiale și patru se află într-o zonă fără acces facil la mijloacele de transport în comun. Toate LP situate în zonele</p>

	<p>rurale au acces la mijloace de transport care fie circulă o dată pe oră (50% dintre ele - 10 LP) sau măcar la fiecare 2-3 ore. În 17% dintre LP există vehicule adaptate pentru persoanele cu dizabilități fizice sau cu mobilitate redusă sau pentru restul beneficiarilor fără acces imediat la transportul public. Alternativ, peste două treimi din LP pot primi un vehicul de la DGASPC la cerere, după necesități. Cu toate acestea, nu este clar cum sunt utilizate aceste vehicule pentru a asigura beneficiarilor accesul la servicii în comunitate sau pentru a le facilita activitățile sau cât de receptive sunt DGASPC la astfel de solicitări.</p> <p>Starea generală a clădirilor LP a fost satisfăcătoare în majoritatea centrelor care au fost evaluate extern. Excepționând 3 LP, toate erau înconjurate de un teren sau de o curte bine întreținut/ă. Aproximativ 69% din LP nu au avut nici una dintre următoarele probleme - geamuri sparte, ferestre care nu se închid, infiltrații și mușcări, podele sparte sau acoperiș perforat. Aproximativ 27% au avut doar câteva dintre aceste probleme și 4 centre s-au confruntat cu mare parte dintre ele sau cu toate. În general, LP au asigurat beneficiarilor temperatură confortabilă și iluminat natural, alimentare permanentă cu apă rece și caldă și spații curate (săli de activități, grupuri sanitare, spații comune, spații exterioare) - doar 2 LP nu au apă caldă permanentă, una nu avea acces la o sursă igienică de apă potabilă, iar în 3 LP spațiile nu erau prea curate. În 5 LP, grupurile sanitare nu erau dotate cu consumabile (hârtie igienică și săpun), în timp ce 71% din toate LP nu aveau cel puțin o unitate sanitară și o toaletă adaptate. 30% din toate LP nu aveau rampă de acces în clădire pentru utilizatorii de scaune rulante.</p> <p>Confidențialitatea nu este întotdeauna respectată în LP. Deși plasarea mai multor persoane (două, de fapt) într-o cameră este permisă de standard, acest lucru nu înseamnă că este lipsită de probleme. Aproximativ 40% dintre beneficiari au declarat că nu au niciun loc în care să poată fi singuri sau să aibă intimitate dacă doresc. Deși standardul solicită în mod explicit acordul beneficiarilor de a împărți camera, peste jumătate dintre beneficiari au indicat că nu a fost alegerea lor să locuiască cu actualii colegi de cameră. Datele din evaluarea externă au indicat faptul că numai 9% dintre LP oferă beneficiarilor camere individuale și doar în aproape o treime din LP este respectată intimitatea spațiului personal al locatarilor, fără intruziunea altor rezidenți sau a personalului. În plus, evaluatorii au indicat că în 21% din LP, toate sau majoritatea dormitoarelor beneficiarilor nu sunt suficient de spațioase.</p> <p>Interviurile cu coordonatorii de servicii au indicat că aceștia sunt preocupați de îmbunătățirea condițiilor de trai, dar că sunt limitați de problemele bugetare - speră că DGASPC-urile vor alocat mai multe fonduri în acest. De asemenea, pe parcursul evaluării externe personalul serviciilor a raportat că în 2020 beneficiarii au avut o serie de reclamații legate de aspecte relevante pentru acest standard, cum ar fi, reclamații legate de calitatea condițiilor de trai (în 5 LP), materialele de curățenie lipsă insuficiente (în 2 LP), lipsa echipamentului sportiv (masă de tenis, sală de gimnastică etc.) și a accesului la internet (în 3 LP). Conform celor raportate, numai reclamațiile privind absența materialelor de curățenie au fost soluționate ulterior.</p>
Observații	<p>Unele dintre problemele legate de respectarea acestui standard sunt generate de procesul de dezvoltare a serviciului și de faptul că se lucrează cu baza materială care a rămas după desființarea altor servicii sociale/instituții rezidențiale. Alte probleme sunt cauzate de lipsa opțiunilor de locuire în comunitate (LP sau doar locuințe sociale), care face ca aglomerarea unităților LP să devină acceptabilă.</p>

**STANDARD 3: ALIMENTAȚIE**

Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele minime în ceea ce privește asigurarea alimentației, accesul la alimente și condițiile de pregătire a meselor, inclusiv echipamente, pregătirea personalului și responsabilități. Cerințele sunt ușor diferite pentru cele două tipuri de LP. În cazul LmP, beneficiarii sunt cei care merg la cumpărături și pregătesc masa. Există, de asemenea, prevederi privind asigurarea unei alimentații sănătoase.
Autoevaluare	<p>Doar 34% din serviciile LP respectă toate cerințele din standard. Una dintre principalele probleme, pentru aproape jumătate dintre servicii, este că personalul implicat în orice activitate dată este diferit de cel indicat în standard, adică infirmiera și pedagogul social. Implicarea asistenților sociali (în 49% din toate LP) sau a instructorilor de educație (în 17%) ar putea compensa locurile vacante de asistenți medicali din sistem, precum și lipsa oricărui post de pedagog social în organigramele tuturor LP.</p> <p>Există și alte probleme, dar pentru un număr mai mic de servicii. De exemplu, deși standardul impune ca beneficiarii să meargă la cumpărături și să își pregătească singuri masa, într-o LmP (din 11) nu se procedează astfel. De asemenea, aproape o cincime din toate serviciile LP nu au o încăpere separată sau un spațiu pentru depozitarea alimentelor.</p> <p>Aproape un sfert dintre centre (23) au propria grădină, unde cultivă legume cu implicarea beneficiarilor și/sau a personalului. În 22 dintre aceste locuri, beneficiarii sunt implicați în muncile în grădină, în conformitate cu planurile de servicii individuale ale acestora.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Deși, conform autoevaluării, numai 11 beneficiari participă la pregătirea meselor, sondajul în rândul beneficiarilor a arătat că numărul este de fapt mai mare: aproximativ 44% participă la o astfel de activitate în fiecare zi și doar 24% nu participă niciodată. Mai mult, este interesant de menționat potențialul de autonomie (care ar trebui încurajat): aproximativ 26% dintre beneficiari au spus că nu au nevoie de sprijin pentru pregătirea mesei și 39% au indicat că pot pregăti singuri o masă. Aceste cifre sunt confirmate de interviurile cu coordonatorii de servicii, care au declarat că își încurajează beneficiarii să se implice în pregătirea meselor, ceea ce le conferă un sentiment de autovalorizare și de autonomie. Un coordonator de servicii a povestit cât de mult s-au schimbat beneficiarii în această privință după ce s-au mutat în LP (venind dintr-un centru rezidențial în care nu puteau face nimic).</p> <p>Calitatea alimentelor nu este satisfăcătoare în toate LP. În 2020, beneficiarii s-au plâns de calitatea alimentelor, de lipsa diversității meniului, precum și de lipsa anumitor tipuri de alimente în 16 LP (aproape 19% din toate serviciile). Doar în 9 LP s-au luat măsuri ulterior, în urma reclamațiilor beneficiarilor.</p>
Observații	Pregătirea meselor are potențialul de a-i pregăti pe beneficiari pentru o viață independentă - aceștia trebuie implicați în această activitate, cu supraveghere adecvată, după caz, și trebuie să li se acorde cât mai multă autonomie și încredere cu putință. Cu toate acestea, nu este clar cât de mult înțeleg acest lucru cei care au atribuții de inspecție și monitorizare a respectării standardului. Un interviu cu un furnizor privat de servicii (tot pentru LP) a indicat că le-a fost greu să îi convingă pe inspectorii că este în regulă să lase beneficiarii să își cumpere alimente - inspectorii erau convinși că beneficiarii sunt în pericol să cumpere și să mănânce otrăvă.

	<p>Într-o locuință minim protejată în care beneficiarii nu participă la cumpărături și la pregătirea propriei mese, nu este clar cum se realizează pregătirea pentru o viață independentă.</p> <p>Una dintre cerințele standardului are o formulare vagă (acordarea meselor se realizează în complementaritate cu centrul de zi) - este necesară o formulare mai precisă.</p>
<b>STANDARD 4: ASISTENȚĂ PENTRU SĂNĂTATE</b>	
Descrierea standardului	Standardul specifică cerințele minime în ceea ce privește asigurarea sănătății beneficiarilor. Personalul poate oferi asistență medicală numai în caz de probleme minore (răceli, de exemplu) și urgențe. Cea mai mare parte a standardului se referă la gestionarea medicamentelor și situații speciale, asistență în administrarea tratamentelor și documentarea tuturor acestor proceduri. Există, de asemenea, dispoziții privind modul în care trebuie depozitate și manipulate medicamentele.
Autoevaluare	<p>Jumătate dintre servicii respectă toate cerințele din standard. Principalele probleme sunt în următoarele domenii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nu toate serviciile au o procedură și, chiar și acolo unde există, aceasta nu include toate elementele solicitate de standard, nu sunt respectate toate etapele și nu este întocmită toată documentația.</li> <li>➤ Personalul instruit și desemnat să ofere asistență medicală de urgență, asistență în caz de probleme minore de sănătate, asistență pentru administrarea medicamentelor etc.: aproape 10% din servicii nu respectă această cerință.</li> <li>➤ Asigurarea asistenței în domenii specifice/pe teme specifice menționate în standard (HIV/SIDA, sănătate reproductivă, relații sexuale și intime, dependențe etc.): peste o treime din servicii nu oferă acest sprijin.</li> <li>➤ Consimțământul pentru medicamente și tratament medical: serviciile trebuie să obțină consimțământul și să îl includă în dosarul personal al beneficiarului. Pentru 10% dintre servicii (și aproape un sfert dintre beneficiari) această cerință nu este respectată.</li> <li>➤ Deși 99% dintre servicii au raportat că au oferit o evaluare medicală completă tuturor beneficiarilor, conform aceleiași raportări, aproape 15% dintre toți beneficiarii (104) nu au beneficiat de o evaluare medicală completă, conform cerinței din standard. Procentul este mai mare în LmP decât în LMP - 34%, respectiv 12%.</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Chiar dacă toți beneficiarii LP au un medic de familie, doar cei din 20% dintre toate LP au avut posibilitatea de a-și alege singuri medicii de familie și doar beneficiarii din 35% dintre LP știu numele medicilor lor de familie și pot să îi contacteze direct. Accesul la asistența medicală primară pare a fi mediat de personalul LP, iar beneficiarii depind de acesta, având astfel mai puțin control în situațiile în care ar putea fi nevoie să se adreseze direct medicilor de familie.</p> <p>Deși tuturor beneficiarilor trebuie să li se ofere o evaluare medicală anuală completă, personalul serviciului a raportat în timpul evaluării externe o proporție chiar mai mică de LP în care toți beneficiarii au efectuat astfel de evaluări în 2020: 70% (76% din LMP și doar 18% din LMP). În plus, sondajul în rândul beneficiarilor a indicat un număr chiar mai mic decât cel raportat de servicii prin autoevaluare: doar 64% au declarat că au efectuat un examen medical în ultimele 12 luni. Conform celor raportate de personalul serviciului, evaluările medicale au implicat preponderent analize de rutină sau imunizarea împotriva gripei (pentru 77% dintre</p>

beneficiari și, respectiv, 74%), în timp ce mult mai puțini beneficiari au fost efectuat examene stomatologice, dermatologice, oftalmologice, ORL, endocrinologice, precum și teste Papanicolau și mamografii.

Mulți beneficiari li se administrează medicamente psihotrope - 71%, cu o proporție mult mai mare în LMP decât în LmP (73% și, respectiv, 47%). Personalul implicat în administrarea medicamentelor psihotrope este format preponderent din asistenți medicali (în 57% dintre LP) și infirmiere (în 29%). Însă medicamentele sunt administrate și de personal fără pregătire medicală, precum asistenți sociali (în 36% dintre LP) sau chiar instructori de educație (în 12% dintre LMP). Această situație ridică și alte întrebări cu privire la practicile care impun furnizarea de informații medicale despre natura medicamentelor, diagnostic, posibile efecte secundare și riscuri care pot pune viața și sănătatea în pericol.

Tratamentul medical fără consimțământul în cunoștință de cauză al beneficiarilor este o practică în unele servicii. În 17 LP se administrează medicamente fără consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor. Personalul serviciului a menționat că medicamentele psihotrope sunt administrate fără consimțământul în cunoștință de cauză al beneficiarilor, ori pentru că aceștia nu au capacitatea de a înțelege scopul administrării medicamentului, ori pentru că au prioritate recomandările medicilor și, în unele cazuri, din cauza imposibilității beneficiarilor de a semna un formular de consimțământ pe care nu îl pot citi. Această practică este mai răspândită în locuințele minim protejate decât în cele maxim protejate (14%, respectiv 8%), chiar dacă beneficiarii cu handicap mai grav care, probabil, necesită nivel sporit de sprijin pentru a înțelege sunt concentrați mai degrabă în locuințe maxim protejate. În plus, beneficiarilor li se aplică și alte tratamente medicale fără consimțământ. De exemplu, în 2020, 18 beneficiari erau internați nevoluntar în spitale de psihiatrie, preponderent ca o consecință a comportamentului agresiv sau a stărilor de criză, după cum a raportat personalul serviciilor. Contraceptivele sunt administrate numai cu consimțământul în cunoștință de cauză al beneficiarilor doar în 65% dintre LP.

Practica asigurării consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor pentru tratament medical necesită cunoștințe adecvate și garanții procedurale. Cu toate acestea, personalul serviciului a raportat că doar 85% dintre angajații LP sunt familiarizați cu pașii necesari pentru asigurarea consimțământului, în timp ce beneficiarii au astfel de cunoștințe doar în 62% dintre LP. În 15% dintre LP, beneficiarii nu au nicio posibilitate de a contesta un tratament neconsensual. În plus, beneficiarii sunt încurajați să redacteze în avans instrucțiuni prin care să poată specifica opțiuni de tratament și reabilitare pentru a fi utilizate într-o situație viitoare în care nu și-ar putea comunica alegerile doar în 3 LP. Cu toate acestea, nu este clar cum și când se furnizează personalului serviciilor și beneficiarilor informații despre cum să se asigure consimțământul în cunoștință de cauză și ce trebuie făcut în cazul în care acest drept nu este respectat.

Pentru asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză, trebuie să li se ofere beneficiarilor informații accesibile cu privire la scopul și efectele secundare ale medicamentelor, precum și cu privire la alternativele la medicamente la care pot avea acces cu ușurință. Deși accesul la îngrijiri medicale psihiatrice pare să nu fie o problemă pentru beneficiarii LP, frecvența consultațiilor variază de la una la trei sau mai multe pe an, cu o proporție mare de beneficiari care se întâlnesc cu un psihiatru doar o dată pe an (17% dintre cei din LMP până la 39% în LmP). Această frecvență



	<p>scăzută, la care se adaugă accesul insuficient la alte servicii de sănătate mintală, cum ar fi psihoterapia sau consilierea psihologică (o treime din posturile pentru psihologi sunt vacante) îi privează mai mult pe beneficiari de opțiunile și condițiile necesare pentru acordarea consimțământului în cunoștință de cauză pentru administrarea medicamentelor psihotrope.</p> <p>Potrivit coordonatorilor de servicii intervievați, starea de sănătate și nevoile beneficiarilor pot influența foarte mult accesul lor la serviciu. În special în zonele rurale sau izolate, beneficiarii cu nevoi medicale mari sau complexe sunt mutați în alte unități, mai apropiate de spitale sau zone urbane și, din moment ce numărul LP este mic, acești beneficiari ajung să fie instituționalizați în centre rezidențiale. Cu toate acestea, în prezent există un număr mare de beneficiari în LP (aproximativ jumătate din toți beneficiarii din ambele tipuri de LP) care au nevoi complexe de sănătate și planuri individualizate de prevenire, intervenție și recuperare.</p>
Observații	<p>Accesul la asistență medicală - primară și de specialitate - trebuie asigurat pentru toți beneficiarii din LP, deoarece găzduirea pe termen lung, traiul în comun, precum și administrarea pe termen lung a medicației psihotrope cresc atât riscul de boli transmisibile, cât și de boli cronice. Asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză pentru toate tratamentele medicale încă nu este realizată și este necesar să se impună ca toți membrii personalului și beneficiarii să fie informați cu privire la etapele necesare ale acestui proces și să se implementeze proceduri clare cu privire la modul în care beneficiarii pot contesta tratamentul forțat. În plus, trebuie asigurată instruire cu privire la deescaladarea situațiilor de criză pentru a preveni situațiile de violență și internările nevoluntare în instituții psihiatrice.</p>

## Modulul 2. Accesarea serviciului social

Modulul 2 oferă un cadru pentru accesarea serviciului, de la informarea potențialilor beneficiari în privința serviciului și admiterea lor, până la gestionarea informațiilor acestora și la încetarea acordării serviciului. Standardele și cerințele modulelor pun un accent deosebit pe documentele administrative aferente acestor procese, în special pe transparență și respectarea legii. Pentru detalii privind respectarea standardului, consultați Tabelul 13.

**Tabelul 13. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 2. Accesarea serviciului social**

STANDARD 1: INFORMARE	
Descrierea standardului	Standardul este menit să asigure accesul complet și adaptat la informații despre serviciu persoanelor interesate cu dizabilități care ar putea beneficia de acesta. Standardul prevede ca materialele să fie publicate (în format tipărit și sau electronic) și să respecte anumite cerințe. Nu sunt incluse dispoziții cu privire la modul în care trebuie distribuite materialele celor interesați.
Autoevaluare	Puțin peste 40% dintre servicii îndeplinesc toate cerințele. În aproximativ 15% dintre centre lipsesc toate elementele necesare în materialele informaționale. De asemenea, există probleme cu obținerea consimțământului pentru utilizarea imaginilor și datelor personale ale beneficiarilor în materialele informative. Trei servicii nu permit vizite ale potențialilor beneficiari dacă au locuri vacante.
Evaluare complexă: evaluare externă,	Vizitarea prealabilă a serviciului este un pas esențial în procesul de asigurare a alegerii libere a serviciilor de către beneficiari. Cu toate acestea, vizitarea spațiilor nu este în fapt o practică obișnuită, în parte și pentru că alegerea beneficiarilor

chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>cântărește foarte puțin în venirea lor la LP. Acest lucru a fost confirmat de aproximativ 34% dintre beneficiarii participanți la studiu care au afirmat că nu a fost alegerea lor să vină la acest LP anume. În plus, doar 14 LP au primit 26 de vizite de la potențiali beneficiari în ultimii doi ani, chiar dacă în această perioadă au fost admiși 173 de noi beneficiari, reprezentând un sfert din numărul total de beneficiari actuali. Mai mult, doar 28% dintre beneficiarii chestionați au vizitat serviciul înainte de a se muta acolo. Personalul serviciului a confirmat, de asemenea, în timpul evaluării externe, că în 37 din 100 LP beneficiarii nu au vizitat serviciul înainte de admitere.</p> <p>O mare parte din LP nu au furnizat beneficiarilor actuali informații relevante despre serviciu înainte de admiterea acestora. De exemplu, 20% dintre LP nu au informat beneficiarii actuali în privința organizării și funcționării serviciului. Mai mult, beneficiarii actuali nu au cunoscut ceilalți beneficiari care locuiau deja la momentul respectiv în serviciu și nici personalul serviciului în aproape o treime din LP, în timp ce în 27% dintre LP nu li s-au furnizat beneficiarilor informații despre alte servicii din comunitate, inclusiv alternative rezidențiale.</p> <p>După cum indică datele din evaluarea externă, nu toate LP furnizează beneficiarilor materialele informative despre serviciul disponibil în formate accesibile. Între 14 și 22% dintre toate LP nu furnizează materiale cu informații privind descrierea serviciului, cerințele de admitere, serviciile și activitățile prestate, drepturile și obligațiile beneficiarilor. Un procent chiar mai mare de LP nu furnizează materiale cu informații privind condițiile de suspendare/încetare a contractului și contribuția financiară a beneficiarilor la costurile serviciilor (46%, respectiv 53% dintre LP).</p>
Observații	<p>Se pare că eforturile de comunicare a serviciilor către comunitate și potențialii beneficiari sunt minime - majoritatea rezidenților actuali (84%) provin din interiorul sistemului: un centru rezidențial pentru adulți sau copii sau altă LP. Un coordonator de servicii a indicat că, atunci când au un loc vacant, anunță doar în centrele rezidențiale. Mai mult, un număr destul de mare de LP nu le-a oferit beneficiarilor posibilitatea de a găsi informații despre servicii, de a întâlni alți beneficiari și personalul serviciului, ceea ce ridică și alte întrebări cu privire la măsura în care serviciile se concentrează în primul rând pe interesele beneficiarilor și respectă autonomia acestora în alegerea serviciului.</p>
<b>STANDARD 2: ADMITERE</b>	
Descrierea standardului	<p>Standardul detaliază cerințele de admitere, în special informarea și implicarea beneficiarilor și a reprezentanților legali ai acestora în ceea ce privește conținutul dosarului de admitere, a procedura și dispozițiile legate de semnarea contractului. Procedura trebuie să conțină o serie de elemente necesare (cerere de admitere, copie după actele de identitate și certificatul de handicap, PIS și PIRIS, adeverință de venit, raportul de anchetă socială). Cele două tipuri de servicii au condiții de admitere diferite (pentru LmP, există o dispoziție privind încadrarea în muncă: beneficiarii trebuie să fie încadrați în muncă pentru a beneficia de serviciu, cu o perioadă de grație de 3 luni dacă își pierd locul de muncă).</p>
Autoevaluare	<p>Conform autoevaluării, 25% dintre toate LP respectă toate cerințele standardelor. Există probleme cu jumătate din cerințe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Într-un sfert dintre centre, dosarele beneficiarilor nu includ toate elementele menționate în standarde. Printre documentele lipsă menționăm copii după actul de identitate al reprezentantului legal, cereri</li> </ul>

	<p>de admitere, planul individualizat de servicii al beneficiarului (PIS sau PIRIS), adeverința de venit. PIS și PIRIS sunt documentele obligatorii care lipsesc cel mai adesea absente din dosare, în 13%, respectiv, 17% dintre LP. Adeverințele de venit lipsesc din dosare în 13% dintre LMP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aproape jumătate dintre LP au oferit contracte de servicii pentru perioade mai lungi de 5 ani (durata maximă stipulată în standard, care poate fi prelungită în anumite situații).</li> <li>➤ 13% dintre LP nu folosesc formate accesibile pentru contract sau explicațiile despre contract. Datele raportate de LP arată că este nevoie de un format accesibil pentru contract/explicații despre contract. În ultimii doi ani, au existat 17 cazuri când au fost necesare astfel de formate pentru contract și explicații - au fost furnizate în 13 dintre aceste cazuri.</li> <li>➤ În 3 din cele 11 LmP, contractele nu includ obligativitatea ca beneficiarul să fie încadrat în muncă pe perioada rezidenței în LP.</li> <li>➤ 10% dintre LP nu au un angajament de plată cu beneficiarul sau familia ori reprezentantul legal al acestuia.</li> </ul>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Evaluarea complexă a scos la lumină informații contradictorii: serviciile au declarat că doar 8 persoane sunt încadrate în muncă, în timp ce 29% dintre beneficiari au raportat că au un loc de muncă. Nu este clar de unde provine diferența: muncă ilegală, informală sau neremunerată, locuri de muncă nedeclarate, documentare inexactă etc. În orice caz, se pare că nu toți locatarii LmP sunt încadrați în muncă, potrivit cerințelor standardului, însă furnizorii de servicii nu au respectat cu strictețe regulile spre binele beneficiarilor, aspect lesne de explicat în contextul economic actual.</p> <p>Există și alte contradicții în ceea ce privește respectarea dispozițiilor referitoare la statutul de angajat al beneficiarilor. Standardul prevede că o persoană admisă într-o locuință minim protejată este încadrată în muncă (are un loc de muncă), dar 5 persoane care locuiesc în LmP nu au capacitate de exercițiu și, legal, nu pot semna un contract de muncă. Potrivit Codului muncii, art. 13 alin. 4, încadrarea în muncă a persoanelor puse sub interdicție judecătorească este interzisă.</p> <p>Decizia privind admiterea la LP nu este întotdeauna luată de beneficiar. De fapt, datele din evaluarea externă au indicat că în peste 41% din toate LP (26 LMP și 3 LmP), cel puțin unii beneficiari nu fuseseră admiși la acel serviciu ca urmare a alegerii lor personale. Personalul serviciului invocă diferite motive - alegerea a aparținut reprezentanților legali (în mai mult de jumătate dintre LMP și în toate LmP), beneficiarii au în mare măsură nevoie de sprijin pentru luarea deciziilor și comunicare (în mai mult de jumătate dintre LMP și toate LmP), alternativa pe care o preferă beneficiarii nu există în comunitate (în aproximativ o treime dintre LP), echipa de evaluare a considerat că admiterea în LP este cea mai bună opțiune pentru persoana respectivă (în peste două treimi din LMP și în toate LmP), sau persoana a fost evaluată ca neavând deprinderi de viață independentă adecvate vieții în comunitate (în 79% dintre LMP și în toate LmP). În alte câteva situații, alegerea beneficiarilor a fost ignorată.</p> <p>Pentru a asigura că beneficiarii aleg în mod liber serviciul, este necesar să fie consultați în mod constant cu privire la opțiunea lor. Cu toate acestea, beneficiarii dintr-un sfert dintre LMP (adică 22 LP) nu sunt consultați niciodată dacă preferă să locuiască în LP sau în altă parte. În restul cazurilor, beneficiarii sunt consultați cu frecvențe diferite (zilnic, săptămânal, lunar sau anual). În timp ce beneficiarii (6) sunt consultați săptămânal în majoritatea LmP, în cazul LMP frecvența consultării</p>

	<p>variază într-o măsură mai mare de la un serviciu la altul, iar în 16% dintre LMP beneficiarii sunt consultați doar o dată pe an. Personalul serviciului din mai mult de o treime din toate LP a raportat, de asemenea, că beneficiarii sunt consultați ori de câte ori este necesar sau în cazul în care acest lucru este necesar, fără a specifica mai multe detalii despre ce ar putea presupune acest lucru.</p> <p>Prelungirea șederii beneficiarilor în LP după perioada legală de 5 ani poate fi influențată de o serie de factori. Lipsa deprinderilor de viață independentă adecvate a fost invocată de personalul serviciului în aproape jumătate dintre LP (40) cu beneficiari care locuiseră acolo mai mult de 5 ani. Starea de sănătate sau nivelul de handicap a contribuit, de asemenea, la prelungirea șederii, conform în viziunea personalului dintr-o treime dintre LP. Alte motive indicate sunt, în această ordine: lipsa cooperării familiei, lipsa alternativelor de locuire și a resurselor financiare, faptul că beneficiarii nu doresc să părăsească LP, bătrânețea, lipsa capacității de muncă, precum și a nivelului de educație adecvat și atitudinile discriminatorii.</p> <p>Prelungirea șederii poate fi influențată și de lipsa de sprijin din partea personalului serviciului. Aproape o treime din toate LMP (27) nu oferă sprijin beneficiarilor care ar putea dori să părăsească LP pentru a identifica și a accesa alternative în comunitate. În plus, în 23% dintre toate LP, beneficiarii care au dorit să părăsească serviciul în cursul anului anterior au fost împiedicați să facă acest lucru. Printre motivele raportate de personalul serviciului s-au numărat, în ordine: lipsa deprinderilor de viață independentă adecvate (în 19 din 23 de LP), nivelul mare de nevoi de sprijin pentru înțelegere, comunicare și luarea deciziilor (10 din 23), lipsa alternativelor rezidențiale în comunitate (11 din 23), absența serviciilor de care ar putea avea nevoie beneficiarii în zona în care ar fi putut locui (5 din 23). În 7 LP, beneficiarii care hotărâseră să părăsească serviciul s-au răzgândit în cele din urmă, potrivit personalului serviciului. În alte situații, beneficiarii nu au putut pleca, deoarece familiile lor i-au convins să nu o facă, sau tutorele legal nu a fost de acord, familiile nu puteau să aibă grijă de ei, aveau venituri insuficiente, se confruntau cu dificultăți în găsirea unui loc de muncă fie din cauza lipsei locurilor de muncă, fie a adaptărilor rezonabile, dificultăți în a se obișnui cu viața în afara LP sau lipsa unor condiții de trai adecvate în alternativele rezidențiale.</p>
Observații	Este necesar să se asigure sprijin pentru luarea deciziilor pentru toți potențialii beneficiari, precum și materiale informative în formate accesibile, pentru a asigura că aceștia sunt admiși și pot accesa serviciul cu consimțământul lor deplin și în cunoștință de cauză. În plus, beneficiarii trebuie consultați continuu cu privire la opțiunile rezidențiale pe care le preferă și trebuie să li se ofere sprijin adecvat pentru a identifica și a accesa alternative în comunitate, pentru a evita șederile prelungite.
<b>STANDARD 3. DOSARUL PERSONAL AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Toți beneficiarii trebuie să aibă un dosar personal. Standardul detaliază condițiile în care acesta poate fi consultat de diverse persoane (beneficiari sau tutorii legali ai acestora, angajați din sistemele de protecție sau persoane din afara sistemului).
Autoevaluare	Conform autoevaluării, 90% dintre toate LP respectă toate cerințele din standard. Neconformitățile vin din nerespectarea cerințelor legate de consultarea dosarului beneficiarului (este necesar acordul beneficiarului/reprezentantului legal dacă îl consultă cineva din afara sistemului, acordul trebuie să fie la dosar). O LP nu oferă

	beneficiarilor o copie a dosarului la cerere. În timp ce toate LP au raportat că beneficiarii sau tutorii legali ai acestora pot cere îşi vadă dosarele oricând, în 2020, doar 17 beneficiari din 8 LP au solicitat să îşi vadă dosarele.
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	Nu există informații suplimentare.

#### STANDARD 4. SUSPENDAREA/ÎNCETAREA ACORDĂRII SERVICIILOR

Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile în care are loc suspendarea sau încetarea acordării serviciului, precum și documentația necesară.
Autoevaluare	Conform autoevaluării, aproximativ 59% din toate LP respectă toate cerințele din standard. Deși există și probleme cu respectarea cerințelor privind documentația, cea mai gravă problemă pare să fie faptul că condițiile de suspendare/încetare enumerate în contracte nu coincid cu cele enumerate în standarde.
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>În unele cazuri, LP au proceduri care stipulează condiții de suspendare/încetare a contractului de-a dreptul abuzive. De exemplu, echipa multidisciplinară poate decide încetarea contractului „la solicitarea în scris a unei persoane implicate sau interesate”, „dacă familia [pe care o vizitează beneficiarul] refuză în mod repetat să depună o cerere de învoire”. Deși toate LP, cu excepția uneia, au raportat în timpul evaluării externe că rezidenții nu sunt obligați să părăsească LP fără motive întemeiate, sunt consultați în prealabil și pot avea acces la un reprezentant, numai 77% ar putea indica un document al serviciului (procedură, regulament etc.) care stipulează în mod clar acest aspect care poate asigura că încetarea contractelor nu se produce în mod arbitrar.</p> <p>O altă prevedere care îi face pe beneficiari extrem de vulnerabili este aceea potrivit căreia contractul poate înceta dacă familia beneficiarului nu respectă normele și procedurile interne ale serviciului sau dacă serviciul este externalizat către un furnizor privat. Însă transferul către un furnizor privat nu trebuie să însemne încetarea contractului. Un serviciu din centrul României, dintr-o zonă rurală, trece în prezent prin această schimbare, iar noul furnizor de servicii a păstrat toți beneficiarii și tot personalul, cu excepția coordonatorului serviciului.</p> <p>Pe de altă parte, în unele cazuri există dispoziții care respectă standardele și asigură condiții echitabile și etice pentru beneficiari: de exemplu, în cazul nerespectării clauzelor contractuale, beneficiarului i se poate rezilia contractul numai prin decizii ale unui comitet care include și reprezentanți ai beneficiarilor. În 2020, acordarea serviciului a fost suspendată pentru 30 de beneficiari (11 pentru o spitalizare prelungită) și a încetat pentru 57 de persoane (40 au fost transferate la un alt serviciu rezidențial, 5 s-au mutat în comunitate și 11 au decedat).</p> <p>Se consideră, în anumite situații, încetarea contractului după durata maximă de 5 ani mai degrabă compromite perspectivele de includere a beneficiarilor în comunitate. Unii FSS evidențiază lipsa locuințelor sociale în comunitate și salariile mici ale beneficiarilor, care se dovedesc a fi insuficiente pentru a acoperi costurile cu chiria în comunitate. Printre măsurile necesare pentru a asigura o viață independentă după ce beneficiarii părăsesc LP sau ca alternativă la LP, s-au menționat un serviciu integrat care poate sprijini beneficiarii în găsirea de locuințe, precum și serviciile de sprijin pentru beneficiarii care ar putea să fie capabili să se descurce pe cont propriu. Însă, în absența acestora, încetarea contractului de</p>

	servicii pentru LP după perioada maximă de 5 ani poate crește vulnerabilitatea beneficiarilor și ar putea duce la reinstituționalizarea acestora.
--	---

### Modulul 3. Evaluare și planificare

Al treilea modul urmărește să asigure că serviciul este furnizat în mod constant în conformitate cu nevoile beneficiarilor, prin evaluare și monitorizare adecvate și printr-un plan personalizat corespunzător. Cerințele se concentrează atât pe proceduri, cât și pe documentația rezultată. Pentru o evaluare detaliată, consultați Tabelul 14.

**Tabelul 14. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 3. Evaluare și planificare**

STANDARD 1: EVALUARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele privind procedura de evaluare (ce urmează să fie evaluat, cum, de către cine și ce documentație trebuie utilizată). Există o cerință distinctă ca beneficiarii să fie implicați în proces și ca aceștia sau reprezentanții lor legali să fie informați cu privire la rezultatul evaluării și să semneze fișa.
Autoevaluare	<p>Conform autoevaluării, mai puțin de jumătate (41%) dintre centre respectă toate cerințele din standard. Deși există probleme cu majoritatea articolelor, pentru câteva centre cel puțin, cea mai gravă problemă pare să fie legată de echipa multidisciplinară care trebuie să includă 3 membri cu specialități diferite - 16% dintre centre nu respectă această cerință. Există, de asemenea, probleme cu reprezentantul legal - deși standardul stipulează această obligativitate, în aproape un sfert din centre în care este aplicabilă, reprezentantul legal nu este prezent la evaluare și nici nu a semnat formularul necesar pentru a fi informat despre rezultat. În 4 centre (4% dintre toate centrele), beneficiarul/reprezentantul legal nu primește un exemplar al raportului de evaluare și nu îl semnează.</p> <p>În timpul evaluării, personalul implicat trebuie să urmeze recomandările din PIS și PIRIS, din alte documente de evaluare realizate de structuri specializate, alți specialiști sau alte instituții/servicii publice. Chiar dacă 94% dintre toate LP au raportat respectarea acestei cerințe, de fapt, 22% dintre beneficiarii cărora li se oferă servicii în aproximativ o treime dintre LP nu au nici PIS, nici PIRIS la dosar, deci nu este clar pe ce se bazează procesul de evaluare în cazul lor.</p> <p>Implicarea beneficiarilor și ascultarea opiniei acestora în timpul evaluării constituie o cerință obligatorie. Cu toate acestea, 7 LP au raportat nerespectarea acestei cerințe. În plus, o proporție mare a serviciilor nu implică pe unii dintre beneficiarii lor (33%) sau nu ascultă părerea lor (18%). În consecință, 20% dintre beneficiari nu pot fi implicați în procesul de evaluare, iar în opinia a 14% dintre beneficiari este ignorată. Motivele invocate sunt, în ordinea numărului de menționări: capacitatea redusă de înțelegere, capacitatea redusă de comunicare și lipsa capacității de exercițiu. Lipsa capacității de exercițiu, deși este un statut juridic, nu poate fi înlocuită de o evaluare directă a modurilor în care poate fi implicat un beneficiar.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	Evaluarea unui eșantion de dosare ale beneficiarilor din toate serviciile a confirmat că majoritatea LP (83%) și-au evaluat beneficiarii în termen de 5 zile de la aprobarea admiterii lor în centru - așa cum este stipulat în standard. Cu toate acestea, doar 60% dintre LP au de fapt fișe de evaluare care conțin toate aspectele stipulate de standard (informații despre evaluare, nevoi identificate, obiective pe termen scurt și mediu, personalul specializat implicat în evaluare, semnăturile acestora, precum

	<p>și ale beneficiarilor sau ale reprezentanților lor legali). În special obiectivele pe termen scurt și mediu constituie un aspect obligatoriu al fișelor de evaluare care lipseau în aproximativ 50% dintre toate LP, cu o proporție mai mare de în rândul locuințelor minim protejate (36%).</p> <p>Evaluarea este în general orientată spre servicii, ceea ce înseamnă că beneficiarii sunt evaluați în funcție de servicii și de personalul disponibil. Nevoile culturale sunt de obicei ignorate, iar nevoile educaționale nu sunt evaluate, deoarece instrumentele de evaluare măsoară doar nivelul de educație. Mai mult, activitățile educaționale sunt propuse numai în locuințele care angajează un pedagog de recuperare. Mai puțin de 10% dintre fișele de evaluare înregistrează preferințele beneficiarilor prin întrebări despre activitățile de timp liber, hobby-uri, dorințe pentru viitor și preferințele beneficiarilor pentru aranjamentele locative. Nu sunt măsurate aspectele legate de sexualitate și doar câteva instrumente înregistrează dacă beneficiarii au relații intime cu o altă persoană în locuința protejată.</p> <p>Nu este clar cum implică echipele multidisciplinare beneficiarii în timpul procesului de evaluare și cum le își iau în considerare opiniile. Doar aproape un sfert din toate LP au fișe de evaluare care descriu ce consideră beneficiarul că este important și tipul de sprijin de care are nevoie. Deși aceasta nu este o cerință a standardului, unele servicii au raportat că această carență reflectă într-adevăr lipsa implicării beneficiarilor în evaluările lor, care, în cele mai multe cazuri, se datorează nevoilor mari de sprijin ale beneficiarilor pentru înțelegere și comunicare (în 34% dintre LP) sau prioritizării opiniei echipelor de evaluare sau a reprezentanților legali. În alte cazuri (aproximativ un sfert), serviciile au raportat că beneficiarii semnează un acord pentru a fi evaluați sau reevaluați, iar acest lucru constituie o dovadă a implicării lor, chiar dacă fișele de evaluare nu includ o descriere a modului în care se desfășoară sau că beneficiarii sunt într-adevăr implicați în evaluare fără a fi neapărat întrebați de ce au nevoie sau ce consideră ei important pentru propria persoană.</p> <p>Evaluarea centrată pe serviciu, mai curând decât pe persoană este prioritizată și prin prisma restructurării serviciului. Având în vedere că multe LP sunt de fapt strâns legate de centrele rezidențiale și fac parte din procesul de restructurare, există intersecții problematice între diferitele procese de evaluare care au loc (și al căror obiectiv este plasarea beneficiarilor în diferite soluții rezidențiale astfel încât să poată avea loc procesul de restructurare a centrelor rezidențiale). Astfel, informațiile din interviuri au arătat că, într-un caz, chiar dacă beneficiarul a fost admis după o evaluare care ia în considerare nevoile întregului grup de posibili beneficiari, acesta poate fi mutat înapoi într-un centru rezidențial, astfel încât să se poate muta în locuința protejată persoane cu potențial mai mare de integrare în comunitate. Explicați deciziei este că „beneficiarul are nevoie de un anumit tip de serviciu” și de aceea este reinstituționalizat. Cu alte cuvinte, deși evaluarea este prezentată ca fiind centrată pe persoană, aceasta este de fapt mai preocupată de funcționarea sistemului de servicii pentru persoanele cu dizabilități, având în vedere constrângerile actuale (locuri disponibile limitate în LP, obligația de restructurare a centrelor rezidențiale, numărul mare de beneficiari).</p>
Observații	<p>În multe LP, evaluările sunt efectuate într-o manieră destul de superficială, lăsând deoparte anumite aspecte esențiale pentru o viață în comunitate, precum nevoile culturale și educaționale, precum și cele legate de încadrarea în muncă, integrare și participare socială. Evaluările par a fi ghidate mai degrabă de resursele pe care le</p>

	<p>pot oferi serviciile în ceea ce privește personalul disponibil și activitățile. Beneficiarii nu sunt implicați în procesul de evaluare într-un mod care să țină cont de dorințele și de preferințele lor. Standardele trebuie să detalieze mai concret modul în care echipele multidisciplinare se pot asigura cel mai bine că beneficiarii sunt implicați în procesul de evaluare și că se acordă prioritate opiniilor acestora.</p>
<b>STANDARD 2: PLANUL PERSONAL DE VIITOR</b>	
<p>Descrierea standardului</p>	<p>Toți beneficiarii trebuie să aibă un plan personal de viitor care este rezultatul unei evaluări complexe și este actualizat cel puțin o dată la 6 luni. Standardul indică conținutul planului (obiective pe termen scurt și mediu, serviciile și activități, perioada și durata serviciilor, echipamentele necesare, tipul de intervenție, data următoarei revizuirii a planului) și faptul că beneficiarul trebuie să fie implicat în elaborarea sau actualizarea acestuia.</p>
<p>Autoevaluare</p>	<p>Conform autoevaluării, aproape jumătate (47%) dintre LP respectă toate cerințele din standarde. Deși multe dintre cerințele formale sunt respectate, o serie de LP par să aibă probleme cu respectarea cerințelor de fond:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ În 8% dintre LP, echipele nu implică activ beneficiarii în elaborarea și revizuirea planului, iar în 34% dintre LP există cel puțin unii beneficiari care nu sunt implicați. Motivele invocate sunt: capacitatea redusă de înțelegere, capacitatea redusă de comunicare și lipsa capacității de exercițiu.</li> <li>➤ În 21% dintre servicii, beneficiarii/reprezentanții legali nu primesc o copie a planului atunci când acesta este revizuit.</li> <li>➤ În 21% dintre LP, familiile, grupurile de sprijin, managerii de caz și personalul LP nu sprijină în mod activ beneficiarii în implementarea planurilor personale de viitor ale acestora. Această situație reflectă o implicare familială redusă, dat fiind că doar 42% dintre beneficiarii care au familii primesc acest tip de sprijin de la ele.</li> <li>➤ În 11% dintre servicii, planul personal de viitor nu cuprinde toate elementele necesare. Elementele care tind să nu fie incluse sunt: durata activităților indicate, materialele și echipamentele necesare și concluziile.</li> <li>➤ Deși toate serviciile au declarat că respectă cerința ca planul să fie analizat și revizuit cel puțin o dată la 6 luni, în 8% dintre acestea planurile nu au fost revizuite în ultimele 6 luni (pentru 10% din beneficiari).</li> </ul>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Evaluarea externă a dosarelor beneficiarilor din marea majoritate a serviciilor a confirmat că în unele LP planurile personale de viitor nu conțineau anumite cerințe obligatorii, indicând totuși o proporție mai mare decât cele autoraportate. Cele mai evidente lacune au inclus durata și programarea activităților (12% și, respectiv, 18%), tipul de activitate - individual sau în grup (11 și 27%), precum și concluziile (28% și 27%). De asemenea, semnăturile beneficiarilor sau ale tutorilor legali ai acestora lipseau din planuri în 9% din LP evaluate.</p> <p>Deși toate LP au raportat că toate planurile personale de viitor stabilesc obiective pe termen scurt (6 luni) și mediu (12 luni) pentru pregătirea fiecărui beneficiar în vederea atingerii unui maxim de independență posibilă, în unele LP obiectivele nu au putut fi identificate în planuri (19% dintre locuințele maxim protejate și 36% dintre cele minim protejate). În plus, analiza planurilor standardizate prezentate de toate LP a arătat că majoritatea instrumentelor nu au o secțiune pentru obiective și, în multe cazuri, obiectivele se suprapun cu serviciile și activitățile. Obiectivele pot include prevenirea bolilor și asigurarea a trei mese pe zi, care cu greu se califică</p>



	<p>drept obiective pe termen scurt sau mediu. De asemenea, majoritatea instrumentelor nu au o secțiune de concluzii.</p> <p>Nu este clar modul în care echipele multidisciplinare implică beneficiarii și iau în considerare opinia acestora în timpul procesului de elaborare și revizuire a planurilor personale de viitor. Doar o mică parte din LP (în jur de 13% dintre LMP și nicio LmP) au planuri personale de viitor incluse în toate dosarele evaluate, care descriu modul în care au fost luate în considerare opiniile beneficiarilor cu privire la fiecare dintre următoarele aspecte: ce consideră beneficiarii că este important pe termen scurt și lung, tipul de sprijin de care au nevoie, ce a funcționat sau nu și ce trebuie schimbat. În mod similar, doar 7% dintre LP au planuri personale de viitor care menționează modul în care au fost luate în considerare preferințele beneficiarilor. Analiza documentelor a indicat că, de fapt, niciunul dintre planurile personale de viitor standardizate utilizate de cele 100 de LP nu înregistrează dorințele sau preferințele beneficiarilor (o singură locuință protejată lasă beneficiarilor opțiunea de a nu fi de acord cu planul sub forma unei întrebări cu variante multiple de răspuns). Deși acestea nu sunt cerințe specifice ale standardului, serviciile au raportat că nu au implicat unii beneficiari în elaborarea/revizuirea planurilor personalizate, menționând motive asemănătoare cu acelea pentru care nu implică beneficiarii în procesul de evaluare.</p> <p>Mai mult, beneficiarii raportează lipsa de implicare și preocupare pentru a-i informa și a li se explica planul. Astfel, numai 15% dintre beneficiarii chestionați au declarat că știu ce este în planul lor personal de viitor. De asemenea, 19% au spus că sunt implicați tot timpul în elaborarea planului, iar 9% au spus că uneori.</p> <p>În cazul LmP, și în special al celor care au beneficiari cu un grad mai mare de autonomie, planul personal de viitor (pe care un coordonator de servicii l-a numit „plan de integrare”) este mai clar construit cu implicarea și controlul beneficiarilor. Un coordonator de servicii a indicat că elaborarea și revizuirea planurilor pot fi considerate o formă de pregătire a beneficiarilor pentru o viață independentă: „le oferim sfaturi, dar nu putem lua deciziile pentru ei”.</p>
Observații	<p>Procesul de elaborare și revizuire a planului personal de viitor trebuie să dea dovadă de mai multă înțelegere. Trebuie depuse mai multe eforturi pentru implicarea beneficiarilor în elaborarea Planului personal de viitor și, în special, pentru a-i sprijini să înțeleagă ce acceptă (ce presupun activitățile lor în termeni de timp, efort, efecte etc.). Dacă se dovedește că există o neconcordanță între plan și nevoile sau dorințele beneficiarilor, aceasta ar trebui să atragă o revizuire a planului (în loc să aștepte reunirea/disponibilitatea echipei multidisciplinare). Asigurarea accesului la o persoană care poate oferi sprijin beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor sau care poate acționa ca facilitator pentru beneficiari în timpul evaluării/revizuirii planului personal de viitor poate asigura implicarea mai eficientă a beneficiarilor.</p>
<b>STANDARD 3: MONITORIZARE</b>	
Descrierea standardului	<p>Standardul stabilește cerințele minime în ceea ce privește monitorizarea implementării efective a serviciilor indicate în planul personal de viitor, precum și documentația necesară. Nu sunt prevăzute dispoziții privind includerea beneficiarilor. Pentru fiecare beneficiar se desemnează un manager de caz care este responsabil de monitorizarea implementării planului.</p>

Autoevaluare	<p>Doar 80% dintre LP îndeplinesc toate cerințele din acest standard, iar singura cerință pe care au respectat-o toate serviciile cea privind desemnarea unui manager de caz pentru beneficiari. În cazul tuturor celorlalte cerințe, între 21 și 4% dintre servicii au raportat nerespectări. Cerința cu cel mai mic grad de conformare se referă la fișa de monitorizare, din care lipsesc: sinteza discuției dintre managerul de caz și personalul implicat în activitățile cu beneficiarul (în 21% dintre LP), precum și mențiuni despre modul în care i se oferă beneficiarului un mediu în care nu există exploatare, violență, abuz, tortură și tratamente inumane, degradante și crude (20%). În ceea ce privește frecvența întâlnirilor organizate de managerul de caz cu echipa de servicii pentru a discuta situația beneficiarilor, deși 95% din toate LP au raportat că organizează ședințe lunare, întrebările de aprofundare au indicat că numai 80% au avut cel puțin 6 astfel de întâlniri în ultimele 6 luni.</p> <p>Referitor la modul în care FSS se asigură că managerii de caz își îndeplinesc obligațiile în ceea ce privește implementarea, evaluarea și monitorizarea, metoda cel mai frecvent menționată a fost consultarea diverselor documente (fișe de monitorizare și evaluare, rapoarte de activitate, planuri de acțiune), urmată de vizite periodice ale inspectorilor de la departamentul de management al cazurilor și de monitorizare a serviciilor sociale. Discuția cu beneficiarii ca metodă de verificare a evaluării implementării planului personal de viitor (de către managerul de caz) a fost menționată doar de 7 ori.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Datele din dosarele personale ale beneficiarilor care au fost evaluate extern au indicat respectarea în mai mică măsură a cerințelor standardului în ceea ce privește întâlnirile lunare obligatorii între managerii de caz și echipa de servicii (în 23% dintre LP), îndeplinirea responsabilității lunare a managerilor de caz de a consemna progresele înregistrate de beneficiari în fișele de monitorizare (29%) sau conținutul fișei de monitorizare - sinteza rezultatelor întâlnirilor (34%), precum și aspecte legate de protecția împotriva violenței și abuzului (nerespectate în 42% dintre LP).</p> <p>Acest nivel redus de conformare se reflectă și în structura fișelor de monitorizare standardizate trimise de LP pentru evaluare. Majoritatea instrumentelor cuprind trei secțiuni: sinteza discuțiilor dintre managerul de caz și personalul locuințelor protejate, obiective sau servicii și concluzii. Numai aproape 20% dintre fișe măsoară situația beneficiarilor în termeni de progres, stagnare sau regres, fără a indica la ce s-ar putea referi această modificare. Aproape 20% dintre locuințele protejate nu au o fișă de monitorizare sau folosesc un alt instrument în locul acesteia (fișă beneficiarului sau fișă de evaluare). Doar 20% dintre fișe includ o secțiune care monitorizează protecția beneficiarilor împotriva exploatării, violenței, abuzului, torturii, tratamentelor crude, inumane și degradante, iar aproape 10% sunt concepute ca un tabel precompletat care include activitățile, evoluția beneficiarului și concluzii. Într-un județ în care șase locuințe protejate au trimis fișe de monitorizare anonimizate ale beneficiarilor, serviciile și concluziile erau identice pentru toți beneficiarii.</p> <p>Toți beneficiarii din toate LP, cu excepția uneia, au desemnat un manager de caz, numărul total de manageri de caz fiind de 111 (101 în LMP și 10 în LmP). Majoritatea LP (89%) au un singur manager de caz desemnat pentru toți beneficiarii lor, doar 9 LP au câte 2 manageri de caz fiecare și 1 LP are 4 manageri de caz.</p>
Observații	Deși numărul managerilor de cazuri nu pare să constituie o dificultate în asigurarea monitorizării implementării planurilor de servicii pentru beneficiari, eficiența

	managementului de caz trebuie verificată mai în profunzime, având în vedere atât conținutul incomplet al fișelor de monitorizare evaluate, cât și lipsa implicării beneficiarilor în întâlnirile dintre managerii de caz și personalul serviciilor pentru discutarea progreselor beneficiarilor, sau în întâlniri separate cu managerii lor de caz. În plus, FSS implică rareori beneficiari în procesul de evaluare a activității managerilor de caz, ceea ce ridică întrebări cu privire la modul în care poate fi optimizat aspectul centrat pe persoană al furnizării serviciilor în absența feedbackului beneficiarilor.
--	---

## Modulul 4. Activități și servicii

Modulul 4 indică standardele și cerințele minime pentru activitățile specifice pe care trebuie să le furnizeze serviciile (în total 15 standarde). Unele servicii sunt oferite în LP, iar altele în centrele de zi sau în aer liber.

Toate standardele din modul conțin două categorii de elemente: (1) cerințe minime comune tuturor standardelor, care trebuie respectate și (2) enumerări de posibile activități specifice care pot fi oferite beneficiarilor dacă planurile personale de viitor ale acestora o recomandă.

În Tabelul 15. prezentăm o evaluare a respectării cerințelor minime comune pentru toate standardele din Modulul 4. Activitățile specifice vor fi descrise și analizate în secțiunea următoare.

**Tabelul 15. Evaluarea respectării cerințelor minime comune din Modulul 4. Activități și servicii**

CERINȚE MINIME COMUNE	
Descrierea cerințelor	Cerințele menționează că activitățile trebuie să fie incluse în planul personal de viitor, că toate activitățile din plan trebuie efectuate, că managerul de caz trebuie să monitorizeze și să evalueze implementarea acestor activități, iar activitățile trebuie să fie documentate corespunzător. Există o dispoziție distinctă conform căreia personalul trebuie să trateze beneficiarii de o manieră care demonstrează respect și susținere.
Autoevaluare	Conform autoevaluării, 89% dintre serviciile care au participat la studiu au respectat aceste cerințe. Nivelurile de conformare sunt asemănătoare atât în cazul locuințelor minim protejate, cât și al celor maxim protejate.  Cel mai scăzut nivel de conformare, ca și în cazul celui mai important dintre elemente, se constată pentru obligația ca toate activitățile să fie efectuate în conformitate cu recomandările din plan. În 11% dintre centre există diferențe între activitățile implementate și plan. Nu este clar dacă diferența s-a datorat pandemiei sau altor cauze.

Modulul 4 este structurat în jurul a cincisprezece tipuri de activități care trebuie efectuate de către LP. Fiecare tip de activitate este descris într-un standard separat care enumeră activitățile specifice care pot fi oferite, personalul care trebuie să fie implicat în furnizarea acestor activități, precum și alte informații relevante despre materiale, echipamente, instruirea personalului, alte aspecte specifice, după caz. În restul secțiunii, vom prezenta succint standardele și apoi vom analiza global implementarea acestora.

**Tabelul 16. Modulul 4. Prezentare generală a standardelor**

<b>STANDARD 1: INFORMARE ȘI CONSILIERE SOCIALĂ/SERVICII DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ</b>
--

Potrivit acestui standard, furnizorul de servicii are obligația de a oferi o gamă largă de servicii și activități legate de accesarea serviciilor de masă și specializate în comunitate: informare și sprijin pentru accesarea altor servicii la nivelul comunității, sprijin pentru menținerea relațiilor sociale (cu familia și prietenii), sprijin pentru integrarea în rețelele sociale (inclusiv găsirea unor grupuri de sprijin), sprijin pentru înțelegerea și accesarea drepturilor sociale și a drepturilor persoanelor cu dizabilități, sprijin pentru accesarea mijloacelor de transport, sprijin pentru găsirea unui loc de muncă sau în relația cu angajatorii etc. Serviciul poate fi oferit în LP, într-un CZ sau într-un spațiu în aer liber. Personalul implicat în efectuarea acestei activități este un asistent social.

### STANDARD 2: CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Consilierea psihologică este oferită tuturor beneficiarilor care sunt evaluați ca având nevoie de un astfel de sprijin. Standardul este menit să asigure securitatea psihologică și emoțională de care au nevoie beneficiarii în viața lor de zi cu zi, precum și în sprijinul altor servicii și activități specifice asigurate de furnizor. Personalul care poate realiza aceste activități este: psiholog sau psihoterapeut, dar, dacă este necesar, pot fi implicați și alți specialiști dacă beneficiarul are nevoie de servicii specifice.

### STANDARD 3: ABILITARE ȘI REABILITARE

Standardul enumeră activitățile care trebuie să aibă loc în centru și care trebuie să îi ajute pe beneficiari să își dezvolte autonomia și potențialul funcțional. De asemenea, activitățile trebuie să includă sprijinirea beneficiarilor pentru a învăța să utilizeze tehnologiile și dispozitivele asistive. Restul standardului detaliază personalul care poate fi implicat, documentația corespunzătoare și procedurile administrative.

### STANDARD 4: ÎNGRIJIRE ȘI ASISTENȚĂ

Standardul prezintă cerințele minime pentru activitățile de îngrijire și asistență destinate beneficiarilor, inclusiv furnizarea materialelor necesare, responsabilitățile personalului, instruirea personalului (respectarea demnității și a vieții private a beneficiarilor, prim-ajutor). Activitățile incluse în standard sunt diverse și variază de la sprijin pentru îngrijirea propriului corp, transfer și mobilizare, igienă, menaj, hrănire, acces la controale medicale, administrarea medicamentelor și comunicare.

### STANDARD 5: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ DEZVOLTAREA APTITUDINILOR COGNITIVE

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi efectuate de orice LP, care pot ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special aptitudinile cognitive (activități legate de experiențe senzoriale și învățare, elemente din învățarea de bază, activități de învățare aplicate). Standardul include și cerințe minime legate de respectarea și susținerea beneficiarilor, responsabilitățile personalului, instruirea personalului, documentare și proceduri.

### STANDARD 6: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR ZILNICE

Standardul enumeră o gamă largă de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a-i ajuta pe beneficiari să își dezvolte deprinderile zilnice: de la organizarea programului zilnic și gestionarea timpului, până la gestionarea emoțiilor și a situațiilor dificile. Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

### STANDARD 7: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE COMUNICARE

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special abilitățile de comunicare: tehnici și exerciții pentru comunicare prin mesaje verbale și non-verbale, limbaj mimico-gestual, dezvoltarea abilităților de a schimba idei/conversa, utilizarea tehnologiei de comunicare. Standardul include și cerințe minime legate de categoriile de personal care poate fi implicat în realizarea activităților, precum și asigurarea unui mediu de susținere și respect față de beneficiari.

**STANDARD 8: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE MOBILITATE**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderile de mobilitate: exerciții și tehnici care vor dezvolta și îmbunătăți mobilitatea personală, mutarea corpului, manipularea obiectelor, utilizarea diferitelor mijloace de transport. Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 9: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE AUTOÎNGRIJIRE**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderile de autoîngrijire. Activitățile vizează igiena personală, îmbrăcarea/dezbrăcarea hainelor (inclusiv alegerea îmbrăcămintei în mod adecvat, în funcție de anotimp/eveniment), mâncat/băut, altele. Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 10: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE ÎNGRIJIRE A PROPRIEI SĂNĂȚĂȚI**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderile de îngrijire a propriei sănătăți, care sunt înțelese aici destul de larg. Acestea variază de la deprinderi legate de igiena personală și a spațiului de locuit, o dietă echilibrată și exerciții fizice, până la respectarea sfatului medicului și conștientizarea diferitelor tipuri de pericole cu care se poate confrunta o persoană, inclusiv pericolul dependenței. Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 11: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE AUTOGOSPODĂRIRE**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderile de autogospodărire, care sunt înțelese aici ca gestionarea spațiului de locuit și a obiectelor proprii (curățenia și utilizarea spațiului de locuit, pregătirea și servirea hranei, curățarea și îngrijirea îmbrăcămintei, dispozitivelor asistive personale etc.). Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 12: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE INTERACȚIUNE**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderile de interacțiune socială în relație cu prietenii, membrii familiei, persoane cunoscute sau necunoscute. Exercițiile vizează dezvoltarea capacităților de a întreține o conversație, de a se comporta în diferite situații au de a apela la diferite servicii publice. Standardul prevede și dispoziții privind educația sexuală și punerea la dispoziție a mijloacelor de comunicare (telefon, e-mail, poștă). Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 13: DEPRINDERI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ: DOBÂNDIREA INDEPENDENȚEI ECONOMICE**

Standardul enumeră o serie de activități care pot fi realizate de furnizorii de servicii pentru a ajuta beneficiarii să își dezvolte deprinderile de viață independentă, în special deprinderi care îi pot ajuta să dobândească independență economică: înțelegerea și utilizarea banilor, participarea la tranzacții comerciale, gestionarea bugetului personal. Standardul include și cerințe minime legate de implicarea personalului.

**STANDARD 14: EDUCAȚIE, PREGĂTIRE PENTRU MUNCĂ**

Furnizorul de servicii poate oferi activități și asistență care îi ajută pe beneficiari să își îmbunătățească nivelul de educație și pregătire pentru muncă și are parteneriate cu instituții și firme care pot oferi instruire practică sau stagii. Activitățile se referă atât la pregătirea beneficiarilor pentru încadrarea în muncă, cât și la sprijinirea acestora la locul de muncă, prin urmare, includ nu numai activități practice, ci și consiliere juridică și ocupațională și accesarea grupurilor de sprijin. De asemenea, LP oferă beneficiarilor sprijin pentru a putea urma forme de învățământ formal și pentru identificarea de alternative educaționale. Există, de asemenea, dispoziții privind personalul implicat, documentația și procedurile administrative.

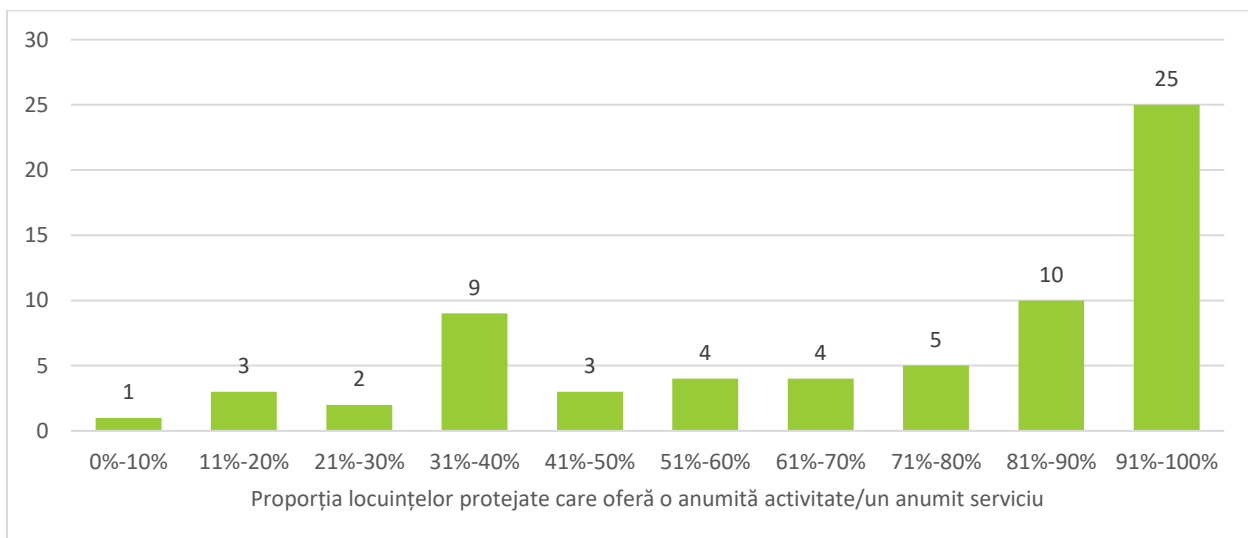
#### STANDARD 15: IMPLICARE ȘI PARTICIPARE SOCIALĂ ȘI CIVICĂ

Standardul indică activitățile și serviciile care vizează asigurarea participării beneficiarilor la viața comunității. Pe lângă cerințele procedurale, acesta enumeră o serie de posibile forme de asistență și sprijin legate de: participarea la activități culturale, sportive, de recreere, utilizarea transportului public, exercitarea dreptului la vot și participarea la evenimente de familie. Standardul include dispoziții privind tipul de personal implicat, precum și diferite proceduri administrative și documentarea activităților.

Analiza de mai jos se referă la toate activitățile din standardele și cerințele prezentate în modulul 4.

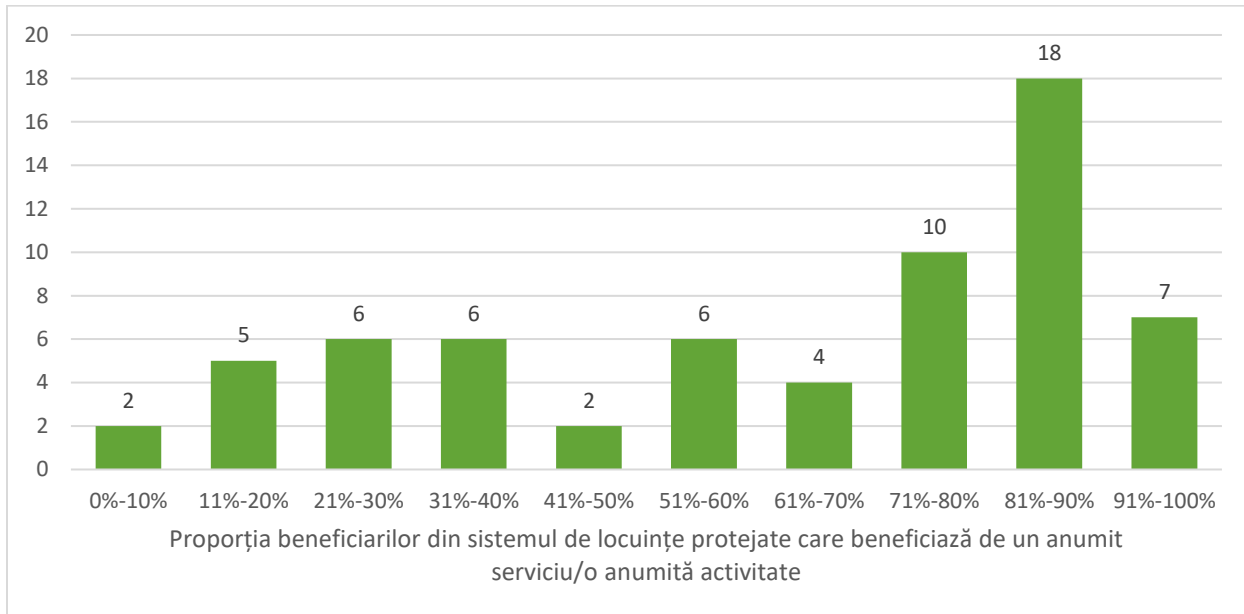
**Niciuna dintre activitățile recomandate în standarde nu este oferită tuturor beneficiarilor sau în toate centrele.** Dimpotrivă, activitățile sunt realizate inegal în întregul sistem de locuințe protejate. Cel mai probabil, această lipsă de uniformitate reflectă pe de o parte diversitatea nevoilor beneficiarilor, însă, pe de altă parte, poate reflecta disponibilitatea inegală a personalului sau a terților furnizorilor, precum și diferențele în abordările serviciilor. Din interviurile cu coordonatorii de servicii, disponibilitatea serviciilor pare o posibilitate rezonabilă, influențată de amplasare, gradul de dezvoltare a serviciilor din zonă, precum și de restricțiile impuse de pandemie. După cum arată Figura 8 de mai jos, din cele 66 de activități/servicii enumerate în mod explicit în standardele și cerințele din modul, peste jumătate sunt realizate în mai mult de 70% dintre LP. În același timp, proporția persoanelor care beneficiază de o anumită activitate/un anumit serviciu la nivelul întregului sistem indică o ușoară deviere spre stânga: nu toți beneficiarii dintr-un centru beneficiază de un serviciu (chiar dacă centrul îl oferă) și este posibil ca unele centre mai mari să ofere mai puține activități decât cele mai mici (a se vedea Figura 9).

**Figura 8. Numărul de activități și proporția locuințelor protejate în care sunt oferite (date din autoevaluarea centrelor)**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Figura 9. Numărul de activități și proporția beneficiarilor din sistemul de locuințe protejate care beneficiază de un serviciu/o activitate (date din autoevaluarea centrelor)**

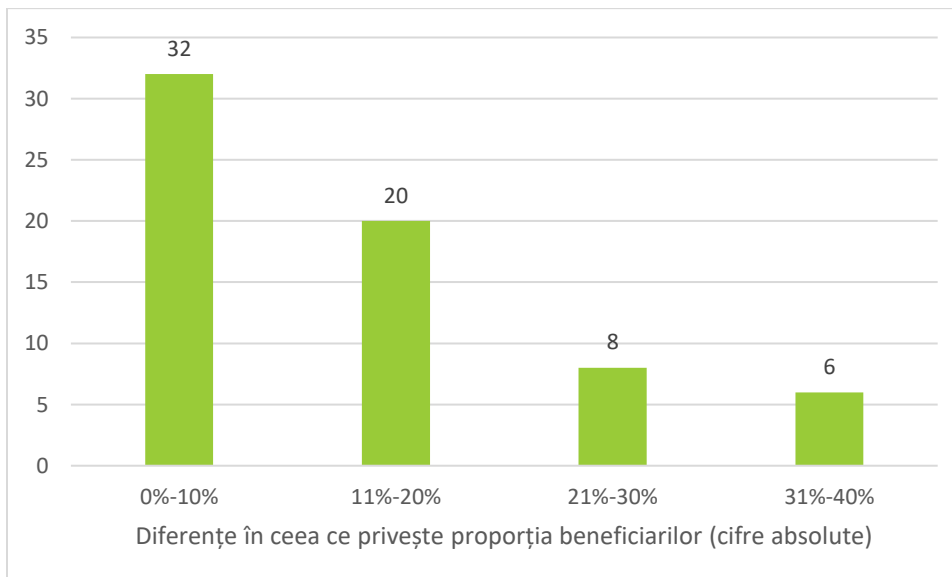


Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Distribuția activităților depinde de disponibilitatea resurselor, de caracteristicile acestora, precum și de modul în care sunt percepute de personalul serviciului.** Activitățile realizate cel mai adesea (atât în ceea ce privește numărul de LP, cât și numărul de beneficiari) se încadrează în general în una sau mai multe categorii: sunt pur și simplu mai ușor de furnizat, sunt percepute ca fiind mai aproape de esența obiectivelor standardului sau, în unele cazuri, sunt mai practice/efectuate în aer liber. De exemplu, furnizarea de informații privind drepturile persoanelor cu dizabilități, exercițiile pentru îndeplinirea unei sarcini, dezvoltarea capacității de a conversa și deprinderea unui comportament social adecvat, realizarea unor activități meșteșugărești. În schimb, activitățile oferite în mai mică măsură fie sunt necesare în mod obiectiv unei proporții mai mici de beneficiari, fie necesită mai mult efort din partea furnizorilor de servicii, fie sunt considerate neesențiale, chiar dacă sunt esențiale și se aplică tuturor sau majorității beneficiarilor. Riscul aici este ca planificarea și furnizarea serviciului să nu reprezinte nevoia beneficiarului sau opțiunea exprimată de acesta, ci mai degrabă viziunea și dorința furnizorului. De exemplu, activități care ar putea fi în beneficiul tuturor sau majorității beneficiarilor sunt oferite numai unora dintre aceștia: doar 37% dintre centre furnizează informații despre servicii și activități alternative sau complementare oferite în comunitate, 37% oferă informații despre grupuri de sprijin pentru persoane aflate în situații similare (însă numai 8% dintre beneficiarii care au participat la studiu au declarat că au primit astfel de informații), 53% oferă sprijin pentru transfer/mobilizare/deplasare, inclusiv la cumpărături, 69% oferă sprijin pentru utilizarea instrumentelor de comunicare, 53% sprijin pentru mobilitate, inclusiv utilizarea mijloacelor de transport în comun, 61% sprijin pentru implicarea în/participarea la activități sportive, culturale, artistice în comunitate, 36% oferă instrucțiuni privind utilizarea dispozitivelor sau tehnologiilor asistive și 82% (nu 100%!) informații despre bolile cu transmitere sexuală.

**Profilurile de activitate ale celor două tipuri de locuințe protejate sunt diferite.** Locuințele minim și maxim protejate au scopul de a deservi categorii foarte diferite de beneficiari. După cum am arătat în secțiunea Profilul beneficiarului, profilul real al beneficiarilor aflați în prezent în sistem nu corespunde în totalitate celui preconizat, iar acest aspect ar putea influența și serviciile și activitățile furnizate de centre. Astfel, aproape jumătate dintre activități sunt furnizate în proporții în ambele tipuri de centre (diferența este mai mică de 10 puncte procentuale între LmP și LMP). Observăm diferențe semnificative în cazul a șase activități (peste 30 de puncte procentuale). Cea mai mare diferență (36 de puncte procentuale) se constată pentru serviciul Sprijin pentru achiziționarea de bunuri, oferit în mai mare măsură beneficiarilor din locuințele minim protejate. Alte activități în cazul cărora s-au evidențiat diferențe mai mari de 30 de puncte procentuale sunt: informare și sprijin pentru adaptarea locuinței, informare despre activități și servicii alternative sau complementare în comunitate, logopedie sau psihoterapie, consiliere pre- și post-angajare, exerciții pentru tipuri de învățare de bază. Cu excepția ultimei activități, toate sunt furnizate mai mult în centre de locuințe minim protejate. Pentru trei activități, diferența este mai mică decât un punct procentual: utilizarea instrumentelor de comunicare, exerciții de conștientizare pentru a înțelege și respecta sfatul medicului/pericolele ce pot amenința securitatea personală sau a altora, îngrijirea dispozitivelor de sprijin, învățarea despre formele de tranzacții economice simple și complexe/modul de utilizare a banilor.

**Figura 10. Diferențe în ceea ce privește proporția de beneficiari din locuințe minim și maxim protejate cărora li se oferă o anumită activitate/un anumit serviciu (cifre absolute, date din autoevaluarea centrelor)**



Sursa: Studiul Băncii Mondiale privind locuințele protejate (2021)

**Proporția beneficiarilor din LmP care participă la activități/beneficiază de servicii este în mod constant mai mare decât cea a beneficiarilor din LMP.** Pentru unele activități, diferențele sunt considerabile: de exemplu, furnizarea de informații despre servicii alternative sau complementare (o diferență de 35 de puncte procentuale), logopedie sau psihoterapie (32 de puncte procentuale) sau achiziționarea de bunuri (36 de puncte procentuale). Motivele acestei diferențe sunt neclare, însă ar putea avea legătură cu următoarele aspecte: (1) standardele înclină ușor spre furnizarea mai multor activități destinate beneficiarilor care sunt mai autonomi sau mai aproape de momentul de integrare în comunitate; (2)



beneficiarii din LmP sunt percepuți ca având în mai mare măsură nevoie de anumite tipuri de activități sau ca fiind în mai mare măsură apti pentru realizarea acestora; și (3) alte motive legate de personal, resurse, organizarea sistemului la nivel județean. Deoarece procesul de dezvoltare a sistemului LP este strâns legat de procesul de reorganizare și restructurare a centrelor rezidențiale, este posibil și ca anumite practicile din centrele rezidențiale să poată fi transferate în LP. Este necesară o analiză mai aprofundată pentru clarificarea motivelor care dau naștere acestor situații.

**Deși, conform standardului, consilierea psihologică are obiective destul de generale, precum asigurarea echilibrului emoțional sau a conștientizării de sine și a dezvoltării personale, aceasta nu este oferită în toate centrele.** Potrivit autoevaluărilor, nu toate LP oferă consiliere psihologică (în incinta serviciului, într-un centru de zi sau în comunitate). Serviciul este oferit în 92% dintre centre, proporția fiind mai mare în cazul locuințelor minim protejate. În total, 85% dintre beneficiari primesc servicii de consiliere psihologică. Deși în majoritatea LP consilierea psihologică este asigurată de un psiholog, un număr semnificativ de LP furnizează acest serviciu și prin intermediul altor categorii de personal (kinetoterapeuți, asistenți sociali sau asistenți medicali). Nu este clar dacă aceștia funcționează ca personal secundar sau sunt principalii furnizori ai serviciului. Spre deosebire de situația din alte tipuri de servicii (cum ar fi centrele de zi sau centrele de criză), doar 39% dintre beneficiarii participanți la studiu au declarat că consilierea psihologică este un serviciu important pentru ei. După cum a reieșit din interviurile cu coordonatorii de servicii, consilierea psihologică este uneori folosită în sprijinul altor obiective, în special pentru a ajuta beneficiarii să înțeleagă și să reflecteze la procesul de integrare în comunitate, precum și pentru a monitoriza succesul altor activități. Ca și în cazul altor servicii, „consilierea psihologică” pare uneori să aibă o interpretare vagă, constituind mai curând sprijin emoțional și social oferit beneficiarilor.

**Există o suprapunere semnificativă între cerințele și activitățile incluse în diferite standarde, ceea ce conduce suprapuneri concedieri în furnizarea de servicii, care se reflectă în volumul de muncă al personalului și în documentație.** Nu este clar dacă în aceste cazuri activitățile sunt realizate distinct, în contexte diferite și de către furnizori diferiți, sau dacă există o abordare sinergică atunci când o anumită activitate este utilizată pentru a verifica mai multe cerințe din standarde. Oricare ar fi situația, sunt necesare clarificări și îndrumări în ceea ce privește standardele, iar furnizorul de servicii trebuie să asigure coordonarea și integrarea activităților și serviciilor. De exemplu, activitățile meșteșugărești/de lucru manual apar în mai multe locuri, ca și activitățile ce țin de mobilitate, deplasarea în afara locuinței și utilizarea diferitelor mijloace de transport, curățenia în spațiul de locuit, activități legate de capacitatea de a comunica, de a schimba idei, de a susține o conversație. Derutant este că, până și în cazurile în care activitățile par identice, există diferențe semnificative în ceea ce privește proporția de centre care le furnizează și proporțiile beneficiarilor deserviți.

**În 2020, majoritatea activităților au fost oferite în incinta în LP, nu în centre de zi sau în alte spații.** Această situație este, fără îndoială, legată de restricțiile impuse din cauza pandemiei și, în majoritatea cazurilor, a fost inevitabilă. În același timp, ar putea fi o continuare a practicilor anterioare. Rezultatul este continuarea izolării și segregării persoanelor cu dizabilități găzduite în aceste locuințe colective. Trebuie să se depună eforturi pentru a permite beneficiarilor să experimenteze o diversitate de contexte sociale, iar acest lucru se poate face oferind, dacă este posibil, activități în afara centrului și în afara complexului din care face parte LP (28 dintre centre sunt găzduite în aceeași curte sau clădire cu alte servicii sociale și

pentru persoane cu dizabilități). În peste 90% dintre LP, cele mai multe servicii sunt furnizate în incinta LP. Există chiar și situații în care unele servicii, care ar trebui să fie furnizate în mod normal în comunitate, sunt asigurate în mare parte în LP (de exemplu, „Asistența pentru a merge la un cabinet medical, la spital sau la farmacie”, se oferă, în 66% din cazuri, în LP). 80% dintre activitățile desfășurate în centrele de zi sunt furnizate în mai puțin de 15% dintre LP, fiecare. Cifrele sunt asemănătoare pentru activitățile desfășurate în aer liber/în comunitate.

**Majoritatea activităților sunt realizate de alte categorii personal decât cele menționate în standard.**

Deși, în unele cazuri, natura activității face posibilă implicarea altor angajați, acest lucru nu se întâmplă întotdeauna, ceea ce ridică întrebări cu privire la calitatea și siguranța serviciului oferit. Sau, dimpotrivă, dacă un serviciu/o activitate se poate realiza în condiții de siguranță și cu succes cu alt personal decât cel indicat de standarde, acest lucru ridică întrebări cu privire la conținutul cerinței standardelor. Cauzele care conduc la astfel de situații ar putea include deficitul de personal, aspectele practice ale activităților sau chiar interpretarea laxă a cerințelor activității în cauză. Un coordonator de servicii a explicat, că de multe ori, pare o chestiune de formalitate să aștepti sosirea personalului adecvat pentru a presta serviciul, atunci când altcineva (inclusiv el) este disponibil și poate realiza serviciul. În practică, această abordare conduce la situații neobișnuite: kinetoterapeuți sau asistenți medicali care oferă consiliere psihologică sau psihologi ori instructori de educație care oferă servicii de îngrijire și asistență. În cazul standardului 4 (Îngrijire și asistență), de exemplu, personalul menționat în cerințe reprezintă mai puțin de o treime din personalul care prestează efectiv serviciul (106 din 379).

**Majoritatea serviciilor de locuințe protejate nu respectă cerința ca activitățile să fie efectuate numai de personalul din centrele de zi.**

În 13 dintre cele 15 standarde (cu excepția standardelor 4 și 15) există o cerință comună cu privire la cine ar trebui să furnizeze serviciile: „Activitățile din... se desfășoară de centrul de zi, la sediul acestuia, în spațiu liber, sau, după caz, în locuința maxim protejată.” Indicatorii de control (utilizați pentru monitorizare) specifică, de asemenea, în mod clar că activitățile trebuie să fie realizate de personalul centrului de zi. Cu toate acestea, pentru cele 13 standarde există mult mai mulți membri ai personalului LP implicați în furnizarea serviciului decât ai personalului din centrul de zi (pentru unele standarde, de nouă ori mai mulți). Discrepanța este deconcertantă și indică posibile interpretări diferite ale standardelor, aplicarea laxă a acestora (când este vorba despre acordarea de licențe și monitorizare) și, probabil, faptul că serviciile de locuințe protejate găsesc soluții practice pentru a compensa lipsa centrelor de zi din zonă. Discrepanța ridică, de asemenea, întrebarea cât de realistă este această cerință și cum este utilizată în practică în acordarea de licențe pentru serviciile sociale publice și private. Interviuurile cu furnizorii privați de servicii au indicat că licențierea este mai restrictivă și că aplică mai riguros litera legii în cazul furnizorilor privați decât al celor publici.

**Nu tuturor beneficiarilor li se asigură serviciile și activitățile de care au indicat că au nevoie.**

De exemplu, dintre beneficiarii care au indicat că au nevoie de un anumit tip de serviciu, proporția celor care l-au primit a fost: 84% pentru logopedie sau psihoterapie; 76% pentru masaj, kinetoterapie, fizioterapie; 62% pentru hidroterapie, balneoterapie, termoterapie; 78% pentru terapie ocupațională și prin artă. Per total, 87% dintre beneficiarii care au participat la studiu au indicat că le sunt asigurate serviciile și activitățile importante pentru ei.

**Este posibil să existe o discrepanță între nivelul nevoii de sprijin, servicii și activități perceput de beneficiari, pe de o parte, și cel identificat și abordat prin procesul de evaluare, pe de altă parte.** Nevoile de sprijin raportate de beneficiari reprezintă cifre care sunt în mod constant mai mici decât cele raportate de către LP. În unele cazuri, diferența a fost de 50 de puncte procentuale sau chiar mai mare: sprijin pentru a se îmbrăca, a se încălța, a alege îmbrăcămintea adecvată, sprijin pentru igiena zilnică, sprijin pentru menaj și sprijin pentru comunicare. Cele trei tipuri de servicii unde diferențele sunt mai mici (aproximativ 10 puncte procentuale sau mai puțin) sunt: sprijin pentru administrarea medicamentelor, pentru a merge la cabinete medicale/spitale și pentru a efectua controalele medicale necesare. În aproape toate categoriile, proporția celor care au răspuns pozitiv a fost mai mică atunci când persoana interviuată era singură și nu era prezent niciun fel de personal LP.

**Doar o parte dintre LP asigură instruirea cerută de standarde prin acest modul.** În cadrul standardului privind îngrijirea și asistența, aceste sesiuni de instruire sunt esențiale, deoarece sunt menite să protejeze și să asigure respectul față de beneficiari și siguranța acestora. Aproximativ o cincime dintre LP nu oferă sau facilitează sesiuni de instruire legate de respectarea demnității și a vieții private a beneficiarilor și peste jumătate nu asigură instruire în materie de prim-ajutor.

**Deși beneficiarii LmP trebuie să aibă un loc de muncă pentru a beneficia de acest serviciu și să îl păstreze, sprijinul pentru găsirea sau păstrarea unui loc de muncă este insuficient.** Modulul include cinci cerințe diferite care se referă direct la sprijin pentru găsirea sau păstrarea unui loc de muncă sau la medierea relației cu angajatorul, dar, în medie, aproximativ 63% dintre centre le oferă pentru mai puțin de 60% dintre beneficiari. Sondajul în rândul beneficiarilor confirmă sprijinul limitat pe care îl primesc pentru găsirea și păstrarea unui loc de muncă. Astfel, aproximativ o treime dintre beneficiari au declarat că au nevoie de un astfel de sprijin și doar 82% l-au primit. De asemenea, doar 20% au răspuns afirmativ la întrebarea dacă în ultimul an au învățat ceva care îi poate ajuta să-și găsească un loc de muncă.

## Modulul 5. Protecție și drepturi

Ultimul modul combină standardele care se referă la drepturile beneficiarilor, protecția acestora, chestiuni de etică, gestionarea riscurilor, mecanisme pentru soluționarea reclamațiilor și pentru măsurarea satisfacției beneficiarilor.

**Tabelul 17. Evaluarea respectării prevederilor modulului 5. Protecție și drepturi**

<b>STANDARD 1. RESPECTAREA DREPTURILOR BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Standardul asigură respectarea drepturilor beneficiarilor, prin comunicarea drepturilor prin sesiuni de instruire pentru personalul serviciului. Printre drepturile enumerate, există dispoziții privind respectarea demnității și a vieții private a beneficiarilor și protejarea acestora împotriva neglijenței și abuzului. Drepturile includ, de asemenea, implicarea beneficiarilor în luarea deciziilor cu privire la furnizarea de servicii și asigurarea faptului că aceștia își pot exprima liber opinia cu privire la servicii. Lista drepturilor și sesiunile de instruire enumerate sunt obligatorii, dar standardul nu include dispoziții care să asigure respectarea drepturilor menționate.

Autoevaluare	Conform autoevaluării completate de LP, nu toate centrele respectă standardul, în special cerința de a organiza sesiuni de instruire pe problemele menționate în standard. Șase centre nu organizează astfel de sesiuni (și nu au făcut-o în 2020).
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Potrivit sondajului în rândul beneficiarilor, numai 40% au răspuns că își cunosc drepturile, iar 52% au afirmat că au fost informați cu privire la drepturile lor. Aproximativ două treimi dintre beneficiari au declarat că personalul îi implică în deciziile privind serviciile și activitățile pe care le primesc, iar o proporție similară consideră că le sunt respectate drepturile. Printre drepturile care nu le-au fost respectate menționăm: dreptul de a merge singuri la medic; dreptul la obiecte personale; dreptul de a părăsi orașul sau LP (persoană fără capacitate de exercițiu); dreptul la muncă; dreptul de a locui cu partenerul/partenera în aceeași cameră.</p> <p>Serviciile trebuie să se asigure că beneficiarii au acces la informații despre drepturile lor în orice moment, pe lângă informațiile relevante furnizate la momentul admiterii. 19% dintre LP nu furnizează în prezent beneficiarilor lor informații despre drepturile lor.</p>
Observații	Deși include sesiuni de instruire obligatorii cu personalul serviciului pe tema drepturilor beneficiarilor, standardul nu stipulează o obligație similară de a oferi beneficiarilor instruire și informații în formate accesibile, nici despre feedbackul eficient și mecanismele de sesizare care pot asigura accesul prompt la soluții și reparații. În prezent, standardul nu include nicio cerință privind asigurarea faptului că personalul cunoaște și respectă drepturile beneficiarilor, cum ar fi evaluările recurente ale performanței personalului pentru a demonstra înțelegerea și aplicarea adecvată a conținutului instruirii în orice moment în relație cu beneficiarii. De asemenea, nu există specificații cu privire la tipul de materiale utilizate și la persoanele care asigură instruirile obligatorii.

## STANDARD 2. MANAGEMENTUL SITUAȚIILOR DE RISC

Descrierea standardului	Standardul acoperă aspecte legate de gestionarea situațiilor de risc, cum ar fi existența și conținutul unei proceduri specifice, care este cunoscută și aplicată în consecință de către serviciu. Procedura trebuie să includă exemple de comportamente de risc și tipuri de intervenții, inclusiv după încetarea situațiilor de risc. Există o cerință distinctă ca furnizorii de servicii să fie informați în termen de 4 ore de la o intervenție într-o situație criză și ca o astfel de intervenție să fie inclusă în dosarul beneficiarului.
Autoevaluare	Numai 80% dintre servicii respectă acest standard, iar principalele probleme sunt legate de conținutul procedurii (nu sunt incluse toate elementele necesare), notificarea furnizorului de servicii și documentarea intervenției în dosarul beneficiarului. În 2020, au existat intervenții de urgență în 18 LP, iar în 8 dintre ele au avut loc mai multe intervenții.
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	Dintre cele 85 de proceduri de management al riscurilor transmise de servicii, 5 documente erau de fapt orientări generale aplicate de DGASPC pentru managementul riscurilor la nivelul tuturor instituțiilor subordonate (neavând legătură cu acest standard, aceste documente au fost excluse din analiză). Majoritatea celor 80 de documente rămase abordează în măsuri diferite elementele obligatorii prevăzute de standarde. Există discrepanțe substanțiale în ceea ce privește conținutul procedurilor și modul în care sunt detaliate aspectele obligatorii:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Deși aproape toate procedurile includ cel puțin o scurtă definiție pentru crizele comportamentale sau comportamentele distructive, numai jumătate dintre acestea oferă exemple concrete, după cum impune standardul, și doar 13 proceduri includ criterii specifice pentru identificarea acestor comportamente.<sup>100</sup></li> <li>➤ Doar câteva proceduri specifică tipurile de riscuri care ar putea pune în pericol sănătatea și siguranța beneficiarilor în incinta centrului (infrastructura necorespunzătoare, depozitarea substanțelor periculoase, abuzul de alcool sau droguri, comportamentul personalului). În plus, multe documente nu specifică tipurile de factori de risc psihosocial și evenimentele care pot surveni. Într-un singur caz, se menționează infecțiile contagioase ca risc potențial.</li> <li>➤ Doar câteva proceduri includ strategii de deescaladare, cum ar fi furnizarea de instrucțiuni clare cu privire interacțiunea cu beneficiarii, tipul de personal care trebuie să interacționeze cu beneficiarii (de exemplu, personalul care cunoaște cel mai bine beneficiarii) etc. În toate documentele analizate, aceste strategii de deescaladare prezintă uneori contradicții (de exemplu, sfatul de a nu redirecționa conversația către un alt subiect față de recomandarea de a redirecționa conversația).</li> <li>➤ Doar câteva proceduri conțin acțiuni care trebuie puse în aplicare după încetarea unei urgențe pentru a sprijini beneficiarii, altele decât apelarea serviciului de urgență 112 - de exemplu, consilierea psihologică sau îngrijirile medicale (la fața locului sau la spital). Într-un document se menționează că consilierea psihologică este furnizată dacă este necesar sau dacă acest lucru este solicitat de către beneficiar.</li> <li>➤ Unele proceduri impun „sanțiuni administrative” sau „măsuri coercitive” pentru beneficiari în urma unor situații de urgență, însă nu oferă alte detalii despre astfel de acțiuni. Rezilierea contractului de servicii este menționată în două circumstanțe ca fiind cea mai severă măsură care poate fi aplicată.</li> <li>➤ Un număr limitat de proceduri include indicații privind modul în care trebuie să gestioneze personalul serviciului situațiile în care un beneficiar este internat ca urmare a unei urgențe.<sup>101</sup></li> <li>➤ Doar câteva proceduri conțin indicații cu privire la modul în care personalul serviciului raportează poliției o dispariția unei persoane.<sup>102</sup></li> </ul>
--	--

<sup>100</sup> În cele mai multe cazuri, exemplele se referă la agresiuni fizice îndreptate împotriva altor beneficiari, a personalului sau a propriei persoane, la tentative de fugă, la pagube aduse infrastructurii serviciului și la săvârșirea unor infracțiuni. În multe cazuri, nerespectarea regulilor privind vizitele în exterior este etichetată ca tentativă de fugă (nerespectarea perioadei de timp pentru care i s-a acordat beneficiarului permisiunea de a ieși, de exemplu). Într-un caz, absența nejustificată din serviciu a fost etichetată ca „vagabondaj”. Cu excepția furtului, nu sunt furnizate alte exemple de comportamente care pot face obiectul unor infracțiuni. În unele cazuri, se menționează că beneficiarii care au discernământ răspund financiar pentru orice pagube aduse infrastructurii serviciilor, produse în timpul unei crize.

<sup>101</sup> Aceste indicații includ însoțirea beneficiarului și furnizarea de informații cu privire la starea medicală (inclusiv tratamentul medical). În 17 cazuri se menționează că personalul care însoțește beneficiarul la unitatea de primiri urgențe nu consimte în scris la tratamente sau intervenții chirurgicale, chiar dacă i se solicită acest lucru. Acest aspect este detaliat într-un singur document, care menționează că numai reprezentantul legal sau coordonatorul centrului pot da consimțământul.

<sup>102</sup> Aceste indicații includ furnizarea unei descrieri a persoanei dispărute, a unei fotografii, a detaliilor privind starea de sănătate (inclusiv tratamentul medical) și a altor detalii despre obiceiurile beneficiarului. Un număr de 4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puține protocoale specifică modul și momentul în care beneficiarii trebuie informați cu privire la managementul riscurilor și numai câteva specifică faptul că beneficiarii trebuie informați verbal la momentul admiterii. În mod similar, doar câteva protocoale menționează pregătirea personalului și sesiuni de informare legate de managementul riscurilor.</li> <li>➤ Unele proceduri recomandă restricționarea fizică a beneficiarilor, nu ca măsură punitivă, ci pentru a preveni auto-vătămarea sau vătămarea altor persoane sau distrugerea infrastructurii și a resurselor materiale ale centrului. Puține documente stipulează că această măsură poate fi întreprinsă în baza unei recomandări medicale și numai 4 documente au furnizat informații detaliate despre imobilizarea fizică - motivele de utilizare, comunicarea cu beneficiarul înainte de imobilizare, modul de aplicare a imobilizării fizice (pentru o durată ce nu depășește 2 ore, aspecte tehnice pentru prevenirea vătămării, monitorizarea parametrilor de sănătate în timpul imobilizării fizice, asigurarea respectării cerințelor nutriționale și fiziologice).</li> </ul>
Observații	<p>Având în vedere varietatea procedurilor analizate, ar fi util ca standardele să furnizeze instrucțiuni suplimentare cu privire la modul de gestionare a unei situații de criză, solicitând serviciilor să pună în aplicare măsuri specifice pentru a preveni și gestiona situațiile de risc, cu respectarea drepturilor beneficiarilor, inclusiv la autonomie și integritate corporală.</p> <p>Managementul riscurilor necesită cunoștințe adecvate despre de-escaladarea situațiilor de urgență, mai degrabă decât utilizarea unor soluții care ar putea agrava starea beneficiarilor. Standardul nu include nicio prevedere clară privind instruirile sau alte modalități de a furniza astfel de informații personalului serviciului și beneficiarilor. În plus, cerințele minime privind conținutul procedurii nu includ nicio dispoziție privind asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor în orice situații de risc care pot duce la tratament forțat sau intervenții neconsensuale, cum ar fi imobilizarea fizică (de exemplu, prin planificarea în avans a intervențiilor pe care beneficiarii doresc sau nu să le experimenteze în cazul în care ar fi într-o situație în care nu își pot exprima acordul).</p>
<b>STANDARD 3. CODUL DE ETICĂ</b>	
Descrierea standardului	Standardul indică faptul că (i) furnizorul trebuie să aibă un Cod de Etică, (ii) Codul de Etică trebuie să includă dispoziții privind tratamentul egal al beneficiarilor și (iii) serviciul trebuie să fie furnizat în interesul superior al beneficiarului, cu respectarea eticii profesionale. De asemenea, furnizorul trebuie să organizeze sesiuni de instruire a personalului pe tema Codului de Etică.
Autoevaluare	Chiar dacă toate LP au declarat că au un Cod de Etică, există probleme cu restul cerințelor. Șapte LP nu organizează sesiuni de instruire pentru personalul lor, iar cele două prevederi referitoare la conținutul codului (tratament egal și acțiunea în interesul superior al beneficiarilor) nu sunt respectate într-un singur centru.
Evaluare complexă: evaluare externă,	Un număr de 85 de servicii și-au prezentat Codul de Etică pentru evaluare. Cerințele minime stabilite de standarde, precum tratamentul egal și furnizarea de servicii în interesul beneficiarilor, au fost incluse în majoritatea documentelor. Cu toate

documente stipulează că orice membru al personalului care observă prezența fără drept a unui beneficiar în afara unității are obligația să notifice serviciul, să rețină persoana în cauză și să ia toate măsurile pentru a o readuce la unitate (nu sunt furnizate detalii suplimentare privind această cerință).

chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>acestea, majoritatea codurilor menționează aceste caracteristici doar ca principii, fără alte explicații privind modul în care urmează să fie implementate aceste principii în practică sau ce ar presupune o încălcare a acestor principii. În plus, peste două treimi dintre codurile prezentate nu reglementează activitățile specifice ale LP, ci mai degrabă activitățile tuturor angajaților la nivelul DGASPC. Celelalte documentele reprezintă extrase din aceste procese care se aplică la nivelul tuturor instituțiilor subordonate DGASPC.</p> <p>Doar o treime dintre coduri afirmă că nerespectarea acestor principii atrage după sine acțiuni disciplinare, dar nu se detaliază care ar putea fi acele implicații (se menționează doar aplicarea legislației în vigoare). Un număr de 11 documente enumeră mustrarea, avertismentul și demiterea ca posibile măsuri disciplinare pentru nerespectarea acestor principii. Conform aceluiași surse, personalul poate avea obligația să urmeze diferite cursuri de formare, în funcție de situație.</p> <p>Doar 5 documente din 85 includ scurte mențiuni despre personalul care lucrează cu beneficiari care nu pot participa la luarea deciziilor („Personalul trebuie să garanteze respectarea intereselor și drepturilor acestor beneficiari”).</p>
Observații	<p>Unele proceduri (8 din 85) cuprind o secțiune referitoare la responsabilitățile personalului serviciului în relație cu beneficiarii care stipulează că personalului îi este permis să limiteze autodeterminarea beneficiarilor ori de câte ori alegerile acestora contravin eticii profesionale sau ori de câte ori, prin acțiunile lor prezente sau viitoare, pot pune în pericol propria persoană sau alte persoane. Procedurile nu oferă niciun exemplu clar despre astfel de situații și, în absența oricăror dispoziții ale standardelor cu privire la etapele clare care trebuie urmate pentru asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor, inclusiv prin furnizarea de sprijin pentru luarea deciziilor, există riscul ca drepturile beneficiarilor să fie limitate în mod arbitrar.</p>
<b>STANDARD 4. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZULUI</b>	
Descrierea standardului	<p>Standardul prevede cerințe minime pentru asigurarea protecției împotriva neglijarea, exploatării, violenței și abuzului: ce trebuie să conțină procedura, cum trebuie aplicată, documentația rezultată și faptul că personalul trebuie să beneficieze de instruirea necesară.</p>
Autoevaluare	<p>Conform propriei evaluări, 84% dintre LP respectă standardul. Chiar dacă centrele au o procedură privind neglijarea, exploatarea, violența și abuzul, 13 nu au proceduri care cuprind toate elementele din standard. De asemenea, deși 98% dintre LP au declarat că organizează sesiuni de instruire anuală cu personalul lor, doar 90% au făcut acest lucru în 2020. Niciun caz de neglijență, exploatare, violență sau abuz nu a fost înregistrat în niciunul dintre centre în 2020.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>81% dintre LP au transmis procedura specifică. Analiza documentelor a arătat că acestea includ responsabilități clare ale personalului și FSS în ceea ce privește identificarea și raportarea cazurilor de violență, exploatare și abuz, precum și acțiuni concrete. Cu toate acestea, există diferențe substanțiale în procedurile utilizate de servicii pentru a se asigura că beneficiarii sunt protejați împotriva exploatării, violenței și abuzului.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ În documentele examinate am constatat metode diferite de identificare și raportare a acestor situații. Cu toate acestea, gradul în care sunt detaliate aceste metode variază. Sunt menționate trei metode generale: (i) transmiterea unei sesizări atunci când se constată un astfel de caz; administrarea chestionarelor către beneficiari; (ii) desfășurarea unor</li> </ul>

	<p>activități care implică beneficiarii (sesiuni de consiliere psihologică, activități de grup desfășurate în mod regulat, discuții zilnice cu beneficiarii).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aproape toate documentele menționează că astfel de cazuri raportate pot presupune situații de abuz săvârșit de un alt beneficiar, de un membru al personalului, de un membru al familiei sau de reprezentantul legal.</li> <li>➤ O mică parte dintre documente conține informații despre indicatori care pot semnala prezența unei situații de abuz. În mod similar, există foarte puține mențiuni generale cu privire la protecția beneficiarilor împotriva repercusiunilor după ce au sesizat situațiile de abuz.</li> <li>➤ Nu toate procedurile impun ca beneficiarii să fie informați în legătură cu drepturile lor de a fi protejați împotriva neglijenței, violenței și abuzului. Când există astfel de cerințe, nu este întotdeauna clar când și cum trebuie informați beneficiarii (unele centre specifică sesiuni de instruire anuale sau trimestriale, în timp ce altele trebuie să ofere beneficiarilor informații la cerere sau prin intermediul materialelor de informare disponibile în centru sau al sesiunilor de informare la momentul admiterii).</li> <li>➤ Furnizarea de informații este principala măsură de prevenire menționată în documentele analizate. Alte măsuri includ interzicerea alcoolului, drogurilor sau medicamentelor, altele decât cele prescrise, vizitele de monitorizare inopinate ale coordonatorului de specialitate (însă nu sunt furnizate detalii).</li> <li>➤ Foarte puține proceduri oferă un interval de timp clar pentru a acționa în caz de violență și abuz.</li> <li>➤ Doar câteva proceduri abordează posibilitatea de a asigura consiliere post-abuz prin intermediul personalului serviciului sau al altor grupuri, iar cele mai multe proceduri nu cuprind îndrumări privind modul în care trebuie să interacționeze cu victima și făptuitorul angajații serviciului pentru a minimiza trauma ulterioară.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri fac trimitere la administrarea de medicamente, conform cerințelor standardului, sau la gestionarea banilor beneficiarilor. Cu toate acestea, unele proceduri exclud administrarea medicamentelor conform instrucțiunilor medicilor în absența consimțământului beneficiarilor din lista situațiilor de violență și abuz. Aceleași proceduri exclud, de asemenea, imobilizarea fizică a beneficiarilor din lista practicilor violente și abuzive.</li> </ul> <p>Deși toate LP care au fost evaluate extern au raportat că susțin și încurajează beneficiarii să identifice și să sesizeze cazurile de violență, exploatare și abuz, majoritatea fac acest lucru oferind beneficiarilor informații (în mod formal sau informal) despre procedură, drepturile lor sau alte teme relevante fie la momentul admiterii, fie în diferite momente pe parcursul șederii lor în LP. Numai 32% dintre LP au raportat că oferă beneficiarilor sesiuni periodice de informare privind identificarea și sesizarea situațiilor de violență și abuz. În 24% dintre LP li se administrează beneficiarilor chestionare care pot facilita identificarea unor astfel de cazuri. Doar câteva LP oferă beneficiarilor sprijin pentru a raporta abuzul către instituțiile competente sau pun la dispoziție datele de contact ale unor persoane din afara LP.</p>
Observații	<p>Pentru a asigura o protecție adecvată împotriva violenței și abuzului, standardele trebuie să includă dispoziții clare privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ modul în care serviciile trebuie să încurajeze și să sprijine beneficiarii pentru identificarea și semnalarea situațiilor de violență, exploatare și abuz, și să prevină apariția unor astfel de situații.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ informarea beneficiarilor cu privire la modalitățile de identificare și raportare a situațiilor de abuz, și asigurarea protecției acestora împotriva eventualelor repercusiuni din partea făptuitorilor în cazul în care aceștia sunt personal de serviciu sau beneficiari.</li> <li>➤ asigurarea că beneficiarii sunt tratați numai cu consimțământul lor deplin și în cunoștință de cauză și că sunt evitate practicile neconsensuale (administrarea nevoluntară de medicamente sau imobilizarea fizică).</li> <li>➤ asigurarea accesului beneficiarilor la serviciile relevante în cazul unor astfel de situații, de exemplu, consiliere psihologică, adăposturi etc.</li> <li>➤ accesul beneficiarilor la un mecanism extern independent de raportare și analiză a acestor cazuri, precum și la servicii juridice și de consiliere și la avocați.</li> </ul>
--	---

### STANDARD 5. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE

Descrierea standardului	Standardul precizează cerințele minime pentru asigurarea protecției împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante: ce trebuie să conțină procedura, cum trebuie aplicată, documentația rezultată și faptul că personalul trebuie să beneficieze de instruire pe această temă.
Autoevaluare	O mare parte dintre centrele LP îndeplinesc toate cerințele (96%). Nivelul cel mai mare de respectare (97%) se constată pentru cerința conform căreia centrele trebuie să organizeze sesiuni de instruire pe tema protecției împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante. La întrebarea dacă au organizat o sesiune de instruire în 2020, proporția răspunsurilor afirmative a fost mică: doar 89% au organizat cel puțin o sesiune. Niciun caz de tortură sau tratament crud, inuman sau degradant nu a fost înregistrat în 2020.
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	Un total de 83 de servicii au transmis procedura specifică. Dintre acestea, 20 de documente nu definesc termenii „tortură” și „tratament crud, inuman sau degradant”, alte 4 documente definesc doar un singur termen, respectiv „tortură” și 59 de documente definesc toți termenii. În general, serviciile utilizează un format și o structură similare pentru procedurile specifice solicitate de Standardul 5 și se aplică rezultate asemănătoare din analiza documentelor.
Observații	A se vedea Standardul 4

### STANDARD 6. ASISTENȚA ÎN CAZ DE DECES

Descrierea standardului	Standardul specifică cerințele minime în caz de stare terminală sau deces. Acestea include gestionarea durerii, asistarea separării de ceilalți beneficiari, informarea familiei, aranjamentele funerare. Furnizorul de servicii trebuie să aibă o procedură specială în acest sens.
Autoevaluare	Conform autoevaluării, toate LP îndeplinesc toate cerințele, cu excepția uneia: 7% dintre LP au proceduri incomplete (proceduri care nu cuprind toate elementele enumerate în cerință).
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	Din 100 de LP, 13 nu au transmis procedurile privind asistența în caz de deces. Dintre cele 92 de proceduri trimise, 5 nu conțin specificații cu privire la asistența în etapele terminale, concentrându-se mai mult pe situațiile legate de decesul beneficiarilor; și 9 proceduri nu menționează separarea beneficiarilor în stare terminală pentru li se respecta demnitatea. În această privință, multe proceduri menționează doar instalarea unei partiții sau a unui ecran ca măsură de separare.

	<p>Condițiile minime ale standardului în ceea ce privește conținutul procedurii sunt îndeplinite în 90% dintre proceduri. Cu toate acestea, doar 46% specifică modalitățile de instruire a personalului cu privire la aceste proceduri. Unele proceduri sunt mai cuprinzătoare decât standardele minime (în județe precum Alba, Cluj, Bacău etc.), cuprinzând aspecte precum: elemente de prim-ajutor pentru bolnavii terminali, importanța stabilirii nevoilor bolnavilor terminali, consiliere psihologică pentru membrii familiei, măsuri care trebuie luate dacă decesul survine în afara LP.</p>
Observații	<p>Îngrijirile paliative, precum și comunicarea cu familia și prietenii în cazul decesului unui beneficiar necesită abilități specifice, pentru care personalul - atât medical, cât și nemedical - trebuie instruit. În prezent, standardul nu include astfel de cerințe.</p>
<b>STANDARD 7. SESIZĂRI ȘI RECLAMAȚII</b>	
Descrierea standardului	<p>Standardul indică faptul că trebuie să existe o procedură pentru înregistrarea și soluționarea reclamațiilor beneficiarilor, conținutul minim al procedurii, precum și alte cerințe referitoare la documentare și depunere, precum și posibilitatea de a apela la mediatori externi la solicitarea serviciului (nu a beneficiarului). Procedura include, de asemenea, aspecte privind informarea beneficiarilor în legătură cu modul de depunere a sesizărilor și reclamațiilor.</p>
Autoevaluare	<p>Conform autoevaluării transmise de centre, 96% dintre LP respectă toate cerințele. Singura cerință care ridică probleme este cea care prevede posibilitatea de a utiliza mediatori în situații critice (4% dintre centre au indicat că nu permit această posibilitate). Nu au fost depuse reclamații oficiale în 2020.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor	<p>Deși toate serviciile au o procedură privind sesizările și reclamațiile, aceasta nu este în mod necesar instituită pentru a facilita accesul beneficiarilor la exercitarea acestui drept. Beneficiarii au acces direct și facil la informații privind modalitatea de a depune o reclamație în mai puțin de 40% dintre servicii. Majoritatea procedurilor nu oferă mai multe modalități de a depune o reclamație și, în unele cazuri, singura modalitate este în scris, prin servicii poștale. Doar două servicii din 100 permit depunerea reclamațiilor sau sesizărilor anonime și doar unul oferă un cadru solid pentru asigurarea confidențialității persoanei care face o reclamație.</p> <p>Proporția serviciilor care nu permit posibilitatea utilizării unui mediator extern este mult mai mare decât cea indicată în autoevaluare. Peste jumătate dintre LP nu permit acest lucru. Mai mult, nicio procedură nu include o listă de mediatori la care s-ar putea apela în caz de necesitate.</p> <p>LP nu oferă un cadru pentru protejarea beneficiarilor împotriva altor tipuri de probleme și abuzuri. Mai puțin de un sfert oferă beneficiarilor informații cu privire la modalitățile de depunere a unei reclamații împotriva reprezentantului lor legal în caz de conflicte de interese și mai puțin de o cincime din procedurile analizate includ prevederi care descriu modul în care sunt protejați beneficiarii de repercusiuni în cazul în care depun o reclamație.</p>
Observații	<p>Procedurile privind sesizările și reclamațiile trebuie să ofere un cadru care să asigure accesul beneficiarilor la depunerea reclamațiilor și la primirea unei reparații corespunzătoare fără teama de represalii sau alte tipuri de consecințe negative. Mulți beneficiari din LP sunt izolați fizic și social, iar depunerea unei reclamații împotriva propriului serviciu rezidențial prin poștă se poate dovedi imposibilă. De</p>

	<p>asemenea, trebuie facilitat în toate LP accesul la terți care pot interveni ca mediatori sau avocați.</p>
<p><b>STANDARD 8. SATISFAȚIA BENEFICIARILOR</b></p>	
<p>Descrierea standardului</p>	<p>Acest standard este menit să asigure un mecanism de evaluare a satisfacției beneficiarului față de serviciul oferit. Centrele trebuie să aplice chestionare și să includă analiza acestora în rapoartele lor anuale. Beneficiarii pot solicita sprijin membrilor personalului, familiei sau reprezentantului legal pentru completarea chestionarelor.</p>
<p>Autoevaluare</p>	<p>Standardul 8 are cea mai mică rată de conformare din modul: doar 69% dintre LP îndeplinesc toate cerințele. 92% aplică chestionare pentru a afla părerea beneficiarilor despre serviciu. Dintre acestea, 82% oferă o cutie în care pot fi depuse chestionarele, iar 81% analizează chestionarele și includ rezultatele în raportul anual.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, chestionare, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Sondajul în rândul beneficiarilor a încercat, de asemenea, să aprecieze nivelul acestor de satisfacție față de servicii. 78% dintre beneficiarii incluși în sondaj au declarat că sunt mulțumiți de serviciile primite, iar 95% sunt mulțumiți de condițiile lor de trai. Proporții similare (aproximativ trei sferturi) au declarat că sunt întrebați în mod regulat de personal dacă sunt mulțumiți de serviciu (proporția a fost mult mai mare dacă era prezent un membru al personalului) și consideră că pot spune unui membru al personalului că nu sunt mulțumiți.</p> <p>Pe parcursul evaluării externe, personalul serviciului a raportat în 49% dintre LP că beneficiarii nu au avut reclamații sau sugestii de îmbunătățire. În celelalte LP, cele mai frecvente probleme ridicate de beneficiari au fost legate de calitatea alimentelor, diversitatea și tipul de alimente (16 LP), oportunități insuficiente pentru activități sociale și culturale (20 LP), conflictele cu alți beneficiari (10 LP), dorința de a ieși din LP (7 LP) și condițiile de trai (5 LP). Numai jumătate dintre LP care au primit reclamații sau sugestii de la beneficiari au luat măsuri, în principal legate de îmbunătățirea calității alimentelor, excursii pentru beneficiari, mutarea beneficiarilor în alte camere, pentru soluționarea conflictelor.</p> <p>Analiza documentelor a arătat o proporție și mai mică de rapoarte anuale de activitate care includeau o analiză a rezultatelor chestionarelor de satisfacție aplicate beneficiarilor. Dintre cele 90 de rapoarte de activitate prezentate de LP, doar 44 menționează chestionarul, în timp ce numai 21 (din același județ) oferă o analiză detaliată a chestionarelor, cu o defalcare detaliată pentru fiecare întrebare. Prin urmare, peste jumătate dintre serviciile care au trimis raportul de activitate nu fac trimitere la chestionare sau la analiza acestora.</p> <p>Deși standardul prevede că beneficiarilor trebuie să li se asigure sprijin pentru completarea chestionarelor (de către personalul serviciului, reprezentanții legali sau membri ai familiei), acesta nu specifică motivele pentru care beneficiarii ar putea avea nevoie de un astfel de sprijin. Acest aspect este deosebit de problematic, deoarece sprijinul oferit de personalul serviciilor ar putea conduce la încălcarea confidențialității, conflict de interese și influență nejustificată, având în vedere că personalul însuși constituie un element al furnizării serviciilor pe care trebuie să îl evalueze beneficiarii. În 2020, în 78% dintre toate LP, personalul serviciilor a oferit sprijin în completarea chestionarelor pentru mai mult de 60% dintre beneficiarii acestora. În același timp, analiza chestionarelor utilizate de</p>

	<p>centre a indicat că 94% dintre chestionarele transmise de LP includ întrebări legate de interacțiunea personalului cu beneficiarii. Confidențialitatea este asigurată în numai 12 din 95 de chestionare, în timp ce 9 din 95 oferă confidențialitate parțială, deoarece li se solicită beneficiarilor să semneze chestionarul. În unele județe, un model de chestionar de satisfacție trimis de DGASPC, cu o declarație de declinare a responsabilității privind confidențialitatea, a fost modificat pentru a include efectiv numele beneficiarului. Este posibil ca sprijinul să fie oferit și din cauza lipsei de chestionare în formate accesibile - doar 38 LMP și 1 LmP au raportat că au chestionare în formate ușor de citit, Braille, audio-video cu subtitrări.</p>
Observații	<p>Deși feedbackul este esențial pentru a asigura că beneficiarii dețin controlul asupra serviciilor furnizate, eficacitatea acestui proces depinde de anonimat, siguranță și încredere. Standardele necesită îmbunătățiri pentru a asigura aceste condiții, fie prin includerea unor cerințe suplimentare, fie prin detalierea modului în care urmează să fie puse în aplicare cerințele actuale.</p> <p>De fapt, evaluarea furnizării serviciilor de către beneficiari trebuie să fie anonimată prin: (i) furnizarea chestionarelor în formate accesibile - ușor de citit, Braille, audio-video cu subtitrări și (ii) implicarea unor evaluatori independenți, care pot oferi beneficiarilor sprijin pentru completarea chestionarelor și pot asigura că, în general, colectarea și analiza datelor se efectuează într-un mod care să nu compromită acuratețea, exhaustivitatea și fiabilitatea informațiilor furnizate de beneficiari și care să îi protejeze de orice consecințe negative și represalii.</p>

## 2.1.4. Concluzii și recomandări

### Respectarea și punerea în aplicare a standardelor

**Numărul excesiv de standarde și servicii aferente incluse în module pot conduce la un trai excedat și dominate de proceduri, liste de verificare și cerințe.** Până la urmă, acestea pot limita autonomia și controlul pe care îl au beneficiarii asupra vieții lor de zi cu zi. Presiunea de a furniza servicii și activități în conformitate cu standardele, precum și stabilirea unor programe colective caracteristice vieții instituționalizate conduc la zile puternic înregimentate și, în mare parte, în afara controlului beneficiarilor. Sondajul în rândul beneficiarilor a arătat că aceștia au, într-adevăr, un control redus asupra vieții lor de zi cu zi și oportunități limitate de a învăța cum să își gestioneze și să își planifice singuri ziua.

**Standardele sunt bazate pe contribuții, mai degrabă decât pe rezultate și nu oferă nicio posibilitate de a cunoaște starea sau evoluția beneficiarilor în ceea ce privește pregătirea pentru o viață independentă.** Standardele și cerințele sunt construite ca un fel de „rețetă”, în ideea că, dacă sunt incluse toate ingredientele, atunci rezultatul dorit (pregătirea beneficiarilor pentru o viață independentă) este garantat. Există 331 de cerințe în total, dar nimeni nu măsoară efectul pe care îl au aceste servicii și activități asupra beneficiarilor sau dacă există îmbunătățiri progrese în pregătirea acestora pentru o viață independentă. Multe dintre ele se suprapun, iar unele grupează în mod deconcertant activități care nu sunt neapărat echivalente sau din aceeași categorie. Sistemul de evaluare-monitorizare a beneficiarilor este instituit pentru a asigura furnizarea serviciilor, nu pentru a asigura că beneficiarii sunt în mai mare măsură sau mai bine pregătiți pentru a trăi independent. Mulți beneficiari nu sunt implicați în evaluarea propriilor nevoi și preferințe în ceea ce privește furnizarea serviciilor. Standardele nu impun în mod expres ca beneficiarii

să fie implicați direct în discuțiile cu managerii de caz și cu echipele serviciilor cu privire la progresul lor, iar monitorizarea activităților managerilor de caz de către FSS nu implică aproape niciodată discuții cu beneficiarii.

**Standardele și cerințele, în special cele referitoare la servicii și activități, contribuie la izolarea socială a beneficiarilor.** Concentrarea excesivă a standardelor asupra acestor servicii și activități îi determină pe beneficiari să își concentreze atenția asupra serviciului în sine, nu asupra comunității, menținând beneficiarii fizic în locuințele lor sau la centrul de zi aferent și limitează posibilitățile acestora de a experimenta viața în comunitate. Pandemia a înrăutățit situația, însă infrastructura de furnizare a serviciilor constituie motivul principal al acestei situații. Puține LP lucrează cu furnizări de servicii privați de dimensiuni mai mici la nivelul comunității - în schimb, există eforturi susținute de a deschide centre de zi care deservească cu prioritate și, uneori, exclusiv persoane din sistemul LP.

**Cerința ca toate serviciile menționate în 13 standarde din modulul 4 (Servicii și activități) să fie realizate de centrele de zi (personalul centrului de zi) este derutantă, nerealistă și nu este îndeplinită de majoritatea serviciilor de locuințe protejate.** Nu este clar dacă această prevedere a fost inclusă în standarde cu intenția de a separa serviciile rezidențiale de alte tipuri de servicii și activități, de a permite confidențialitatea și controlul beneficiarilor asupra propriului spațiu și de a stimula integrarea în cadrul comunității prin accesarea serviciilor specializate în comunitate. În practică, beneficiarii continuă să fie izolați și lipsiți de acces la alte servicii, precum și de confidențialitate și control. De asemenea, cerința nu este respectată, pentru că cele mai multe LP au propriul personal care furnizează aceste servicii și activități. De asemenea, nu este respectată distincția dintre locuința privată a beneficiarilor și spațiul public de lucru al personalului: în peste un sfert dintre serviciile de locuințe protejate personalul nu folosește un spațiu separat (nici măcar o baie separată), ci îl împarte cu spațiul rezidențial privat a beneficiarilor. Mai mult, multe centre de zi utilizate de beneficiarii LP fac parte dintr-un complex de servicii care include și locuința protejată și, uneori, alte centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități. Este demn de remarcat faptul că standardele anterioare nu includeau o astfel de cerință privind furnizarea de servicii în centrele de zi pentru beneficiarii locuințelor protejate.

**Numărul excesiv de standarde și cerințe poate conduce la o birocrație excesivă, în detrimentul beneficiarilor.** Coordonatorii serviciilor s-au plâns că sunt obligați să petreacă excesiv de mult timp completând fișe și documentând serviciile și activitățile, ceea ce, asociat cu deficitul de personal, înseamnă mai puțin timp petrecut cu și pentru beneficiari. De asemenea, s-au plâns că sarcina lor este îngreunată de faptul că nu au primit formulare/modele pentru crearea unora dintre aceste documente și au fost nevoiți să improvizeze și să-și construiască propriile instrumente, de multe ori neștiind dacă ceea ce fac este adecvat și conform standardelor.

**Relația dintre furnizorul de servicii (DGASPC) și serviciile de locuințe protejate are o influență semnificativă asupra calității serviciilor oferite beneficiarilor.** Intervenițiile cu furnizorii de servicii și directorii DGASPC au arătat că LP sunt dependente de deciziile luate la nivelul DGASPC, indiferent dacă acestea vizează resurse, servicii, integrarea serviciilor, angajarea personalului, instruirea personalului sau admiterea/transferul beneficiarilor la nivelul LP. Faptul că fac parte dintr-o rețea mai largă de servicii sociale poate prezenta anumite avantaje, însă induce, de asemenea, incertitudine și vulnerabilitate pentru

serviciile LP. Mai mult, nu există un mecanism prin care beneficiarii pot să influențeze această relație, ceea ce sporește lipsa acestora de control asupra propriei vieți.

**Unele standarde și cerințe intră în conflict direct sau indirect cu standardele și cerințele stabilite de alte instituții ale statului.** Serviciile de locuințe protejate au obligația de a obține diferite tipuri de autorizații și certificate (de exemplu, sanitare) pentru a li se permite să găzduiască beneficiari și să ofere servicii publice, de multe ori la fel ca un restaurant sau o unitate de cazare (de la Departamentul de Sănătate Publică, Inspectoratul pentru Situații de Urgență etc.). Locuințele protejate nu au un statut distinct, special, care să le permită să funcționeze atât ca locuințe private, cât și servicii sociale în același timp. De exemplu, Departamentul de Sănătate Publică le solicită să aibă, într-o singură casă, mai multe frigidere, fiecare cu o destinație separată pentru a evita contaminarea alimentelor. Un coordonator de servicii a subliniat că spațiul limitat al unei case trebuie astfel umplut cu electrocasnice, ceea ce nu ar fi cazul dacă acea locuință ar fi tratată ca o reședință.

**În plus, cerința ca beneficiarii să plătească pentru (o parte din) serviciu în cazul în care au un venit acționează ca un obstacol în calea părăsirii LP pentru a trăi în comunitate.** Singurele locuri de muncă pe care le pot obține de obicei beneficiarii pe piața muncii sunt, în opinia lor, rare și discriminatorii, plătite cu salariul minim, pentru munci necalificate și nu oferă siguranță. Interviuurile cu coordonatorii de servicii au arătat că faptul că trebuie să aloce o parte din venituri către plata serviciului, deși este destinat să îi facă pe beneficiari „mai responsabili”, îi descurajează de fapt să își găsească un loc de muncă. În plus, pregătirea pentru a părăsi LP înseamnă să economisească pentru traiul în afara instituției, ceea ce este foarte dificil din cauza contribuției obligatorii. Coordonatorii de servicii au sugerat eliminarea cerinței cel puțin temporar, astfel încât beneficiarii să poată economisi și planifica.

Prin urmare, prezentăm mai multe recomandări cu privire la standarde și la legislația conexasă:

- Standardele trebuie modificate astfel încât să nu se mai bazeze doar pe contribuții, ci și pe rezultate și să ofere un mod direct de cuantificare a stării și evoluției beneficiarilor, precum și a măsurii în care serviciile răspund la nevoile și planurile lor individuale, cu respectarea deplină a drepturilor acestora. Standardele bazate pe rezultate ar putea asigura, de asemenea, că personalul este instruit (nu doar că a participat la o sesiune de instruire, de exemplu), că drepturile sunt efectiv respectate, și toate serviciile și tratamentele sunt furnizate numai cu consimțământul deplin și în cunoștință de cauză al beneficiarilor.
- Standardele trebuie să asigure că serviciile sunt centrate pe persoană și funcționează prin implicarea directă a beneficiarilor în toate deciziile referitoare atât la serviciile specializate, cât și la viața de zi cu zi din locuință. Astfel, nu este suficient să afirme că personalul este „preocupat de implicarea beneficiarului”, ci trebuie să asigure că implicarea beneficiarului are loc efectiv. Acest lucru poate fi asigurat prin furnizarea de asistență pentru luarea deciziilor ori de câte ori este necesar, precum și prin informații în formate accesibile pe parcursul tuturor fazelor de evaluare, planificare și furnizare a serviciilor.
- Beneficiarii trebuie să devină o sursă de informații în verificarea respectării standardelor, prin feedback anonim periodic și continuu, nu doar documente și materiale.

- Cerința ca toate serviciile din modulul 4 (cu excepția celor două standarde) să fie realizate de un centru de zi trebuie ori modificată, ori clarificată, în special în ceea ce privește licențierea și monitorizarea serviciului.
- Trebuie să existe prevederi prin care li se permite beneficiarilor să își aleagă propriul furnizor pentru serviciile disponibile în comunitate, fără a fi obligați să utilizeze personalul LP sau centrul de zi aferent.
- Standardele trebuie simplificate și scurtate. Acestea nu trebuie să dea naștere unor îndatoriri birocratice excesive pentru coordonatorii de servicii și pentru personal.
- Trebuie armonizate standardele cu alte tipuri de acte normative, astfel încât să nu existe cerințe contradictorii impuse serviciului.
- Beneficiarii care au venituri independente (de exemplu, din relații de muncă) trebuie sprijiniți pentru a se pregăti din punct de vedere financiar pentru părăsirea locuinței protejate, printr-o scutire de la plata contribuției.

## Valoarea și succesul serviciului

**Deși, în conformitate cu standardul, LP trebuie să ofere beneficiarilor servicii într-un cadru rezidențial pentru o perioadă limitată de timp pentru a-i pregăti să trăiască independent, în realitate, acest lucru este rar.** Mulți beneficiari locuiesc în LP de peste 5 ani - durata maximă a contractului de servicii potrivit legislației -, iar unii chiar și mai mult de 10 ani. Având în vedere o serie de lipsuri indicate și de FSS, cum ar fi lipsa de locuințe sociale în comunitate, lipsa unui venit adecvat pentru închirierea unei locuințe și lipsa serviciilor de sprijin (inclusiv asistență personală) care ar putea permite beneficiarilor să trăiască independent în comunitate, LP se transformă în servicii rezidențiale pe termen lung pentru beneficiari, fără perspective de viață independentă și de a fi incluși în comunitate. LP par să ofere beneficiarilor servicii pentru un viitor virtual care poate să nu vină niciodată, ceea ce ridică semne de întrebare privind utilitatea lor și evidențiază asemănări cu centrele rezidențiale pe termen lung.

**Locuințele protejate funcționează într-o logică care pregătește majoritatea beneficiarilor pentru eșec, refuzându-le o viață independentă în comunitate.** Măsura succesului pentru serviciu și pentru un beneficiar este faptul că beneficiarul are un loc de muncă și este independent de ajutorul din partea statului. Viața independentă în sine este înțeleasă ca o viață fără asistență, nu ca o viață în care o persoană este capabilă de alegeri și decizii pentru viața de zi cu zi și pentru propriul viitor și beneficiază de sprijin care face acest posibil lucru. În realitate, foarte puțini beneficiari vor fi capabili să aibă un loc de muncă și vor părăsi serviciul de locuință protejată. Majoritatea rămân captivi într-un sistem care îi consideră inapți pentru o viață independentă și care prestează servicii și activități ca mișcări într-un joc fără mize reale.

**Dobândirea și/sau dezvoltarea deprinderilor de viață independentă se pot dovedi irealizabile pentru multe persoane care trăiesc în prezent în locuințe protejate.** Deși obiectivul exprimat al furnizării de servicii în locuințe protejate este de a sprijini beneficiarii să dobândească și să dezvolte deprinderi de viață independentă, în 2020, toți sau majoritatea beneficiarilor din majoritatea serviciilor nu au avut nicio îmbunătățire. Chiar dacă există motive care pot necesita atenție suplimentară (deficitul de personal calificat, activități personalizate sau accesul la serviciile necesare în comunitate), motivul cel mai adesea invocat este nevoia continuă și substanțială de sprijin a multor beneficiari care s-ar putea să nu se schimbe niciodată. Pentru acești beneficiari, serviciul nu își poate atinge obiectivele și este pur și simplu un tip

inadecvat de sprijin. Pentru a preveni instituționalizarea lor pe termen lung în locuințe protejate, trebuie asigurat accesul la alte forme de sprijin în comunitate, odată ce persoanelor cu dizabilități li se oferă propria locuință, cum ar fi îngrijirea la domiciliu, asistență personală, sprijin oferit de alte persoane asemenea lor, servicii de zi etc.

## Etapele următoare

Locuințele protejate sunt prezentate ca reprezentând principala alternativă la instituționalizare. Cu toate acestea, locuințele protejate, după cum sunt acestea create și cum funcționează în sistemul românesc, au toate caracteristicile locuințelor colective, prin urmare, constituie un aranjament locativ instituțional:

- În cazul multor beneficiari, nu a fost decizia lor să locuiască într-o LP și, dacă au fost de acord cu decizia, nu li s-au prezentat alte opțiuni rezonabile. 8% dintre beneficiari sunt lipsiți de capacitatea de exercițiu.
- Locuințele protejate separă și izolează beneficiarii de comunitate. Acestea grupează beneficiarii în funcție de starea (dizabilitatea) lor și îi mențin separați pentru cea mai mare parte a vieții lor de zi cu zi: mese, timp liber, servicii și activități. Contactul beneficiarilor cu oamenii din comunitate este limitat.
- Aproximativ o treime dintre toți beneficiarii trăiesc în ceea ce constituie în practică centre rezidențiale mici (peste 10 rezidenți într-o singură casă). Majoritatea își împart camera cu cel puțin încă o persoană.
- Beneficiarii nu au deloc flexibilitate în stabilirea programului zilnic, utilizarea spațiului rezidențial, utilizarea serviciilor specializate (intern sau prin centrele de zi).
- Beneficiarii se bucură de confidențialitate și control limitate în ceea ce privește chestiunilor intime, cum ar fi relațiile și deplasările personale.
- Locuințele protejate nu sunt case, ci spații cu scopuri mixte - rezidențiale și de furnizare de servicii.

Pe termen scurt și mediu, este foarte probabil ca locuințele protejate să rămână principala strategie pentru dezinstituționalizare. Prin urmare, propunem o serie de recomandări.

### *Pe termen scurt-mediu*

- **Trebuie să existe o separare mai clară între funcțiile locuințelor protejate - de furnizare de servicii și de asigurare a găzduirii, atât din punct de vedere fizic, cât și instituțional.** Locuințele protejate trebuie să rămână în primul rând locuințe, iar serviciile de locuințe protejate trebuie să acționeze ca mediatori și sprijin în accesarea serviciilor specializate din comunitate. Aceasta înseamnă să nu se condiționeze găzduirea în acea locuință de participarea la serviciile LP, disocierea centrelor de zi de LP și oferirea posibilității ca rezidenții să își aleagă propriul furnizor de servicii.
- **Locuințele protejate trebuie să fie înainte de toate locuințe.** Aceasta înseamnă asigurarea confidențialității și a dreptului la intimitate pentru toți beneficiarii. Deși membrii personalului ar putea veni aici să lucreze, ei rămân vizitatori și nu trebuie să folosească spațiul în detrimentul beneficiarilor.



- **Trebuie redus numărul de locatari dintr-o locuință, și toți beneficiarii care doresc să aibă propria cameră trebuie să o obțină.** Deși limitările financiare și materiale sunt o realitate, iar sistemul de servicii sociale încearcă să mute cât mai multe persoane din centrele rezidențiale mai mari, acest lucru nu trebuie să conducă la aglomerarea acestora într-un centru rezidențial mai mic.
- **Beneficiarii trebuie să dețină controlul asupra programului lor zilnic și asupra utilizării spațiului lor rezidențial.** În plus, trebuie să se acorde sprijin pentru ca locuințele să fie, pe cât posibil, autogovernate, prin adoptarea unor reguli ale casei care au fost elaborate de beneficiari sau cu implicarea acestora, după caz. Treburile gospodărești, prepararea meselor, activitățile comune trebuie proiectate având în centru beneficiarii, nu astfel încât să se muleze pe nevoile și preferințele personalului.
- **Contactul cu comunitatea și promovarea interacțiunilor sociale trebuie să constituie o prioritate concretă.** Beneficiarii trebuie implicați în cât mai multe activități și situații în afara locuinței și trebui să utilizeze serviciile generale, la fel ca orice altă persoană, ori de câte ori este posibil din punct de vedere fizic. Integrarea în comunitate trebuie realizată ca parte a vieții de zi cu zi, nu la festivalurile sau sărbătorile anuale ale orașului. Aceasta înseamnă, de asemenea, eliminarea restricțiilor privind legăturile cu prietenii și relațiile și tratarea problemelor de siguranță în alte moduri decât interdicțiile fără explicații.

### *Pe termen lung*

Filosofia vieții independente trebuie să fie mai profund ancorată în furnizarea de servicii pentru a însemna nu „viață pe cont propriu“, ci viață interdependentă, cu sprijin personalizat și autodirecționat. Accentul trebuie mutat de la ceea ce poate face persoana pentru a trăi independent, la tipul de sprijin de care are nevoie o persoană pentru a trăi pe deplin inclusă și pentru a participa la comunitate în condiții de egalitate cu ceilalți. Un astfel de sprijin trebuie să fie disociat și furnizat separat de serviciul de locuire, iar acesta trebuie să fie neîngrădit și pe deplin ales și controlat de beneficiar, nu de către furnizorii de servicii.

**Viața asistată** s-a dovedit a fi o alternativă bună pentru ca persoanele cu dizabilități să trăiască independent și incluse în comunitate și necesită următoarele:

- *Locuințe dispersate* de același tip și dimensiuni ca acelea ale majorității populației, situate în clădiri și cartiere în care locuiesc ceilalți rezidenți din cadrul comunității;
- *Acces la serviciile sociale și de sănătate de masă* furnizate în afara locuinței;
- *Sprijin flexibil și individualizat*, care va permite persoanelor să locuiască în propriile case și să fie incluse în continuare în comunitate;
- *Alegerea individuală* cu privire la locul de reședință, împărțirea locuinței cu alte persoane, precum și activitățile în comunitate la care ar putea dori să participe beneficiarul;
- *Locuință și sprijin disociate*, care permit beneficiarilor să se răzgândească și să aleagă fie găzduire, fie sprijin.

*Sursa:* Grupul european de experți în tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2012: 94-95).

2.2.

CENTRE DE CRIZĂ  
ȘI DE TIP RESPIRO

## 2.2. Centre de criză și de tip respiro

Acest capitol oferă o evaluare cuprinzătoare a două centre de criză din perspectiva respectării standardelor minime de calitate prevăzute de legislația națională românească. În primul rând, introduce cadrul juridic și strategic ce reglementează furnizarea acestui serviciu. În al doilea rând, oferă o imagine de ansamblu asupra serviciilor din punctul de vedere al serviciilor și profilul beneficiarilor. În al treilea rând, oferă o evaluare cuprinzătoare a serviciului din perspectiva respectării standardelor minime de calitate și propune recomandări succinte pentru îmbunătățirea standardelor în vederea prestării unui serviciu de calitate mai bună, orientat către persoane, asigură autonomia personală și auto-determinarea, împiedică instituționalizarea și susține o viață independentă în comunitate.

### 2.2.1. Cadrul juridic și strategic

**Centrele de criză și respiro sunt servicii sociale ce oferă un set de activități pe o perioadă limitată, personalizate în funcție de nevoile persoanelor cu dizabilități care accesează serviciul în vederea menținerii potențialului lor personal și prevenirii instituționalizării.**<sup>103</sup> Ambele tipuri de servicii sunt reglementate de aceleași standarde minime, însă diferă condițiile de acceptare în fiecare serviciu. În timp ce centrele respiro sunt pentru persoanele cu dizabilități ai căror asistenți personali, reprezentanți juridici sau membri ai familiei nu pot avea grijă de ei temporar, centrele de criză acceptă persoane cu dizabilități care sunt în situații de viață critice, precum îmbolnăviri subite, accidentarea sau decesul asistentului personal, evacuarea din spațiul de locuit, dezastre naturale etc.<sup>104</sup> În ambele cazuri, trebuie asigurat un spațiu de locuit pentru persoanele cu dizabilități pe o perioadă limitată de timp până ce se găsesc alte soluții care să le permită să revină la o viață independentă în comunitate.

**Centrele de criză și respiro sunt servicii orientate pe comunitate, esențiale pentru prevenirea instituționalizării.** Grupul European al Experților pentru Tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea la nivel comunitar enumeră serviciile de intervenție în caz de criză și de urgență precum și perioade scurte de pauză acordate persoanelor cu dizabilități și îngrijitorilor acestora în centre rezidențiale ca exemple de servicii din comunitate menite să prevină instituționalizarea precum și să susțină reintegrarea și tranziția înapoi în comunitate.<sup>105</sup> Comitetul CDPD pune accentul și pe importanța centrelor respiro ca servicii de sprijin pentru îngrijitorii din familie care îi ajută să își îngrijească mai bine rudele cu dizabilități pentru a trăi independent în comunitate.<sup>106</sup> Înființarea centrelor respiro sunt și o activitate esențială a cadrului de politici pentru a îndruma procesul de dezinstituționalizare.<sup>107</sup> Serviciile respiro au un istoric îndelungat ca servicii comunitare, iar serviciile pot fi prestate în diverse feluri (vezi Caseta 9).

<sup>103</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 3, Standarde specifice minime obligatorii de calitate pentru servicii sociale cu cazare de tip Centre respiro pentru persoane adulte cu dizabilități, Centre de criză pentru persoane adulte cu dizabilități

<sup>104</sup> Idem, Standardul 1, Cerința minimă 4.

<sup>105</sup> European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012: 90-91).

<sup>106</sup> Comitetul CDPD (2017).

<sup>107</sup> Raportorul Special privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2017).

### Caseta 9: Forme de servicii respiro pentru persoanele cu dizabilități

Îngrijirea de tip respiro a apărut în domeniul sănătății mintale din Statele Unite la începutul anilor 1970 ca reacție la tendința populară pe atunci de dezinstituționalizare (a fost creată în principal pentru a ajuta familiile). În anii 1980, s-a pus accentul foarte mult pe acordarea de îngrijiri de tip respiro familiilor cu persoane cu dizabilități și vârstnicilor. În plus, pentru pacienții în fază terminală și îngrijitorii acestora, îngrijirea de tip respiro a devenit o parte esențială din îngrijirea paliativă. În mod asemănător, din anii 1970, îngrijirea de tip respiro s-a răspândit din ce în ce mai mult în Europa. De exemplu, în Anglia și Țara Galilor, îngrijirea de tip respiro pentru copiii cu dizabilități s-a acordat în principal prin Legea privind serviciul național de sănătate din 1977, care le-a permis autorităților locale să presteze servicii gratuite fără a trebui să ia copiii în îngrijire.

Serviciile de tip respiro se pot presta în diverse moduri și contexte, în funcție de situațiile personale:

- **Respiro planificat versus respiro de urgență.** **Îngrijirea de tip respiro planificat** este menită să devină o activitate regulată atât pentru îngrijitori, cât și pentru persoanele pe care le îngrijesc și pot include următoarele: Respiro la domiciliu (un lucrător instruit vizitează persoana ce necesită îngrijire, la domiciliul acesteia, pentru a-i acorda sprijin), respiro de zi sau în centre (persoana cu dizabilități, sau îngrijitorul, poate participa la programe în comunitate în vederea îmbunătățirii atât a bunăstării persoanei îngrijite, cât și a îngrijitorului, respiro rezidențial (o pauză planificată de la domiciliul îngrijitorului și rutina normală atât pentru îngrijitor, cât și pentru persoana îngrijită), centre de recreere pentru îngrijitori (o perioadă planificată pentru îngrijitor, cu activități specifice și recuperare). **Respiro de urgență** se acordă, de obicei, în situații neplanificate și care se pot oferi la domiciliu sau în context rezidențial.
- **Respiro formal versus informal.** **Îngrijirea respiro informală** se oferă de către prieteni, familie și alții care nu sunt afiliați niciunei organizații, adesea nefiind remunerați pentru servicii. De regulă, este pe termen scurt și în afara domiciliului. Poate fi planificat sau de urgență. Acest tip de îngrijire respiro este cel mai adaptabil și mai des disponibil. Nu sunt implicați alți furnizori de servicii și este organizat de îngrijitor pentru a-și satisface propriile nevoi sau ale beneficiarului. Flexibilitatea acestei surse informale de liniștire este cel mai mare atu al său. Este puțin probabil ca prietenii, rudele și vecinii să fie instruiți profesional în a îngriji persoanele cu dizabilități, ceea ce este un dezavantaj semnificativ al îngrijirii informale de tip respiro. Poate fi nevoie de personal specializat dacă utilizatorul serviciului are anumite nevoi medicale. **Îngrijirea respiro formală** este, de regulă, un serviciu plătit prestat de furnizori necalificați care au participat la instruire și este disponibil la urgență sau prin planificare.
- **Termen scurt vs. termen lung.** Se folosește perioada îngrijirii respiro pentru a calcula această valoare. Îngrijirea respiro pe termen scurt variază de la câteva ore la câteva zile (de exemplu, respiro peste noapte sau la sfârșit de săptămână). Respiro pe termen lung se poate acorda timp de câteva săptămâni (până la o lună).
- **La domiciliu vs. în comunitate.** **Îngrijirea respiro formală la domiciliu** poate fi planificată, formală și pe termen scurt. Implică îngrijire profesională pentru utilizatorul serviciului în intervale de câteva ore. Îngrijitorii pot profita de pauze scurte ca acestea pentru a-și rezolva propriile necesități sociale precum și pentru a face cumpărături, de exemplu. Centrele instituționale, precum unitățile de îngrijire de tip respiro specializate (dar și spitalele și căminele de îngrijire vârstnici) pot acorda **îngrijire respiro în comunitate**. Alternativele includ locuințele comunitare de grup sau locuitul la alte familii. Îngrijirea respiro în comunitate este planificată, formală și, de obicei, pe termen lung.

Surse: Mlitt & Canavan (2007), Smyer & Chang (1999), Robinson & Stalker (1993), Sydney Local Health District (n.d.).

**Centrele de criză așa cum sunt autorizate de către legislația română nu sunt un serviciu ce există și în altă parte.** De regulă, ceea ce se consideră servicii de criză sau respiro de urgență în alte contexte sunt, de fapt, **forme de respiro** pentru persoanele cu dizabilități și se pot referi la trimiterea unui profesionist în îngrijire respiro la domiciliu în cazul unui eveniment neprevăzut sau planificat sau plasarea temporară a beneficiarului îngrijirii în afara domiciliului pentru a degreva îngrijitorul. O urgență este descrisă ca o situație neprevăzută ce obligă îngrijitorul principal sau cel de rezervă să plece din domiciliu. În plus, îngrijirea respiro de urgență trebuie folosită în cazul evenimentelor neprevăzute care periclitează

sănătatea și siguranța beneficiarului îngrijirii sau a îngrijitorului, expunând unui risc beneficiarul îngrijirii. Se poate folosi această definiție în mai multe situații, inclusiv, dar fără a se limita la, îmbolnăvirea îngrijitorului (fizică, mintală sau emoțională), internarea îngrijitorului sau pe durata unui consult medical, îmbolnăvirea unei persoane apropiate, înmormântare/priveghi, reducerea stresului, consiliere/sprijin în cazul abuzului de droguri/alcool, tranziții ale beneficiarului îngrijirii (medii de locuit), pierderea condițiilor de muncă.<sup>108</sup> Îngrijirea respiro se poate folosi și ca o alternativă la internare pentru cei cu boli mintale. Astfel, centrele de îngrijire respiro de criză pot fi o alternativă viabilă la camerele de gardă și spitalizare pentru pacienții cu boli mintale. Un centru de îngrijire respiro de criză oferă adăpost și supraveghere un anumit interval de timp, punând accentul mai degrabă pe pacienți, decât pe îngrijitori.<sup>109</sup> Concluziile trase în urma analizei literaturii de specialitate indică faptul că o modificare a situației îngrijitorului (conform celor de mai sus) este asociată îngrijirii respiro de urgență, iar o modificare a situației beneficiarului îngrijirii este asociată îngrijirii respiro de criză (crize psihiatrice, de exemplu).

**Deși reprezintă o parte importantă a peisajului serviciilor de la nivelul comunității pentru persoanele cu dizabilități, există foarte puține centre de criză și respiro în România.** La 30 septembrie 2020, existau doar 4 centre de respiro<sup>110</sup> și 2 centre de criză la nivel național.<sup>111</sup> Numărul acestora nu s-a schimbat semnificativ în ultimii 5 ani: deși numărul centrelor respiro a crescut cu unul din 2013, cel al centrelor de criză a scăzut de la 4. În ciuda programului de interes național lansat în 2016 de către ANDPDCA pentru a finanța serviciile din comunitate, inclusiv centre de criză și respiro,<sup>112</sup> numărul acestora este în continuare mic. În 2020, ultima rundă de apeluri de proiecte pentru a înființa acest tip de centre a finanțat 6 centre respiro. Strategia Națională actuală privind persoanele cu dizabilități își propune să crească numărul de centre de criză și respiro ca unul din indicatorii de rezultat pentru măsurarea îmbunătățirii accesului persoanelor cu dizabilități la servicii sociale de la nivelul comunității necesare pentru un trai independent.<sup>113</sup>

**Înființarea centrelor respiro și de criză a fost influențată de mai multe dificultăți.** Procesul de înființare a centrelor respiro și de criză este plin de probleme atât cu privire la profilul specific al serviciului, cât și la mecanismele instituționale și financiare ce pot afecta dezvoltarea serviciilor sociale în general. Motivele principale invocate de directorii DGASPC pentru lipsa inițiativelor de înființare a centrelor respiro și de criză sunt următoarele: (i) restricții bugetare; (ii) lipsa cererii de astfel de servicii la nivel local; (iii) convingerea că autoritățile publice locale sau ONG-urile sunt cele care trebuie să presteze aceste servicii; (iv) dificultatea justificării cheltuielilor cu privire la resursele administrative și umane, ținând cont că aceste centre trebuie să ofere un serviciu doar pe o perioadă limitată de timp și nu se poate anticipa un flux constant de beneficiari și (iv)???? lipsa personalului calificat corespunzător și/sau a spațiului

<sup>108</sup> Illinois Respite Coalition (n.d.)

<sup>109</sup> Hoge M.A., Davidson L., Sledge W.H. (1997: 191–204).

<sup>110</sup> Conform datelor ANDPDCA, la 30 septembrie 2020, doar unul din centrele respiro oferea servicii pentru 7 persoane cu dizabilități.

<sup>111</sup> Conform datelor ANDPDCA.

<sup>112</sup> „Înființarea de servicii sociale de tip centre de zi, centre respiro/centre de criză și locuințe protejate în vederea dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități aflate în instituții de tip vechi și pentru prevenirea instituționalizării persoanelor cu dizabilități din comunitate”. PIN a fost aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 798/2016.

<sup>113</sup> Planul operațional pentru implementarea Strategiei Naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2027. Obiectivul specific 5.3. Îmbunătățirea accesului la servicii sociale în comunitate necesare pentru un trai independent. Măsură 5.3.2. Acordarea de servicii sociale precum centre respiro și de criză prin înființarea, inclusiv cu finanțare din fonduri europene, și/sau contractarea acestora și desfășurarea campaniilor de conștientizare în rândul persoanelor cu dizabilități și ale rudelor în legătură cu existența acestora. În prezent se află în proces de consultare.

corespunzător.<sup>114</sup> Tăierile de fonduri, deficitul de personal, reducerea numărului de paturi și conversia paturilor pentru servicii respiro în paturi pentru îngrijire de tranziție sau pe termen lung au contribuit la reducerea disponibilității serviciilor respiro și în alte țări. Conform unui studiu publicat în 2019 de către Family Carers Ireland, Colegiul Medicilor Psihatri din Irlanda, și Școala de asistenți medicali, moașe și sisteme de sănătate din cadrul University College Dublin, 83% din rudele îngrijitorilor nu au acces la servicii respiro corespunzătoare.<sup>115</sup> Există diverse acțiuni de sensibilizare ce pun accentul pe nevoile continue din domeniul serviciilor de îngrijire de tip respiro.<sup>116</sup> Aceleași temeri se regăsesc și în relatările mass-media.<sup>117</sup>

## 2.2.2. Descrierea serviciilor

### Profilul serviciilor

**În prezent există doar două centre de criză în România care oferă servicii pentru 17 beneficiari.** Ambii furnizori de servicii sunt publici și subordonați DGASPC-urilor locale și se află în orașe mici - unul în regiunea de sud, iar celălalt în sud-vest. Ambele servicii au fost înființate cam în aceeași perioadă, Serviciul 1 în 2006 iar Serviciul 2 în 2007, în urma deciziilor Consiliilor Județene în raza cărora se află. Deși doar Serviciul 1 este autorizat în prezent ca serviciu de criză/respiro, profilul beneficiarilor actuali nu se potrivește cu cel al unui centru respiro conform prevederilor standardelor. Aceste servicii au o capacitate de 12 și respectiv 15 locuri și, la momentul colectării datelor, Serviciul 1 avea 8 beneficiari, iar Serviciul 2 avea 9.

**Obiectivul centrelor este de a oferi servicii persoanelor cu dizabilități în situații de viață dificile.**

Obiectivul Serviciului 1 este de a oferi servicii de sprijin beneficiarilor pentru a depăși situații dificile, pentru a preveni și combate riscul de excludere socială și pentru a promova incluziunea socială și a le crește calitatea vieții.<sup>118</sup> Obiectivul Serviciului 2 este de a asigura cazare, asistență medicală și îngrijire personală, recuperare și reabilitare neuropsihiatrică, sprijin și consiliere emoțională, dezvoltarea competențelor de trai independent, socializare, integrare și reintegrare în familiile persoanelor adulte cu dizabilități care nu au îngrijitori sau ai căror îngrijitori nu le pot oferi un mediu de sprijin sau de protecție.<sup>119</sup>

**Motivele pentru acceptarea beneficiarilor în ambele servicii nu se potrivesc cu cele specificate în standardele pentru centrele de criză sau respiro.** Deși standardele pentru centrele de criză menționează explicit că persoanele cu dizabilități trebuie acceptate în serviciu dacă se confruntă cu situații critice de viață precum îmbolnăviri subite, accidentarea sau decesul asistentului personal, evacuarea din locuință, calamități naturale, niciunul dintre beneficiarii actuali din cele două centre nu a fost acceptat din aceste motive, conform declarațiilor personalului din servicii. Totuși, regulamentele de ordine interioară ale serviciilor au prevederi mai largi cu privire la profilul persoanelor ce pot fi acceptate. Serviciul 1 acceptă persoanele cu dizabilități care se confruntă cu situații dificile (nu se detaliază mai mult) și - în circumstanțe excepționale - persoanele fără adăpost, persoanele fără documente de identitate, persoanele fără locuințe corespunzătoare, victimele abuzurilor - neglijate fizic și psihologic, persoane cu calificări învechite fără șanse de reinsertie socială sau profesională.<sup>120</sup> Serviciul 2 acceptă persoane care necesită îngrijire medicală permanentă ce nu se poate acorda la domiciliu, nu pot trăi independent, nu au îngrijitori legali

<sup>114</sup> Banca Mondială (2020: 219).

<sup>115</sup> Eurocarers (n.d.)

<sup>116</sup> National Federation of Voluntary Service Providers (2019); Care Alliance Ireland (n.d.).

<sup>117</sup> Wall, Martin (2021), BreakingNews (2021).

<sup>118</sup> ROF, Serviciul 1, Art. 3.

<sup>119</sup> ROF, Serviciul 2, Art. 3.

<sup>120</sup> ROF, Serviciul 1, Art. 6(1).

sau îngrijitorii nu pot acorda îngrijire, nu au venit sau venitul este insuficient pentru un trai decent în comunitate și persoane fără adăpost.

**Durata șederii în cele două centre indică faptul că serviciile au mai degrabă un profil rezidențial decât de serviciul de la nivelul comunității care trebuie să prevină instituționalizarea.** Durata maximă de ședere în ambele centre din ultimii doi ani a fost de 365 de zile, în timp ce durata minimă a fost de 36 de zile în Serviciul 1 în 2019 și 5 zile în Serviciul 2 în 2020 (vezi Tabelul 18). Datele din evaluările externe au arătat că în Serviciul 1 toți beneficiarii actuali au locuit mai mult de un an și 6 dintre aceștia mai mult de 2 ani, în timp ce durata de ședere pentru toți beneficiarii actuali din Serviciul 2 a fost de mai puțin de 1 an. Deși standardul prevede că activitățile din centrele de criză sau respiro trebuie acordate persoanelor cu dizabilități o perioadă limitată de timp, nu specifică și cât ar trebui să fie durata de timp, și anume numărul minim sau maxim de zile. Totuși, ambele servicii evaluate au propriile prevederi cu privire la durata șederii pentru beneficiarii acestora între 15 și 35 de zile,<sup>121</sup> pe care nu le respectă conform datelor strânse.

**Tabelul 18. Durata șederii beneficiarilor în serviciile evaluate (zile)**

Durata șederii/zile	Serviciul 1		Serviciul 2	
	2019	2020	2019	2020
Minim	36	333	27	5
Mediu	200	349	180	365
Maxim	365	365	180	365

*Sursa:* Studiul realizat de Banca Mondială cu privire la centrele de criză și respiro (2020)

**În ciuda obiectivului lor de a sprijini beneficiarii să depășească situațiile dificile de viață și de a le asigura integrarea în comunitate, centrele par să acorde fie o cazare pe termen lung, fie un popas în calea către o instituționalizare pe termen lung.** Există o diferență semnificativă între cele două servicii cu privire la fluxul de beneficiari. În cazul Serviciului 1, doar 2 contracte de servicii pentru beneficiari au încetat în 2019 și doar 1 în 2020, în timp ce majoritatea pare să locuiască pe termen lung în centru. În cazul Serviciului 2, 14 și 15 beneficiari au încetat șederea în centru în 2019 și respectiv 2020. Conform datelor raportate de personal precum și din evaluarea externă a Serviciului 2, majoritatea beneficiarilor sunt acceptați pe o durată mai scurtă (săptămâni - luni) și sunt ulterior transferați în centre rezidențiale pe termen lung.

## Profilul beneficiarului

**Majoritatea beneficiarilor constau în persoane cu dizabilități psihosociale și intelectuale.** 7 din 9 persoane care au beneficiat de Serviciul 1 în 2020 prezentau un handicap mintal, în timp ce distribuția celor 18 beneficiari din Serviciul 2 în 2020 este mai uniformă între dizabilitățile intelectuale, psihosociale și asociate. Totuși, majoritatea beneficiarilor din ambele servicii prezintă dizabilități accentuate. Profilul lor de vârstă este neomogen, majoritatea având familii cunoscute (vezi

Tabelul-Anexă 3).

**Motivale acceptării beneficiarilor în centru de criză variază.** Majoritatea beneficiarilor actuali provin din sistemul de protecție specială pentru copii (11 din 17 beneficiari în total) și au fost acceptați deoarece nu

<sup>121</sup> Conform specificațiilor din Regulamentul de Organizare și Funcționare (ROF) al Serviciului 2 acordate de serviciu în cadrul străngerii datelor. În cazul Serviciului 1, aceste informații sunt incluse într-un material de informare publică cu privire la centru, publicat de DGASPC locală (DGASPC VĂLCEA, 2016). Disponibil la: <http://www.dgaspc-vl.ro/documente/2016/material%20informativ%20CCRC%20Babeni.doc>

s-au putut presta alte servicii în comunitate.<sup>122</sup> Doi beneficiari au familii care nu îi mai puteau îngriji, iar alți doi beneficiari nu dispun de locuință, o rețea socială sau acces la servicii care să îi poată ajuta să locuiască în comunitate. Beneficiarii intervievați fie au fost aduși în centre de către familiile lor din lipsă de alte opțiuni, fie nu aveau rețele sociale sau acces la locuințe și venit și niciun alt loc unde să apeleze, centrul de criză fiind singura lor opțiune.

### 2.2.3. Respectarea standardelor și analiza implementării

Această secțiune prezintă o evaluare detaliată a respectării cerințelor minime din standarde, folosind atât auto-evaluarea serviciului, informațiile obținute din evaluarea externă, interviurile cu coordonatorii de servicii și beneficiarii, cât și analiza documentelor puse la dispoziție de servicii.

#### Modulul 1. Managementul serviciilor sociale

Primul modul asigură respectarea legilor și regulamentelor aplicabile privind organizarea și managementul serviciului, mai exact finanțarea serviciului, angajarea și păstrarea personalului calificat, prestând serviciul unor anumite tipuri de beneficiari, păstrând documentația administrativă internă corespunzătoare și stabilind parteneriate relevante în comunitate. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 19.

**Tabelul 19. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 1. Managementul serviciilor sociale**

<b>STANDARDUL 1: ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE</b>	
Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile generale de organizare a serviciului și de gestionare a acestuia, precum procedurile de înființare a serviciului, personalitatea juridică, capacitatea minimă a serviciului (4 locuri pentru respiro și 2 pentru centrele de criză), profilul beneficiarilor ce pot fi acceptați în aceste servicii, tipul de autorizare necesară, responsabilitățile coordonatorilor, instruirea personalului în domenii precum egalitate, prevenirea neglijenței, violenței și abuzului, favorizarea unei vieți independente pentru beneficiar etc., încurajând parteneriate cu alte entități, inclusiv voluntari, organizații neguvernamentale și alți specialiști.
Auto-evaluarea	<p>Conform auto-evaluării, serviciile au respectat cerințele minime, cu câteva excepții.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Serviciul 2 a raportat că nu a fost înființat în urma unei decizii a unui FSS și nici nu a avut o înștiințare de acceptare din partea ANDPDCA necesară pentru funcționarea serviciului sau o autorizație sanitară.</li> <li>➤ Ambele servicii au avut un raport anual cu privire la servicii, însă Serviciul 2 nu a inclus în raport aspectele privind proiectele finanțate, vizitele de monitorizare sau analiza chestionarelor de satisfacție aplicate beneficiarilor în anul anterior.</li> <li>➤ Ambele servicii au avut planuri de formare anuală pentru personal cu modulele de formare obligatorii, însă Serviciul 2 nu a prevăzut instruire în domeniul Respectării și încurajării autonomiei și</li> </ul>

<sup>122</sup> Copiii pot beneficia de protecție specială până la împlinirea vârstei de 18 ani. Aceasta se poate prelungi încă 2 ani în cazul persoanelor care nu se pot întoarce în familie și care se confruntă cu riscul de excluziune socială și până la vârsta de 26 de ani în cazul persoanelor care își continuă studiile. Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului. Art. 55.



	<p>independenței beneficiarilor și nici nu a acordat instruire pe această temă personalului în 2020. În plus, nu a inclus dovada instruirilor în dosarele de personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Serviciul 2 a raportat că nu încurajează voluntariatul sau colaborările cu alte organizații, specialiști sau experți din domeniu. Deși promovează astfel de colaborări, Serviciul 1 nu a raportat niciuna în 2020.</li> <li>➤ Ambele servicii au raportat că serviciul respectă cerințele standardului privind structura, calificările și responsabilitățile personalului.</li> </ul>
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Evaluarea externă și documentele depuse au arătat că, de fapt, unele standarde nu sunt întrunite așa cum se raportase în auto-evaluare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rapoartele de activitate pentru 2020 în cazul ambelor centre nu au inclus o evaluare a gradului de respectare a standardelor și a posibilelor dificultăți, nici măsurile ce ar fi rezultat în urma analizei chestionarelor aplicate beneficiarilor/reprezentanților legali cu privire la calitatea vieții în centru, deși Serviciul 1 a raportat că a inclus aceste aspecte în raport.</li> <li>➤ Spre deosebire de auto-evaluarea privind respectarea instruirilor anuale obligatorii pentru personal, evaluarea externă a arătat că personalul ambelor servicii nu a beneficiat de formare în domeniul respectării diversității, respectării și încurajării autonomiei individuale și independenței persoanelor cu dizabilități și respectării demnității și vieții private a beneficiarilor.</li> </ul>
Observații	<p>Standardul este vag cu privire la cine trebuie să îi acorde personalului instruirea anuală, materialele folosite și modul în care personalul trebuie evaluat cu privire la competențele dobândite.</p>
<b>STANDARDUL 2: CAZARE</b>	
Descrierea standardului	<p>Standardul acoperă condițiile minime necesare pentru a se asigura că beneficiarii au acces la condiții curate, confortabile și sigure de trai - localizarea serviciului în comunitate, internate, camere și spații de socializare și recreere, îmbrăcăminte, instalații sanitare, acces la mijloace de comunicare.</p>
Auto-evaluarea	<p>Conform formularului de auto-evaluare, există câteva cerințe minime pe care serviciile nu le-au respectat, în timp ce celelalte cerințe au fost respectate în mod diferit în fiecare caz în parte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ S-a raportat că ambele servicii se află în comunitate, Serviciul 1 fiind mai departe de serviciile și centrele comunitare precum magazine, poștă, bănci, gară, parcuri, biserică și transport în comun. Însă Serviciul 2 s-a aflat mult mai departe de un spital public - la 20 de km.</li> <li>➤ Ambele centre aveau camere pentru mai mult de 2 beneficiari conform cerințelor standardelor (2 camere în cazul Serviciului 1 și toate cele 3 camere pentru Serviciul 2), în timp ce Serviciul 1 a inclus acordul beneficiarilor pentru a locui în cameră cu alți beneficiari.</li> <li>➤ Per total, s-a raportat că Serviciul 2 respectă într-o măsură mai mică cerințele minime, precum gardul din jurul serviciului care afectează vizibilitatea în afara și în interiorul amplasamentului, lipsa unei</li> </ul>

	camere de socializare pentru beneficiari, folosirea toaletei și a băilor de către mai mult de 4 beneficiari, fără acces la internet.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Datele din evaluările externe au confirmat că Serviciul 1 este mai degrabă izolat de comunitate și că nu se puteau vedea clădiri rezidențiale sau publice în proximitate, în timp ce Serviciul 2 le-a oferit beneficiarilor o atmosferă mai puțin familială și un mediu de trai mult izolat cu ferestre cu bare, fără camere de socializare, zone de dormit impersonale, gresie sau faianță lipsă în baie și fără hârtie igienică sau săpun la toalete și, în general, o clădire în stare de deteriorare - per total, ducând cu gândul la tipul vechi de centre rezidențiale.</p> <p>Niciunul dintre servicii nu a fost pe deplin accesibil pentru persoanele cu dizabilități fizice sau cu mobilitate redusă, neasigurând unul sau majoritatea din următoarele aspecte: uși care se deschid larg, fără scări sau praguri în interior sau rampe de acces sau planuri înclinate, balustradă, semnale tactile de orientare. În timp ce evaluatorii au evaluat clădirile ca asigurând condiții generale bune de trai (fără geamuri sparte sau care nu se închid, exfiltrații și mucegai, podele sparte, acoperiș neizolat) și, în general, cu o infrastructură care nu pune în pericol siguranța beneficiarilor.</p> <p>Beneficiarii intervievați în cadrul evaluării cuprinzătoare au fost mulțumiți în general de condițiile de trai, însă unii s-au plâns de încălzirea sau ventilația sezonieră insuficientă sau de starea băilor. Unii beneficiari nu au avut acces la un telefon mobil sau credit pentru a vorbi cu prietenii și familia, exprimându-și dorința de a avea acces și la laptopuri și internet.</p>

### STANDARDUL 3: ALIMENTAȚIE

Descrierea standardului	Standardul include cerințele privind asigurarea unei alimentații variate, hrănitoare și corespunzătoare pentru beneficiari, pregătită și servită în condiții igienice și într-un mediu familial.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, se respectă majoritatea cerințelor, dar sunt și câteva excepții. În cazul Serviciului 1, beneficiarii nu au avut ocazia de a mânca fie într-un spațiu de mâncat, spațiu de socializat sau în dormitoarele proprii. Serviciul 2 nu avea bucătărie sau o zonă de depozitare a mâncării deoarece aceasta se pregătește și se servește de către centrul rezidențial din apropiere. Serviciul 2 a raportat și că nu evită servirea de mâncăruri semipreparate sau procesate acordând fructe proaspete și deserturi de casă pentru beneficiari de cel puțin trei ori pe săptămână, conform cerințelor standardului.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluările externe au indicat că Serviciul 2 a servit mâncare într-un spațiu mare de luat masa cu 16 locuri, la masă, cu scaune, care nu semăna cu un mediu familial. Beneficiarii nu sunt implicați nici în cumpărarea sau gătitul mâncării, nici în alegerea meniului. Un respondent chiar s-a plâns că uneori mâncarea nu este suficientă deși, în general, beneficiarii plătesc din proprii bani pentru dulciuri sau mâncarea suplimentară pe care doresc să o consume. Deși chestionarele de feedback privind calitatea serviciilor aplicate anual beneficiarilor din ambele servicii nu includ întrebări despre mâncare, iar Serviciul 2 a raportat în timpul evaluărilor externe că beneficiarii au făcut sugestii prin intermediul chestionarelor, niciunul din rapoartele anuale nu a inclus măsuri cu privire la îmbunătățirea calității alimentației. Este neclar

	cum și dacă beneficiarii își pot exprima preferințele alimentare și dacă se țin cont de acestea.
<b>STANDARDUL 4: ASISTENȚĂ MEDICALĂ</b>	
Descrierea standardului	Standardul include cerințele minime pe care serviciul trebuie să le respecte pentru a se îngriji de și a menține sănătatea beneficiarilor, precum cunoașterea și aplicarea procedurilor specifice de a menține sănătatea beneficiarilor, monitorizarea sănătății acestora, ajutarea beneficiarilor să acceseze îngrijiri medicale primare și specializate, sprijin pentru administrarea medicamentelor precum și aspecte ce țin de consimțământ.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, sunt respectate majoritatea cerințelor, cu excepția celei privind asigurarea consimțământului beneficiarilor sau al reprezentanților lor legali pentru tratament sau îngrijire în circumstanțe excepționale, incluzându-le consimțământul în dosarul personal, pe care Serviciul 1 a declarat că nu îl respectă. Și Serviciul 2 a raportat că nu a inclus în procedura medicală specifică secțiunea obligatorie cu privire la modalități de intervenția în cazul consumului de alcool, droguri sau fumat.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Deși personalul centrului a raportat că toți beneficiarii au un doctor de familie, datele din evaluările externe au indicat că niciunul dintre aceștia nu știe numele medicului și nici nu îl poate contacta direct dacă ar fi nevoie, deoarece accesul la îngrijire primară se face exclusiv prin intermediul personalului.</p> <p>Beneficiarii care au locuit în centru de peste un an au beneficiat în 2020 de un consult medical minim - li s-a luat tensiunea arterială tuturor celor 8, iar de la 4 s-a recoltat sânge pentru analize de bază. Toți beneficiarii, cu excepția unuia, primesc medicamente psihotropice cu ajutorul unui asistent medical, în ambele centre. Deși toți beneficiarii au raportat că avut acces la servicii psihiatrice de minim trei ori în 2020, beneficiarii Serviciului 2 nu au avut acces la servicii de sănătate mintală sub formă de psihoterapie, consiliere etc.</p> <p>Deși conform standardului procedura obligatorie specifică pentru menținerea sănătății trebuie să includă prevederi cu privire la dreptul beneficiarilor de a alege un anumit tratament, Serviciul 2 a raportat în timpul evaluărilor externe că cel puțin câtorva beneficiari li se administrează medicamente psihotropice fără consimțământ în cunoștință de cauză. Personalul a indicat că deși beneficiarii nu sunt obligați <i>de facto</i> să ia medicamentele, practica de asigurare a consimțământului este dificilă în cazul beneficiarilor cu nevoi mari de sprijin în vederea comunicării și înțelegerii. În ciuda vizitelor anterioare de monitorizare din partea autorităților de stat în care s-a atras atenția cu privire la această practică problematică și a obligației de a asigura consimțământul în cunoștință de cauză pentru toate tratamentele, personalul a raportat că nici ei, nici beneficiarii nu cunosc pașii pentru asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză. Dimpotrivă, Serviciul 1 a raportat în timpul evaluărilor externe că toată medicația este administrată doar cu consimțământul în cunoștință de cauză al beneficiarilor din moment ce personalul se asigură că le explică beneficiarilor efectele bune ale medicamentelor atunci când aceștia din urmă refuză uneori să le ia. Interviurile cu beneficiarii au sugerat</p>

	<p>că au cunoștințe limitate despre tipul de medicamente administrate și indicațiile acestora, deși unii au putut să spună ce diagnostic au și denumirile medicamentelor. În general, beneficiarii s-au referit la medicamentele psihotropice administrate ca la o practică pe termen lung ce aparent era „pentru binele lor” și nu în urma deciziilor care trebuie să îi implice în mod continuu.</p> <p>Documentele depuse de serviciu nu au inclus prevederi despre obligația de a asigura consimțământul în cunoștință de cauză, integral, al beneficiarilor pentru administrarea medicamentelor, nici despre cunoștințele pe care trebuie să le aibă personalul cu privire la asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză, deși personalul a făcut trimitere la documente precum că ar include aceste aspecte (precum Procedura privind menținerea stării de sănătate a beneficiarilor, Regulamentele de organizare și funcționare a serviciului, Codul de etică).</p>
Observații	<p>Standardul trebuie să specifice ce ar trebui să includă examenul medical anual obligatoriu pentru a se asigura că beneficiarii au acces la îngrijire medicală de prevenție, precum și de tratare, ținând cont că majoritatea beneficiarilor din centrele evaluate au probleme medicale complexe (jumătate din beneficiarii din Serviciul 1 și toți din Serviciul 2 au probleme medicale complexe și un plan individualizat pentru prevenire, intervenție și reabilitare supravegheat de centre). În plus, standardul trebuie să includă prevederi despre cum să se asigure consimțământul în cunoștință de cauză al beneficiarilor (asigurându-le atât personalului, cât și beneficiarilor materiale și instruire privind pașii ce trebuie luați pentru a obține consimțământul). Acest aspect este deosebit de important în cazul beneficiarilor cărora li se administrează medicamente psihotropice, dat fiind că acest consimțământ în cunoștință de cauză depinde de acordarea informațiilor medicale adecvate și corecte în format accesibil cu privire la diagnostice medicale, efectele secundare ale medicamentelor precum și accesul la alternative nemedicale, inclusiv servicii de sănătate mintală, sprijin <i>inter pares</i> etc. În prezent, medicamentele psihotropice și serviciile de psihiatrie sunt singurele servicii medicale acordate beneficiarilor cu dizabilități psihiatrice în cele 2 centre de criză evaluate, ceea ce limitează în plus posibilitatea acordării consimțământului în cunoștință de cauză.</p>

## Modulul 2. Accesarea serviciului social

Al doilea modul acoperă o serie de cerințe cu privire la furnizarea de informații despre serviciu (admitere, activitate și servicii furnizate de centre, drepturi și obligații, contractul de servicii), inclusiv informații în formate accesibile pentru posibili beneficiari, procedura de admitere, aspecte cu privire la conținutul dosarelor personale ale beneficiarilor și confidențialitate, precum și aspecte cu privire la suspendarea/încetarea contractului de prestări servicii. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 20.

**Tabelul 20. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 2. Accesarea serviciului social**

STANDARDUL 1: INFORMAȚII	
Descrierea standardului	Standardul acoperă aspecte pe care serviciul trebuie să le asigure cu privire la informațiile furnizate în legătură cu serviciul oricui ce ar putea beneficia

	de serviciu, informații care trebuie furnizate și în formate accesibile, precum și cu privire la ocazia de a vizita serviciul înainte de admitere.
Auto-evaluarea	<p>Conform formularului de auto-evaluare, nu s-au respectat unele cerințe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Serviciul 2 nu a inclus în materialele informative aspecte obligatorii cu privire la contractul de servicii și nici despre drepturile și obligațiile beneficiarilor.</li> <li>➤ Niciun serviciu nu a furnizat materiale informative în formate accesibile precum Braille, prezentări audio-video, interpretare în limbaj mimico-gestual, deși au oferit informații în formate ușor de citit. Serviciul 1 a raportat că nu era necesar să se furnizeze informații în alte formate, aparent pentru că nu existau beneficiari în prezent care să aibă nevoie să acceseze astfel de formate.</li> <li>➤ Deși ambele servicii permit vizite ale persoanelor interesate în serviciu, a avut o singură vizită la Serviciul 1 în ultimii ani, aparent din cauza lipsei de locuri libere, conform celor raportate de personalul serviciului.</li> </ul>
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Datele de la evaluările externe raportate de personalul serviciului arată că doar beneficiarii Serviciului 1 au putut vizita centrul înainte de admitere, au primit informații despre organizarea serviciului, s-au putut întâlni cu alți rezidenți și personalul din serviciu și au primit informații despre alte servicii comunitare, inclusiv alternativa la centrele de criză. Totuși, beneficiarii intervievați din ambele servicii au indicat mai degrabă faptul că au primit informații minime despre serviciu și activitățile din centru și despre contractul de servicii și doar după ce erau deja admiși în centre. În plus, doar Serviciul 1 le oferă informații beneficiarilor în spații accesibile tot timpul pe durata șederii în centru, însă aceste informații acoperă doar activități și servicii acordate în centru și drepturi și obligații ale beneficiarilor.
Observații	Atât FSS, cât și personalul serviciului trebuie să se asigure că beneficiarii primesc toate informațiile relevante despre servicii în formate accesibile, că pot vizita serviciul și se pot întâlni cu personalul și beneficiarii înainte de a fi admiși în serviciu și pe toată durata șederii lor ulterioare.
<b>STANDARDUL 2: ADMITERE</b>	
Descrierea standardului	Standardul include aspecte cu privire la pașii necesari pe care un posibil beneficiar trebuie să îi parcurgă pentru a fi admis în centru, orizontul de timp al admiterii precum și obligația de a le explica beneficiarilor prevederile contractului de servicii folosind formate accesibile de comunicare.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea cerințelor minime ale standardului. Niciun beneficiar admis în ultimii 2 ani nu a solicitat comunicare și informații în legătură cu contractul de servicii în formate accesibile.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Doar unul dintre beneficiarii intervievați a avut un exemplar al contractului de servicii care era păstrat în biroul coordonatorului de servicii, în timp ce alții nu au putut oferi informații despre contract, nici dacă au semnat unul, nici cu privire la conținutul acestuia. Din moment ce toți beneficiarii au capacitate juridică deplină și niciun reprezentant legal care să fi semnat contractul în locul lor, necunoașterea informațiilor din contract (indiferent de momentul admiterii acestora) ridică semne de întrebare cu privire la

	accesibilitatea și eficacitatea comunicării dintre personal și beneficiari cu privire la conținutul contractului.
Observații	Personalul serviciului trebuie să se asigure că toți beneficiarii sunt sprijiniți în a comunica despre și a înțelege prevederile contractului de servicii.
<b>STANDARDUL 3: DOSARUL PERSONAL AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințele cu privire la documentele obligatorii ce trebuie incluse în dosarul personal al beneficiarilor, precum și aspecte de confidențialitate cu privire la datele din dosarele personale.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea integrală a standardului. Toate dosarele personale au inclus pentru admitere: a) cererea de admitere, semnată de beneficiar/reprezentantul legal; b) ordinul de admitere de la FSS, în original; c) o copie după actul de identitate și de stare civilă, după caz, al beneficiarului; d) o copie după documentul valabil ce testă gradul de dizabilitate; e) contractul de prestări servicii semnat de către părți, în original. Niciun beneficiar nu a solicitat să își vadă dosarul în 2020, în ciuda faptului că acesta este un drept prevăzut în standard.
<b>STANDARDUL 4: SUSPENDARE/ÎNCETAREA SERVICIULUI</b>	
Descrierea standardului	Standardul se referă la aspecte cu privire la situațiile ce pot duce la suspendarea/încetarea contractului de servicii, etapele procedurilor și documentele necesare, precum și responsabilitățile FSS.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au respectat standardul. Există diferențe semnificative între cele două servicii cu privire la cauzele suspendării și încetării serviciului. Serviciul 1 a avut mai multe cazuri de suspendare temporară a serviciului din cauza internării în spital pentru mai mult de 30 de zile sau la cererea beneficiarilor în 2019 și 2020 și foarte puține încetări ale serviciului, indicând șederea pe termen lung a beneficiarilor. Dimpotrivă, Serviciul 2 a avut foarte multe cazuri de încetare ca urmare a transferului în alte instituții rezidențiale - 12 în 2019 și 15 în 2020, dovedind că serviciul nu a prevenit instituționalizarea, oferind mai degrabă o soluție de ședere temporară pentru tinerii care vin din sistemul de protecție a minorilor înainte de a fi instituționalizați în alte centre.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	NA
Observații	Standardele trebuie să includă o ședere maximă în centre, să interzică admiterile consecutive precum și transferul beneficiarilor către centre rezidențiale pentru persoanele adulte cu dizabilități.

### Modulul 3. Evaluare și planificare

Cel de-al treilea modul se asigură că serviciul se prestează continuu în conformitate cu nevoile beneficiarului, printr-o evaluare și monitorizare corectă și un plan personalizat adecvat. Cerințele se concentrează pe proceduri, precum și pe documentația ce rezultă din acestea. Pentru o evaluare detaliată, vezi Tabelul 21.

Tabelul 21. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 3. Evaluare și planificare

<b>STANDARDUL 1: EVALUAREA PRE-ADMITERII ÎN CENTRE RESPIRO/POST-ADMITERII ÎN CENTRE DE CRIZĂ</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințe minime cu privire la evaluarea beneficiarilor – cum se desfășoară și de către cine și folosirea rezultatelor evaluării.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, majoritatea cerințelor minime sunt respectate, cu mai multe excepții. Deși standardul impune ca beneficiarul să fie implicat în procesul de evaluare de către echipa de evaluare și să se țină cont de opinia acestuia, Serviciul 1 a raportat că niciunul din cei 8 beneficiari nu a putut fi implicat în evaluare din cauza „capacității lor reduse de înțelegere/deficiență mintală”, în timp ce Serviciul 2 nu a putut să implice 1 beneficiar ce nu mai putea vorbi în urma unui atac cerebral.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Toate dosarele beneficiarilor evaluate în timpul vizitelor externe au respectat standardul în sensul că au inclus majoritatea aspectelor pe care trebuie să le acopere evaluările - starea de sănătate, nivelul de autonomie și comunitate, nevoi specifice de îngrijire și asistență, reabilitare, relații, riscuri educaționale și culturale și (parțial) ce țin de consumul de alcool și droguri. Toate fișele de evaluare au inclus rezultate ale evaluărilor, nevoile identificate, serviciile și activitățile desfășurate și personalul responsabil de furnizarea acestora, precum și semnăturile beneficiarilor. Totuși, evaluările nu au inclus o descriere a modului în care beneficiarii au fost implicați activ în procesul de evaluare și dacă au putut să comunice aspectele importante pentru ei și tipul de sprijin pe care și-ar fi dorit să îl primească. De fapt, unii dintre beneficiarii intervievați abia și-au putut aminti un fel de evaluare când au fost admiși în centru sau detalii despre alte evaluări ulterioare. Beneficiarii Serviciului 2 au indicat în mod specific faptul că evaluările nu au avut scopul de a identifica ce tip de servicii și activități ar putea avea nevoie și ce și-ar dori sau le-ar plăcea acestora, ci mai degrabă nivelul lor general de satisfacție cu privire la viața din centru.</p> <p>Procesul de interviuare a beneficiarilor din centrele de criză a indicat că existau, într-adevăr, diferențe între nivelul nevoilor de sprijin pentru a înțelege un fel de comunicare. Totuși, deși în cazul Serviciului 1 personalul a raportat că niciun beneficiar nu a putut fi implicat în procesul de evaluare și apoi în planificarea activităților desfășurate pentru aceștia, evaluatorilor externi nu le-a fost dificil să realizeze interviuri cu cel puțin unii dintre aceștia, deoarece beneficiarii aveau nevoi minime de sprijin pentru înțelegere și comunicare.</p>
Observații	Standardele trebuie să includă și alte cerințe pentru a asigura în mod eficace participarea beneficiarilor la procesul de evaluare, inclusiv prevederi pentru comunicare accesibilă și sprijin în vederea luării unei decizii.
<b>STANDARDUL 2: PLANUL PERSONALIZAT</b>	
Descrierea standardului	Standardul impune ca centrul să desfășoare activități și servicii care răspund nevoilor beneficiarilor identificate în timpul evaluării.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea parțială a standardului. Toate dosarele beneficiarilor au inclus un Plan Personalizat cu activități și servicii

	acordate beneficiarilor, programul și personalul responsabil, precum și semnăturile beneficiarilor. Cu privire la implicarea beneficiarilor în procesul de dezvoltare și decizie cu privire la Plan, ambele Servicii au oferit răspunsuri similare cu privire la lipsa capacității mintale sau dificultățile de comunicare cu beneficiarii care nu au putut fi implicați.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluările externe au indicat că niciun Plan Personalizat din eșantionul de dosare ale beneficiarilor nu a inclus o descriere a implicării beneficiarilor în planificarea activităților și serviciilor oferite în centru și modul în care s-a ținut cont de opiniile acestora în procesul respectiv. În plus, niciunul dintre beneficiarii intervievați nu cunoștea Planul Personalizat, iar un beneficiar a raportat că discută uneori cu personalul din centru care îi citește „chestii de pe niște hârtii”.
Observații	Standardul ar trebui să includă prevederi clare despre ce trebuie să facă personalul pentru a include eficace și activ beneficiarii în procesul de evaluare și de actualizare a Planurilor lor Personalizate, întrebându-i ce li se pare important pe termen scurt și lung, ce tip de sprijin le trebuie, ce funcționează pentru ei în procesul de prestare a serviciului și ce cred ei că trebuie schimbat. Standardul trebuie să includă și prevederi care să asigure o comunicare accesibilă și sprijin în luarea unei decizii.
<b>STANDARDUL 3: MONITORIZARE</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințe minime care trebuie să asigure că toate activitățile din Planurile Personalizate ale beneficiarilor au loc în mod corespunzător, sub supravegherea unui manager de caz care se întâlnește săptămânal cu echipele de evaluare și discută schimbările de situație ale beneficiarilor.
Auto-evaluarea	Beneficiarii ambelor servicii aveau desemnați manageri de caz care au monitorizat și evaluat desfășurarea activităților conform Planului Personalizat. Totuși, în cazul Serviciului 1, managerii de caz s-au întâlnit doar de 6 ori cu echipa de evaluare în ultimele 6 luni pentru a discuta situația beneficiarilor, în timp ce standardul impune o frecvență obligatorie săptămânală a acestor întâlniri. În plus, fișa de monitorizare pe care managerii de caz trebuie să o completeze cu concluziile acestor discuții săptămânale nu a inclus nici comentarii cu privire la modul de a-i asigura beneficiarului un mediu sigur cu privire la protecția împotriva exploatării, violenței și abuzurilor, împotriva torturii și tratamentului crud, inuman sau degradant (Serviciul 1), nici rezumatul discuțiilor săptămânale între managerii de caz și echipa (Serviciul 2). Doar managerul de caz din cadrul Serviciului 2 pregătește un raport lunar pentru FSS cu privire la activitățile de monitorizare și evaluare.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluarea eșantionului de fișe de monitorizare din dosarele personale ale beneficiarilor a indicat că în cazul Serviciului 1 acestea nu au inclus aspecte impuse de standard - nici rezumatul discuțiilor dintre managerul de caz și echipa de evaluare, nici comentarii despre cum să le asigure beneficiarilor un mediu sigur.  Niciunul dintre beneficiarii intervievați din niciun serviciu nu știa ce este un manager de caz și cine era managerul său de caz.



Observații	Standardul nu impune ca managerii de caz să se întâlnească cu beneficiarii în cadrul responsabilităților lor de monitorizare și evaluare, nici ca beneficiarii să participe la întâlnirile cu managerii de caz și echipele de evaluare pentru a discuta împreună situația lor cu privire la activitățile oferite, reclamațiile și alte forme de sprijin necesar.
------------	--

## Modulul 4. Servicii și activități

Modulul 4 include standardele și cerințele minime pentru activitățile specifice pe care centrul de criză le oferă, informații și consiliere socială/asistență socială, consiliere psihologică, îngrijire și asistență și un program obișnuit de viață. Aceste servicii și activități reprezintă esența prestării serviciului. Pentru o evaluare a respectării standardelor, vezi Tabelul 22.

**Tabelul 22. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 4. Servicii și activități**

<b>STANDARDUL 1: INFORMAȚII ȘI CONSILIERE SOCIALĂ/ASISTENȚĂ SOCIALĂ</b>	
Descrierea standardului	Serviciul trebuie să le ofere beneficiarilor informații despre drepturile lor și prestațiile sociale. Aceste informații pot include aspecte cu privire la centrele medicale și serviciile de reabilitare, servicii de transport, servicii alternative și complementare prestate de FSS privați, angajare asistată etc.
Auto-evaluarea	Toți cei 8 beneficiari din Serviciul 1 au primit: (i) informații despre drepturile și beneficiile sociale, (ii) sprijin pentru păstrarea relațiilor cu familia și prietenii, (iii) informații despre servicii medicale, inclusiv cele pentru recuperare și reabilitare, (iv) informații și sprijin pentru obținerea serviciilor de transport, cu implicarea asistentului social, asistentului medical și psihologului. Dimpotrivă, beneficiarii Serviciului 2 au primit doar primele două tipuri de informații și sprijin din partea asistentului social. În toate cazurile, serviciile acoperite de standard s-au acordat în incinta centrului.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Doar unul dintre beneficiarii intervievați a primit unele dintre activitățile acoperite de standard, precum informații despre servicii de recuperare și reabilitare, beneficii de transport și sprijin pentru păstrarea legăturii cu familia. Deși ambele servicii au raportat în timpul evaluării că niciun beneficiar nu avea nevoie de sprijin pentru a găsi și a păstra un loc de muncă, cel puțin 2 din beneficiarii intervievați și-au exprimat dorința de a-și continua studiile și de a găsi un loc de muncă și de a-l păstra, dar au menționat și disponibilitatea personalului din serviciu de a le oferi sprijin în viitorul apropiat.
<b>STANDARDUL 2: CONSILIERE PSIHOLICĂ</b>	
Descrierea standardului	Consilierea psihologică este activitate acordată beneficiarilor pentru a le asigura echilibrul psiho-afectiv.
Auto-evaluarea	Doar Serviciul 1 a acordat consiliere psihologică pentru 9 beneficiari în 2020.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Majoritatea beneficiarilor intervievați nu au putut indica dacă primesc consiliere psihologică sau dacă ar avea nevoie de o astfel de activitate. Doar un beneficiar interviuat din Serviciul 1 a primit consiliere psihologică lunar, considerând-o o activitate utilă. Cu privire la Serviciul 2, un beneficiar a afirmat clar că are nevoie de consiliere psihologică pentru a-l ajuta cu furia și tristețea pe care le simte. Serviciul 2 a raportat în timpul evaluării externe

	nevoia de a angaja un psiholog care să răspundă nevoilor beneficiarilor pentru această activitate.
<b>STANDARDUL 3: ÎNGRIJIRE ȘI ASISTENȚĂ</b>	
Descrierea standardului	Standardul impune ca serviciul să le ofere beneficiarilor activități de îngrijire în funcție de nevoi și de programul inclus în Planul Personalizat.
Auto-evaluarea	<p>Serviciile au raportat respectarea integrală a standardului cu privire la activitățile oferite beneficiarilor, tipul de personal specializat care oferă aceste activități (asistent social debutant, asistent social principal și asistent medical), precum și acordarea articolelor de igienă necesare beneficiarilor. Serviciul 2 nu le-a oferit tehnologii de asistență beneficiarilor (în ciuda raportării că unii beneficiari au nevoie de acestea) și nici nu a oferit instruirea obligatorie personalului cu privire la folosirea acestor tehnologii.</p> <p>Activitățile specifice desfășurate în 2020 au fost următoarele: (i) ajutor la îmbrăcare/dezbrăcare (8 beneficiari din Serviciul 1 și 4 din Serviciul 2), (ii) ajutor pentru asigurarea igienei zilnice (7 beneficiari din Serviciul 1 și 4 din Serviciul 2), (iii) ajutor la administrarea medicamentelor (8 beneficiari din Serviciul 1 și 18 din Serviciul 2), (iv) ajutor pentru a comunica (8 beneficiari din Serviciul 1).</p>
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Toți beneficiarii intervievați au primit ajutor pentru a-și lua medicamentele, deși unii au sugerat că se pot îngriji singuri. Doar un beneficiar a primit ajutor pentru a comunica. În general, beneficiarii s-au descris ca fiind autonomi și că nu au nevoie de ajutor la îmbrăcare/dezbrăcare, igienă zilnică sau comunicare.
Observații	Există o neconcordanță evidentă între datele raportate de servicii și cele din interviurile cu beneficiarii, cu privire la tipul și nivelul de sprijin de care au nevoie beneficiarii cu privire la activitățile de îngrijire și asistență
<b>STANDARDUL 4: PROGRAMAREA VIEȚII OBIȘNUITE</b>	
Descrierea standardului	Serviciul trebuie să asigure activități beneficiarilor pentru a-i ajuta să își continue viața obișnuită.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat că activitățile din centre nu sunt oferite pentru a-i ajuta pe beneficiari să își continue viața obișnuită deoarece acesta este un standard ce se aplică centrelor respiro. Doar Serviciul 2 este autorizat și a centru de criză/respiro, însă, conform celor raportate de personalul centrului, serviciul are exclusiv un profil de centru de criză.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform datelor din interviuri, activitățile zilnice ale beneficiarilor din ambele centre constau în mare parte în activități nestimulante, precum desen, privit la TV, făcut curat în centru și mai puțin activități specifice care să îi ajute să dobândească aptitudini și cunoștințe noi sau să le ofere sprijinul necesar pentru reabilitare.

## Modulul 5. Protecție și drepturi

Ultimul modul combină standarde care se referă la drepturile beneficiarilor, protecția acestora, aspecte de etică, managementul riscurilor, mecanismele de depunere a plângerilor și măsurarea satisfacției beneficiarilor. Pentru o evaluare a respectării standardelor, vezi Tabelul 23.

**Tabelul 23. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 4. Servicii și activități**

STANDARDUL 1: RESPECTAREA DREPTURILOR BENEFICIARILOR	
Descrierea standardului	Standardul trebuie să se asigure că sunt respectate drepturile beneficiarilor făcându-le cunoscute personalului serviciului prin sesiuni de formare. Printre drepturile enumerate, există prevederi cu privire la respectarea demnității și vieții private a beneficiarului precum și includerea beneficiarilor în luarea deciziilor cu privire la prestarea serviciului.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, fiecare serviciu a organizat o sesiune de formare în 2020 cu personalul despre respectarea drepturilor beneficiarilor. Serviciile nu au raportat situații în care drepturile beneficiarilor nu au fost respectat.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Evaluările externe și interviurile cu beneficiarii au indicat că cel puțin unele din drepturile beneficiarilor nu au fost respectate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cu privire la dreptul beneficiarilor de a participa la procesul de luare a deciziilor în legătură cu prestarea serviciului, personalul din ambele servicii a considerat că beneficiarii nu pot înțelege ce poate însemna acest lucru și, astfel, a decis să nu implice activ beneficiarii în acest proces.</li> <li>➤ Ambele centre sunt spații în care viața intimă a beneficiarilor este mai degrabă ignorată, unde dormitoarele nu îndeplinesc funcția de spațiu personal în care beneficiarii să își țină în siguranță bunurile personale, fără intruziunea personalului sau a altor beneficiari. Unii beneficiari s-au plâns că alți beneficiari le umblă prin bunurile personale sau le fură sau le iau fără să întrebe. În general, ambele centre au dat impresia unui loc impersonal de tip spital în care personalul și beneficiarii aveau acces nelimitat la dormitoarele și spațiile altor beneficiari.</li> <li>➤ Niciunul dintre beneficiarii intervievați nu cunoștea conceptul de drepturi ale beneficiarilor sau drepturi ale persoanelor cu dizabilități, unii subliniind că nu li se spusese niciodată despre acestea.</li> </ul>
Observații	Deși standardul include sesiuni de formare obligatorii pe cu personalul din serviciu pe tema drepturilor beneficiarilor, nu prevede o obligație similară de a le oferi formare și informații beneficiarilor în formate accesibile și nici mecanisme de acordare eficace continuă a feedbackului sau de depunere a reclamațiilor care să poată asigura acces la soluții și remedii imediate.

**STANDARDUL 2: MANAGEMENTUL RISCULUI**

Descrierea standardului	Standardul acoperă aspecte ce țin de managementul situațiilor de risc, precum existența și conținutul unei anumite proceduri specifice cunoscută și aplicată corespunzător de către serviciu.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au indicat respectarea majorității cerințelor minime ale standardului. Ambele servicii au raportat că procedura obligatorie privind managementul riscului include toate aspectele impuse de standard - exemple de comportament al beneficiarilor care necesită intervenție de urgență, inclusiv intervenția poliției, precum și indicații specifice privind pașii de urmat în cazul unei persoane fugite, al agresiunii împotriva beneficiarilor, managementul riscurilor ulterioare. Situațiile de urgență trebuie raportate FSS în decurs de maxim 4 ore, însă Serviciul 1 a raportat nerespectarea acestei cerințe, declarând și că a avut 7 astfel de situații de urgență.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Analiza documentelor privind procedurile de management al riscurilor depuse de ambele servicii a indicat că procedurile au prevederi generale cu privire la managementul situațiilor riscante, majoritatea situațiilor fiind soluționate prin apelarea numărului de urgență 112; iar în cazul Serviciului 1, personalul poate apela și la imobilizarea beneficiarilor, fără alte specificații privind situațiile concrete în care se poate aplica această măsură. Deși ambele proceduri includ obligația de a forma personalul cu privire la temele relevante ce țin de managementul riscurilor, niciunul din rapoartele anuale de activitate, nici registrele de formare ale serviciilor nu conțineau dovezi că au avut loc astfel de formări în anul 2020. Procedurile includ și măsuri pentru prevenirea situațiilor de risc, dar în cazul Serviciului 1 acestea nu au fost exemplificate, iar Serviciul 2 include: (i) sesiuni obligatorii pentru personal în vederea acordării informațiilor pentru a comunica cu beneficiarii ca să se evite atitudinile ostile și (ii) evaluarea medicală obligatorie a beneficiarilor pentru a le evalua starea de sănătate și a le acorda tratament corespunzător în vederea prevenirii unor riscuri comportamentale ulterioare.
Observații	Managementul riscurilor necesită cunoștințe adecvate mai degrabă despre detensionarea situațiilor de urgență decât apelarea la soluții care ar putea agrava starea beneficiarilor. Standardul nu include nicio prevedere clară cu privire la formări sau alte modalități de a acorda aceste informații personalului serviciului sau beneficiarilor. În plus, cerințele minime cu privire la conținutul procedurii nu includ prevederi pentru asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor în orice situații de risc ce pot duce la tratament forțat sau intervenții neconsensuale (de exemplu, planificând în avans intervențiile prin care beneficiarii doresc sau nu doresc să treacă în cazul în care nu își pot da consimțământul). Acest aspect este deosebit de important dat fiind că majoritatea beneficiarilor primesc medicamente psihotropice, iar frecvența internării în spitale de psihiatrie este destul de ridicată în cazul ambelor servicii, astfel că sunt expuși unui risc mai mare de tratament forțat.

**STANDARDUL 3: COD DE ETICĂ**

Descrierea standardului	Standardul indică faptul că furnizorul trebuie să aibă un Cod de Etică în care să existe prevederi pentru tratamentul egal al beneficiarilor, că serviciul trebuie prestat în interesul superior al acestora și că trebuie să se respecte
-------------------------	---

	etica profesională. Furnizorul trebuie să poată organiza și sesiuni de formare pentru personal pe tema Codului de Etică.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea integrală a standardului cu privire la conținutul și folosirea procedurii, precum și cu privire la formarea personalului.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluarea cuprinzătoare a indicat că ambele servicii au un cod de etică și că au desfășurat acțiuni de formare a personalului în 2020.  Ambele coduri de etică sunt detaliate și cuprinzătoare. În cazul Serviciului 2, intenția este de a folosi procedura în organizația mai mare care prestează serviciul (DGASPC) și să conțină elemente impuse de standard. Nu există dovezi directe că angajații cunosc efectiv prevederile Codului de Etică, așa cum impune cerința.
Observații	Ambele proceduri includ o secțiune pentru responsabilitățile personalului serviciului în relația cu beneficiarii care prevede că personalul poate limita auto-determinarea beneficiarilor de fiecare dată când aceștia din urmă aleg să contravină etica profesională sau când acțiunile lor actuale sau viitoare pot fi un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane. Procedurile nu dau exemple clare despre aceste situații, iar în absența prevederilor din standarde cu privire la pașii clari de urmați pentru asigurarea consimțământului în cunoștință de cauză al beneficiarilor, inclusiv prin acordarea unui sprijin pentru luarea deciziilor, există riscul ca drepturile beneficiarilor să fie limitate arbitrar.

#### STANDARDUL 4: PROTECȚIE ÎMPOTRIVA EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZURILOR

Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințele minime necesare pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva situațiilor de exploatare, violență și abuzuri, precum existența unei proceduri specifice cunoscută și aplicată de personalul serviciului, formarea anuală a personalului pe această temă, obligația personalului de a încuraja și a susține beneficiarii pentru a identifica și a raporta aceste situații și obligația FSS de a identifica, înregistra și acționa prompt în cazul apariției acestor situații.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea majorității cerințelor. În cazul Serviciului 1, procedura specifică nu a inclus prevederi despre gestionarea bunurilor și banilor beneficiarilor. În 2020 nu s-au înregistrat cazuri de exploatare, violență sau abuzuri.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Analiza documentelor a arătat că procedurile specifice includ responsabilități clare pentru personal și FSS de a identifica și a raporta cazurile de violență, exploatare și abuzuri, precum și acțiunile concrete. Însă există diferențe semnificative între procedurile specifice folosite de cele două servicii pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva exploatării, violenței și abuzurilor.  ➤ Doar procedura Serviciului 1 menționează formări tematice și pentru beneficiari pe lângă cele pentru personal, precum și măsuri de prevenție precum identificarea riscurilor de risc privind situațiile de violență, exploatare și abuzuri din centru, inclusiv prin aplicarea de chestionare beneficiarilor.

	<p>➤ Doar procedura Serviciului 2 prevede în mod explicit că beneficiarii pot raporta aceste situații de fiecare dată când apar - direct personalului sau folosind caseta pentru reclamații din centru, precum și aspectele privind administrarea medicamentelor și gestionarea bunurilor și banilor beneficiarilor, conform cerințelor standardului. Procedura prevede și măsuri de prevenție cu privire la exploatarea beneficiarilor ce poate apărea prin implicarea acestora în activități precum curățenie, gătit sau alte activități lucrative din afara centrului. Totuși, măsurile sunt limitate la obținerea aprobării pentru aceste activități doar de la personalul serviciului și nu se și asigură că beneficiarii înșiși își dau consimțământul de a fi implicați în astfel de activități. Conform datelor interviurilor, beneficiarii din ambele centre sunt implicați de obicei în activitățile de curățenie (uneori și 1-2 ore/zi), deși serviciile trebuie să aibă personal de curățenie.</p> <p>Conform evaluărilor externe, beneficiarii primesc informații în mod informal din partea personalului serviciului despre cum să identifice și să sesizeze situațiile de violență, exploatare și abuzuri. În prezent, serviciile nu oferă îndrumări sau alte materiale informative pe această temă nici personalului, nici beneficiarilor în formate accesibile. Nu există dovezi directe că angajații cunosc efectiv prevederile procedurii și că le aplică în mod corespunzător, așa cum impune cerința. De fapt, cel puțin unul dintre beneficiarii intervievați a raportat situații atât de abuz fizic, cât și sexual din partea altor beneficiari, precum și o lipsă de interes și măsuri ulterioare luate de personalul pe care îl informase cu privire la acest situații.</p>
Observații	Standardul nu include o cerință de a asigura accesul beneficiarilor la serviciile relevante în cazul acestor situații, precum consiliere psihologică, adăposturi etc. Trebuie să se pună la dispoziția beneficiarului un mecanism independent, extern, de raportare și cercetare a acestor cazuri, precum și acces la servicii juridice și de consiliere și la avocați.
<b>STANDARDUL 5: PROTECȚIE ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI A TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ȘI DEGRADANTE</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințe similare ca Standardul 6, dar cu privire la situațiile de tortură și de tratamente crude, inumane și degradante.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea integrală a standardului cu privire la conținutul procedurii, precum și cu privire la formarea obligatorie a personalului pe teme privind protecția împotriva torturii și a tratamentelor crude, inumane și degradante. În 2020 nu s-au înregistrat cazuri de tortură și tratamente crude, inumane și degradante.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Ambele centre folosesc un format și o structură similare pentru procedurile specifice impuse de Standardul 4 și Standardul 6. Se aplică rezultate similare din evaluarea cuprinzătoare.
Observații	Vezi Standardul 4
<b>STANDARDUL 6: ASISTENȚĂ ÎN CAZ DE DECES</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințe minime pe care serviciul trebuie să le respecte cu privire la situația beneficiarilor care cu boli în stadii terminale sau decedați.

	Cerințele se referă la procedura specifică privind îngrijirea paliativă și gestionarea situațiilor apărute după decesul beneficiarului - informarea familiei, înlesnirea accesului la serviciile relevante și sprijin pentru/organizarea înmormântării.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea integrală a standardului.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Analiza documentelor arată că ambele proceduri respectă cerințele standardului cu privire la conținutul obligatoriu. Totuși, procedura depusă de Serviciul 2 este mai detaliată cu privire la gestionarea acestor situații, făcând trimiteri specifice la detalii privind îngrijirea paliativă, indicii că se apropie decesul precum și alte aspecte specifice de luat în calcul după decesul beneficiarului.
Observații	Îngrijirea paliativă și comunicarea cu familia și prietenii în cazul decesului beneficiarului necesită competențe specifice în legătură cu care personalul - atât medical, cât și nemedical - trebuie format. În prezent, standardul nu include astfel de cerințe.

### STANDARDUL 7: SESIZĂRI ȘI RECLAMAȚII

Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințe privind asigurarea calității serviciilor dându-le beneficiarilor posibilitatea de a depune cu ușurință sesizări și reclamații conform unei proceduri speciale cunoscută și aplicată de către serviciu. Procedura include și aspecte cu privire la informarea beneficiarilor în legătură cu modul de a depune sesizări și reclamații.
Auto-evaluarea	Ambele servicii au raportat respectarea integrală a standardului. În 2020 nu s-au înregistrat reclamații.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Procedurile specifice depuse de ambii FSS pentru analiza documentelor sunt destul de succinte și generale și se concentrează doar pe etapele: (i) informării beneficiarilor cu privire la modul de a depune reclamații și (ii) procesului de depunere, înregistrare și soluționare a reclamațiilor, dar fără detalii despre aspectele serviciului prestat în legătură cu care beneficiarii ar putea depune reclamații. În cazul Serviciului 1, procedura menționează că beneficiarii primesc procedura într-un format accesibil, dar serviciul nu a depus acest document spre evaluare. Beneficiarii pot face reclamații scrise și depuse într-o casetă specială din centru. Niciuna dintre proceduri nu prevede o perioadă de timp pentru soluționarea reclamațiilor beneficiarilor și nici specificații cu privire la protejarea beneficiarilor împotriva repercusiunilor dacă o reclamație vizează un membru al personalului.</p> <p>Evaluările externe au arătat că niciunul dintre servicii nu a avut o listă cu mediatori externi ce pot fi contactați în situații critice (conform cerinței standardului) și la care să aibă acces și beneficiarii.</p> <p>Unii dintre beneficiarii intervievați s-au plâns de prestarea serviciului, fie cu privire la mâncarea insuficientă, igiena precară a băilor sau activitățile la care ar dori să participe dar nu există (consiliere psihologică, sprijin pentru studii și angajare etc.). Aceste date contrazic lipsa reclamațiilor oficiale raportate de personalul serviciului și ridică semne de întrebare cu privire la cunoștințele beneficiarilor în legătură cu procedura, eficiența reclamațiilor</p>

	verbale precum și cu respectarea drepturilor beneficiarilor în general de către personal.
Observații	Beneficiarii trebuie să primească o procedură specifică privind depunerea reclamațiilor, în formate accesibile. În plus, procedura privind sesizările și reclamațiile trebuie să includă și mai multe prevederi despre evitarea consecințelor ca urmare a reclamațiilor beneficiarilor, fie verbale, fie în scris.
<b>STANDARDUL 8: GRADUL DE SATISFAȚIE AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Acest standard dorește să asigure un mecanism pentru evaluarea gradului de satisfacție al beneficiarului cărui i se prestează serviciul. Serviciul trebuie să aplice chestionare și să includă analiza acestora în rapoartele lor anuale. Beneficiarii pot solicita sprijinul membrilor de personal, al familiei sau al reprezentantului legal pentru completarea chestionarelor.
Auto-evaluarea	Serviciile au raportat respectarea integrală a cerințelor minime, cu excepția Serviciului 1 care nu a avut o casetă în care beneficiarii să pună chestionarele completate, conform cerinței standardului. În 2020, 9 beneficiari au completat chestionare în Serviciul 9???? și 15 în Serviciul 2. Toți în afară de 2 beneficiari din ambele servicii au avut nevoie de ajutor la completarea chestionarelor.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Evaluarea procedurilor depuse de servicii a indicat că analiza chestionarelor privind gradul de satisfacție nu a fost, de fapt, inclusă în niciunul din cele 2 rapoarte anuale de activitate.</p> <p>Evaluările externe au indicat că, în general, chestionarele nu sunt anonime, iar personalul din cadrul Serviciului 1 nu consideră că este necesar să fie anonime. Singura reclamație pe care personalul serviciului a putut să o menționeze în timpul evaluărilor externe s-a referit la cantitățile insuficiente de dulciuri ceea ce, din nou, mai degrabă contrazice datele din interviurile cu beneficiarii care au menționat mai multe elemente de nemulțumire cu privire la prestarea serviciului.</p> <p>Spre deosebire de datele raportate de personal cu privire la administrarea chestionarelor cu privire la gradul de satisfacție, niciunul dintre beneficiarii intervievați nu a raportat că a completat chestionare de satisfacție în 2020, ceea ce, pe lângă lipsa chestionarelor în formate accesibile și implicarea personalului în procesul de completare a chestionarelor, ridică un semn de întrebare cu privire la practica asigurării în mod efectiv a feedbackului beneficiarilor în legătură cu calitatea serviciului prestat.</p>
Observații	Este neclar cum și dacă beneficiarilor le sunt aplicate chestionare în ambele centre, dat fiind că standardul nu include o prevedere care să asigure formate accesibile pentru chestionare și că nu se face o analiză a rezultatelor care să fie inclusă în rapoartele anuale de activitate.



## 2.2.4. Concluzii și recomandări

### Respectarea și implementarea standardelor

Ambele servicii evaluate au raportat că respectă cerințele minime acoperite de standardele de calitate, cu câteva excepții; de exemplu, depășirea numărului obligatoriu de beneficiari per cameră, nerealizarea unora din formările obligatorii pentru personal, părți lipsă ale anumitor proceduri, lipsa materialelor informative sau a procedurilor în formate accesibile pentru beneficiari, lipsa anumitor activități prestate beneficiarilor (consiliere psihologică în cazul Serviciului 2), absența analizei chestionarelor de feedback aplicate beneficiarilor din rapoartele anuale de activitate. Însă, datele din evaluările externe ale serviciilor centrelor de criză, interviurile cu beneficiarii și analiza documentelor serviciilor depuse de cele două centre au indicat alte câteva nereguli în implementarea standardelor și a sugerat mai multe direcții de îmbunătățire a calității serviciului astfel încât să se asigure alegerea și autonomia beneficiarilor, să se promoveze includerea acestora în comunitate și să se asigure protecția generală a drepturilor lor, după cum urmează:

- **Standardele nu asigură în mod corespunzător că serviciile se oferă o perioadă limitată de timp pentru a menține potențialul personal al beneficiarilor și a împiedica instituționalizarea.** Beneficiarii din cele două servicii evaluate fie au locuit în centru mai bine de 1 sau 2 ani (Serviciul 1) cu puține posibilități de reintegrare în comunitate prea curând, fie au ajuns în centru venind din sistemul de protecție specială a minorilor (Serviciul 2) și cel mai probabil vor fi transferați în centre rezidențiale, cum a fost cazul altor beneficiari înainte. Serviciul 1 are mai degrabă profilul unui centru rezidențial pe termen lung, în timp ce Serviciul 2 pare să aibă funcția unui spațiu de tranziție pentru beneficiarii săi spre alte centre rezidențiale. În ambele cazuri, centrele de criză nu își îndeplinesc funcția de serviciu temporar pentru persoanele în situații dificile de viață menite să împiedice instituționalizarea acestora. Standardele ar trebui să includă o perioadă specifică de timp pentru șederea beneficiarilor și să interzică readmiterile consecutive recurente ca o practică pentru evitarea prevederilor cu privire la durata maximă de ședere.
- **În general, centrele evaluate le oferă beneficiarilor doar o opțiune de locuit și mai puțin ocazii de a fi participanți pe deplin la viața comunității.** Implementarea standardelor pentru susținerea beneficiarilor în a găsi servicii alternative să locuiască în comunitate este inefficientă. Deși unele activități incluse în standarde sunt menite să le asigure beneficiarilor competențe și resurse pentru integrarea acestora în comunitate (precum sprijin pentru a găsi și a păstra un loc de muncă, consiliere psihologică, informații despre servicii alternative și complementare etc.), datele strânse au indicat că beneficiarii primesc foarte puțin sprijin de la serviciu în această direcție. Unii beneficiari doresc să meargă la școală, să își găsească un loc de muncă, să își găsească un loc unde să stea în comunitate, dar se pare că nu știu cum să realizeze acest lucru. În plus, majoritatea activităților din centre nu sunt suficient de diverse și par să nu stimuleze majoritatea beneficiarilor - desenat, ascultat muzică, privit la TV, petrecut timp în curte, făcut curățenie în centru - și nu contribuie la realizarea potențialului beneficiarilor, nici nu le permite să dobândească deprinderi pentru o viață independentă necesare pentru a locui în viitor în comunitate. Majoritatea beneficiarilor nu au prieteni sau nu pot comunica cu ei deoarece nu au acces la telefoane sau credit, în timp ce ocaziile de socializare în afara centrului sunt foarte puține.

- **Alegerea și controlul beneficiarilor asupra serviciului necesită garantarea în mod corespunzător a altor prevederi.** Majoritatea beneficiarilor nu au primit informații despre serviciu înainte de a fi admiși și foarte puține după admitere. Pentru toți beneficiarii, admiterea în centru pare să fi fost singura soluție disponibilă luând în calcul lipsa sprijinului din partea familiei sau rutele anterioare de instituționalizare. În general, mai degrabă familiile sau autoritățile locale au decis să fie plasați în centru. Această practică este dublată de atitudinea mai generală a personalului față de beneficiari care consideră că aceștia nu pot înțelege și decide pentru ei înșiși, astfel că nu pot fi implicați în nicio decizie cu privire la organizarea serviciului. Evaluările externe și interviurile cu beneficiarii au arătat că personalul mai degrabă tratează beneficiarii cu paternalism și că respinge nevoile și reclamațiile acestora.
- **Dimensiunea orientată spre persoană a prestării serviciului trebuie reglementată mai bine.** Beneficiarii par să nu aibă prea multe cunoștințe despre aspectele incluse în standardele menite să se asigure că primesc servicii personalizate - evaluarea nevoilor lor, plan personalizat, manager de caz, echipă multidisciplinară, și nu sunt implicați în deciziile ce țin de prestarea serviciului. De fapt, în Serviciul 1, personalul consideră că niciun beneficiar nu are capacitate de înțelegere. Drept urmare, nu sunt niciodată implicați în evaluarea și planificarea activităților, nici nu sunt încurajați să ofere feedback cu privire la activitățile pe care le primesc. Aceasta ridică semne de întrebare cu privire la dimensiunea orientată pe persoană a prestării serviciului, dat fiind că beneficiarii au o contribuție minimă sau inexistentă la modul în care se prestează serviciul. Standardele trebuie să includă prevederi despre acordarea de sprijin beneficiarilor în vederea luării deciziilor, despre organizarea de formări și acordarea de materiale personalului pe tema sprijinului în luarea deciziilor, precum și despre cum să se asigure că beneficiarii sunt implicați continuu și eficace ca parteneri activi în toate deciziile ce se iau cu privire la serviciile pe care le primesc. Standardele trebuie să includă și cerințe obligatorii cu privire la acordarea tuturor materialelor existente despre servicii în formate accesibile pentru beneficiari.
- **Formarea personalului și prestarea serviciului astfel încât să se respecte drepturile beneficiarilor și să li se asigure protecție împotriva violenței și abuzurilor necesită alte prevederi.** Deși atât standardele și regulamentele interne privind serviciile impun formare obligatorie pentru personal pe teme privind demnitatea, autonomia, independența și protecția beneficiarilor de orice forme de tratament necorespunzător, nu este clar cum au loc aceste formări, de către cine și cu ce materiale. Toate procedurile pe care personalul trebuie să le cunoască și să le aplice adecvat cu privire la protecția beneficiarilor împotriva violenței, abuzurilor, torturii și tratamentului inuman, managementului riscurilor și reclamațiilor, prezintă doar în termeni generali cum trebuie tratate aceste situații și nu includ ghiduri despre cum trebuie să trateze personalul beneficiarii fie în cazul apariției acestor situații, fie pentru prevenirea acestora. Standardele trebuie să includă prevederi suplimentare care să asigure că personalul este instruit corespunzător de la specialiști în domeniu, precum și prevederi despre evaluările recurente privind performanțele personalului pentru a se demonstra înțelegerea adecvată de către aceștia și aplicarea conținutului formării tot timpul în relația cu beneficiarii.

## Valoarea și succesul serviciului

**Niciunul dintre centre evaluate pentru acest raport nu prea și-au îndeplinit scopul de a preveni instituționalizarea beneficiarilor lor și de a le oferi servicii personalizate pentru a-și menține și a-și dezvolta potențialul.** Deși Serviciul 2 a fost înființat ca un centru respiro, niciunul dintre beneficiari nu se

potrivește cu criteriile de admitere într-un centru respiro - nu au îngrijitori care să fie temporar indisponibili să îi îngrijească. De fapt, profilul serviciilor pare să fie mai degrabă cel al unui centru rezidențial sau al unui punct intermediar spre centre rezidențiale. Trebuie revizuite standardele pentru a include cerințe clare care să prevină șederea pe termen lung și să ajute beneficiarii să găsească resurse pentru un trai independent, fie servicii specifice pentru persoane cu dizabilități precum asistență personală, servicii de zi, servicii mobile, fie servicii de bază precum angajare, locuințe, educație și îngrijire medicală.

**Serviciile de tip respiro trebuie prestate în diverse moduri și contexte, pentru a răspunde nevoilor personale ale persoanelor cu dizabilități.** Prestarea serviciilor respiro doar ca ședere pe termen scurt într-un centru rezidențial poate limita accesul la servicii respiro persoanelor care nu pot sau nu doresc să își părăsească domiciliile sau care este posibil să aibă nevoie de servicii în alte tipuri de contexte. În plus, serviciile trebuie gândite și pentru a permite șederi planificate, dar și intervenții de urgență. Prestarea unui serviciu planificat, precum și crearea serviciilor regionale pot asigura și sustenabilitatea serviciilor cu privire la personal și resurse materiale și financiare. Trebuie modificate standardele pentru a permite autorizarea de servicii respiro de gamă largă - la domiciliu, rezidențiale sau de zi, planificate sau de urgență, formale și informale (vezi Caseta 10), pentru a preveni instituționalizarea și a facilita un trai independent.

#### Caseta 10: Diverse exemple de servicii respiro în țările europene

**Australia:** Respiro la domiciliu, respiro de zi în centru, respiro pe timp de noapte sau la final de săptămână, respiro cu acces în comunitate (prin respiro cu acces în comunitate sunt disponibile activități și evenimente individuale sau de grup create pentru a-i da clientului o experiență socială. Se poate acorda pe timpul zilei sau pe timp de noapte), îngrijire respiro rezidențială (se poate planifica sau poate avea loc în situații de urgență), îngrijire respiro de urgență (o linie telefonică accesibilă 24 de ore din 24 pentru a asigura un îngrijitor, șapte zile pe săptămână pentru îngrijitorii care nu pot continua serviciul o perioadă scurtă de timp), îngrijire de tranziție (pentru persoanele spitalizate și ce urmează să fie externate dar necesită asistență suplimentară. Îngrijirea de tranziție se concentrează pe terapii specifice).

**MB:** Centre de zi (centrele de îngrijire de zi sunt create pentru a-i ajuta pe cei cărora le este greu să socializeze, să creeze prietenii sau să participe la activități. De exemplu, centrele de îngrijire de zi pot include ceaiuri dansante, cântat, jocuri și meșteșugărit. Coafatul, îngrijirea picioarelor și îmbrăiatul sunt printre serviciile acordate de unele centre), O ședere scurtă într-un cămin, Vieți trăite împreună (Este o schemă națională în care o persoană cu dizabilități poate sta la domiciliul unui alt îngrijitor în timp ce îngrijitorul său ia o pauză), Vacanțe sau pauze scurte (unele organizații oferă pachete de vacanțe pentru persoanele cu dizabilități și îngrijitorii acestora. Acestea includ și ajutor pentru responsabilitățile de îngrijire, precum și spații ușor accesibile. Astfel, îngrijitorul poate lua o pauză de la sarcinile sale de îngrijire și poate petrece timp cu persoana pe care o au în îngrijire), scheme de îngrijire pentru înlocuirea îngrijitorilor în caz de urgență (îngrijire de schimb în cazul unei urgențe).

**Irlanda:** Scheme de respiro (schemele Breakaway sau Friendship) bazate în comunitate (familie alternativă, de exemplu) sau într-o instituție. Există diverse locuri ce oferă grade diferite de îngrijire respiro la nivel național. Formele de îngrijire respiro disponibile în prezent, pe lângă ajutorul din partea prietenilor și familiei, sunt serviciile oficiale de îngrijire respiro la domiciliu, centre respiro în afara domiciliului și pauze recreative și vacanțe (ca cele descrise mai sus).

**Germania:** Centre de îngrijire respiro independente, Cămine de îngrijire cu paturi respiro combinate cu alte tipuri de paturi, paturi de îngrijire respiro într-o secție separată.

*Surse:* Healthdirect Australia (2020), Alzheimer's Society (n.d.), National Health Service UK (n.d.), Citizens Information (n.d.), Kuske et al. (2016: 27-35).

2.3.

SERVICII DE ÎNGRIJIRE  
LA DOMICILIU

## 2.3. Servicii de îngrijire la domiciliu

Acest capitol oferă o evaluare cuprinzătoare a serviciilor de îngrijire la domiciliu din perspectiva respectării standardelor minime de calitate prevăzute de legislația națională românească. În primul rând, introduce cadrul juridic și instituțional ce reglementează furnizarea acestui serviciu. În al doilea rând, oferă o imagine de ansamblu asupra serviciilor din punctul de vedere al serviciilor și profilul beneficiarilor. În al treilea rând, oferă o evaluare cuprinzătoare a serviciului din perspectiva respectării standardelor minime de calitate și propune recomandări succinte pentru îmbunătățirea standardelor în vederea prestării unui serviciu de calitate mai bună, orientat către persoane și asigură autonomia personală și auto-determinarea.

### Introducere: Îngrijirea la domiciliu în context internațional

De regulă, îngrijirea oficială la domiciliu se acordă la domiciliul persoanei ce are nevoie de îngrijire, de către furnizori autorizați (angajați sau liber-profesioniști). Întreținerea gospodăriei, făcutul cumpărăturilor, îmbrăcatul, îmbăiatul, pregătirea mâncărilor și mâncatul, precum și sprijin psihologic și ajutor la activitățile sociale sunt toate exemple de îngrijire la domiciliu.<sup>123</sup> Conform personalului angajat, se pot clasifica diverse forme de servicii de îngrijire la domiciliu.<sup>124</sup>

- **Asistenții medicali** reprezintă majoritatea lucrătorilor ce oferă îngrijire profesională la domiciliu. Asistenții medicali evaluează persoanele care primesc îngrijire la domiciliu, creează planuri de îngrijire, oferă îngrijire medicală profesională și stabilesc dacă sunt necesare servicii suplimentare. Dată fiind gama extinsă de servicii pe care le oferă, **asistenți la domiciliu** (sau infirmierii), formează nucleul forței de muncă de îngrijire la domiciliu. Aceste servicii pot include orice de la terapie, la sarcini zilnice și la pregătirea mâncării. Asistenții de îngrijire la domiciliu sunt cei care vizitează persoana ce are cel mai mult nevoie de ajutor și petrec cel mai mult timp cu aceasta.
- **Asistenții sociali și terapeuții** sunt alte două tipuri de angajați ce oferă îngrijire la domiciliu. Persoanele îngrijite și familiile acestora pot beneficia de ajutorul asistenților sociali pentru a localiza și a obține resurse din comunitate, pentru a depăși birocrația excesivă și problemele financiare și a înțelege factorii sociali ce pot influența planul de tratament la domiciliu. Fizioterapeuții, terapeuții ocupaționali și logopezii analizează nevoile de tratament, stabilesc programele de îngrijire și reabilitare și supraveghează asistenții ce administrează tratamentul.

Accesul la servicii este esențial pentru bunăstarea și demnitatea celor care au nevoie. Aceste servicii le permit persoanelor să fie independente perioade prelungite de timp (se evită sau se amână instituționalizarea prin îngrijirea la domiciliu). Spre deosebire de instituții, care sunt medii reglementate, îngrijirea la domiciliu le permite persoanelor să fie cât mai independenți. Îngrijirea la domiciliu este personalizată, în sensul că este specifică nevoilor exacte ale persoanei.<sup>125</sup> În plus, se consideră că îngrijirea

<sup>123</sup> Comisia Europeană (2020).

<sup>124</sup> Tarricone, R., Tsouros, A. D. (Eds.) (2008)

<sup>125</sup> Idem.

oficială la domiciliu este o soluție mult mai rentabilă decât îngrijirea instituționalizată, oferind rezultate mai bune ale îngrijirii pentru beneficiari și, mai important, luând în calcul preferința persoanei de a fi îngrijită la domiciliu.<sup>126</sup>

Disponibilitatea îngrijirii formale la domiciliu se stabilește în funcție de numărul și tipurile de servicii acordate, costul acelor servicii, calitatea acelor servicii și intensitatea acelor servicii. Dacă îngrijirea oficială la domiciliu pe termen lung nu este suficientă în vreuna din aceste domenii, persoanele și familiile trebuie să solicite îngrijire alternativă, precum îngrijire instituționalizată (de ex., spitale, centre de îngrijire medicală mintală, orfelinate) sau îngrijire neoficială acordată de familie, prieteni, vecini sau alte persoane. Pe lângă serviciile de îngrijire la domiciliu, traiul independent poate necesita acces la mediul creat, transport accesibil, asistență tehnică, la informații și comunicare, precum și pregătire pentru viață și un loc de muncă și acces la alte servicii orientate pe comunitate.<sup>127</sup>

Organizarea unei rețele de servicii poate fi și mai dificilă decât administrarea unui centru precum un cămin de îngrijire. Ultimul aspect, dar nu cel din urmă, există din ce în ce mai multe îngrijorări cu privire la lipsa globală majoră a lucrătorilor la domiciliu (în special pentru infirmierii la domiciliu). Fenomenele actuale de migrație transnațională contribuie la un exod al forței de muncă active tinere în țările din Europa de Est care exportă forță de muncă, precum și o lipsă a îngrijirii posibile pentru generațiile mai vârstnice din aceste țări.<sup>128</sup>

Nevoia emergentă de îngrijire la domiciliu din Europa este accentuată de mai mulți factori precum schimbări demografice (populația îmbătrânită și schimbarea ratelor de dependență), schimbări sociale (spații familiale mici, participarea femeilor pe piața de muncă, mobilitatea între țări), schimbări epidemiologice (de ex., unele afecțiuni precum Alzheimer și demență sunt din ce în ce mai des întâlnite pe măsură ce populația îmbătrânește; diabet, boli cardiovasculare, boli respiratorii, atacuri cerebrale și cancerul afectează din ce în ce mai multe persoane), inovația științifică și tehnică (progresele științelor medicale, progresele tehnologice medicale și nemedicale), schimbările de atitudine și așteptări și prioritățile și alegerile politice (spre dezinstituționalizare și soluții bazate pe comunitate, limitări privind cheltuielile publice).<sup>129</sup>

### 2.3.1. Cadrul juridic și instituțional

**Serviciul de îngrijire la domiciliu** din România este definit de Standardele privind serviciile<sup>130</sup> ca tipul de serviciu social prin care se acordă asistență și îngrijire la domiciliul beneficiarilor eligibili, pe perioadă determinată, în vederea ajutării beneficiarilor să depășească o situație de dificultate și să prevină instituționalizarea. Serviciul vizează persoanele adulte cu dizabilități de orice tip și grad de dizabilitate și poate oferi un maxim de 40 de ore pe săptămână (8 ore, timp de 5 zile pe săptămână) de serviciu. Serviciul poate fi oferit atât de furnizori privați, cât și publici.

<sup>126</sup> Comisia Europeană (2020).

<sup>127</sup> Idem.

<sup>128</sup> Tarricone, R., Tsouros, A. D. (Eds.) (2008)

<sup>129</sup> Idem.

<sup>130</sup> Anexa 4 la Ordinul 82/2019.

**Există o mare nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu la nivelul comunității, însă sunt deosebit de subdezvoltate la nivel național.** Numărul serviciilor de îngrijire la domiciliu a rămas neschimbat din 2013 - 2 servicii, în timp ce numărul beneficiarilor a crescut de la 34 la 88 în 2020.<sup>131</sup> Această lipsă de servicii de îngrijire la domiciliu se datorează, parțial, atât așteptării ca autoritățile locale să le dezvolte, cât și inerției unui sistem construit în jurul centrelor rezidențiale ca tip principal de servicii pentru persoane adulte cu dizabilități. În fața funcționează doar câteva servicii, deși serviciul similar pentru adulți vârstnici pare să fie mult mai bine dezvoltat.<sup>132</sup>

**Serviciile de îngrijire la domiciliu pot fi foarte valoroase pentru prevenirea instituționalizării și îmbunătățirii calității vieții persoanelor cu dizabilități.**<sup>133</sup> Noua *Strategie națională privind persoanele cu dizabilități 2021-2027* a inclus în unul din obiectivele sale specifice prelungirea serviciilor de îngrijire la domiciliu, ca parte esențială a strategiei de a preveni instituționalizarea. Serviciul este menit să facă parte dintr-o gamă mai largă de servicii comunitare ce sunt posibile prin intermediul legislației și cadrului instituțional<sup>134</sup> care implică autorități locale, dar și instituții naționale (în special ANDPDCA).

## 2.3.2. Descrierea serviciilor

### Profilul serviciilor

**În ciuda nevoii, există 11 furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu (atât publici, cât și privați) care ajută mai puțin de 400 de beneficiari.** Din mai 2021, există doar doi furnizori publici ce oferă servicii de îngrijire la domiciliu în România, deservind 78 de beneficiari. Acești furnizori oferă servicii exclusiv în zonele urbane (Craiova și București), deși reprezentanții ambelor servicii au indicat că nevoia este mai mare decât capacitatea lor, atât la nivel local, cât și regional. Ambele servicii sunt organizate sub coordonarea DGASPC la nivel de județ, ceea ce înseamnă că depind atât financiar, cât și instituțional de instituția mare.

**Cele două servicii publice de îngrijire la domiciliu existente au profiluri deosebit de diferite.** Unul dintre servicii (Serviciul 1) este mai mare, este un furnizor de servicii autorizat și funcționează ca centru de sine stătător în cadrul DGASPC mai mari. Oferă servicii de îngrijire la domiciliu pentru 70 de beneficiarii și are 45 de îngrijitori. Cel de-al doilea serviciu (Serviciul 2) este mai mic, nu este autorizat ca serviciu oficial de îngrijire la domiciliu și funcționează ca o filială a unui centru rezidențial pentru vârstnici, deservind în prezent 8 beneficiari, cu doar 3 îngrijitori<sup>135</sup> (vezi Tabelul 24). Există și 9 furnizori privați de servicii de îngrijire la domiciliu ce susțin circa 300 de persoane cu dizabilități.

<sup>131</sup> Conform datelor ANDPDCA.

<sup>132</sup> Banca Mondială (2020: 183).

<sup>133</sup> Idem.

<sup>134</sup> Decizia nr. 865/2015, pentru aprobarea nomenclatorului serviciilor sociale din România. Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt trecute drept „Unități de îngrijire la domiciliu” sub codul 8810ID-I.

<sup>135</sup> Coordonatorul serviciului a indicat că se confruntă cu dificultăți în a angaja personal deoarece salariile sunt prea mici.

**Tabelul 24. Serviciile publice de îngrijire la domiciliu din România pe scurt**

	<b>Serviciul 1</b>	<b>Serviciul 2</b>
<b>Loc</b>	Craiova (județul Dolj)	București
<b>Zona deservită</b>	Doar urban	Doar urban
<b>Număr de beneficiari (actual)</b>	70	8
<b>Total persoane deservite în 2020</b>	86	14
<b>Total persoane deservite în 2019</b>	81	15
<b>Frecvența serviciului per beneficiar</b>	De cinci ori pe săptămână	De trei ori pe săptămână
<b>Durata medie de tratament per beneficiar în 2020</b>	120 de zile	153 de zile
<b>Număr personal specializat</b>	Coordonatorul serviciului, plus 74 de membri ai personalului specializat: - 45 de îngrijitori - 1 medic - 1 psiholog	Coordonatorul serviciului, plus 8 membri ai personalului specializat: - 3 îngrijitori - 4 asistenți sociali - 1 psiholog
<b>Număr de locuri libere</b>	1 psiholog 15 îngrijitori	7 îngrijitori
<b>Servicii oferite</b>	Servicii de îngrijire la domiciliu: îngrijire personală și igienă, asistență socială și informare, sarcini ușoare în gospodărie și făcutul cumpărăturilor, ajutor la pregătirea meselor, ajutor la accesarea altor servicii (în special servicii medicale).	Servicii de îngrijire la domiciliu: îngrijire personală și igienă, asistență socială și informare, sarcini ușoare în gospodărie și făcutul cumpărăturilor, ajutor la pregătirea meselor, ajutor la accesarea altor servicii (în special servicii medicale), ajutor la păstrarea legăturii cu prietenii și rudele.
<b>Dotări proprii</b>	Niciunul	Niciunul

*Sursa:* Studiu realizat de Banca Mondială cu privire la serviciile de îngrijire la domiciliu (2020)

**Unul dintre cele două servicii nu vizează persoanele cu dizabilități, ci persoanele vârstnice care necesită servicii de îngrijire la domiciliu.** Acest profil are implicații asupra unor dintre procesele și practicile din cadrul serviciului: admiterea depinde de deținerea unui certificat de dizabilități, evaluarea inițială este specifică persoanelor vârstnice (folosind un așa-zis „formular geriatric” și nu formularul impus de standard), iar unele din nevoile ce ar trebui deservite sunt considerate necorespunzătoare pentru beneficiarii lor de către personalul și coordonatorul serviciului (educație, divertisment, servicii aferente unui loc de muncă).

**Esența ambelor servicii constă în misiunea lor de a preveni instituționalizarea.** Ambele consideră că activitatea lor este esențială pentru a-și păstra beneficiarii în propriile case și, pe cât posibil, în mediul familial - fără acest ajutor ar risca toți să fie mutați într-un centru rezidențial. Așadar, relația acestora cu



centrele rezidențiale este complicată: unul dintre servicii chiar este un serviciu în cadrul unui centru rezidențial pentru vârstnici și este menit să întârzie cât mai mult admiterea într-un centru, iar celălalt serviciu consideră că nu are nimic în comun cu centrele rezidențiale (care fac parte din aceeași DGASPC).

**Deși îngrijirea la domiciliu a fost creată să fie un set cuprinzător de servicii, atât beneficiarii, cât și furnizorii o consideră mai degrabă ca pe activitate gospodărească și serviciu de îngrijire personală.** Așteptările pentru integrarea în comunitate, informare și asistența socială sunt destul de limitate atât pentru furnizori, cât și pentru beneficiari. Conform interviurilor cu coordonatorii serviciului și beneficiarii, o explicație ar putea fi că personalul care interacționează în principal cu beneficiarii constă în îngrijitori, care pot depune eforturi notabile să ajute persoanele cu care lucrează dar doar în limitele ajutării beneficiarilor să trăiască independent la ei acasă. O altă explicație ar putea fi că majoritatea beneficiarilor au peste 65 de ani și consideră că au nevoi limitate în domeniile social, educațional, cultural și chiar dacă își exprimă aceste tipuri de nevoi nu se așteaptă să primească ajutor de la serviciile de îngrijire la domiciliu pentru a le accesa. Totuși, personalul a ajutor beneficiarii să ajungă la programări medicale și să acceseze prestații la care aveau dreptul dar pe care le era greu să le obțină (din cauza aspectelor de mobilitate și birocrăției stufoase).

## Context instituțional

**Lipsa de furnizori publici de servicii de îngrijire la domiciliu pare să apară dintr-un amestec de lipsă de finanțare, aruncarea responsabilității de a dezvolta servicii comunitare de la o instituție publică la alta<sup>136</sup> și așteptarea ca societatea civilă locală să compenseze disfuncțiile serviciilor publice locale.** Din interviurile cu directorii DGASPC, a reieșit în mod clar că li se cere să își asume o cotă nerezonabil de mare a poverii financiare și organizaționale de a oferi servicii comunitare. Aceștia au declarat și că de multe ori administrațiile locale apelează la ei pentru a răspunde nevoilor comunitare ce ar putea fi rezolvate prin bugete și servicii locale. Este foarte probabil ca centrele rezidențiale să fi fost privilegiate în alocarea fondurilor dat fiind istoricul instituțional (aceste centre existau deja și aveau nevoie de fonduri pentru a continua) și deoarece s-a considerat că întrunesc nevoi mai acute (persoane ce necesită asistență îndeaproape și constantă). Fără adoptarea unei strategii clare pentru prevenirea și încetarea instituționalizării, dezvoltarea de servicii comunitare noi precum servicii de îngrijire la domiciliu - indiferent cât de necesare sunt - nici măcar nu poate fi concepută, darămite și pusă în aplicare.

**Chiar și în cazurile în care furnizorii privați sunt interesați să ofere servicii de îngrijire la domiciliu, confuzia cu privire la standarde, cerințe și aplicarea acestora îi determină să renunțe și să reorganizeze serviciul conform altor tipuri de servicii și de standarde.** De exemplu, un ONG mare, furnizor de servicii, ce lucrează cu mai multe tipuri de beneficiari (inclusiv cu persoane cu dizabilități) și care are o rețea extinsă de servicii în mai multe județe, a indicat că nu și-a putut autoriza oficial serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele cu dizabilități din cauză că nu a putut asigura prezența unui psiholog sau logoped în echipă (ce acoperă zone rurale mari). Cu toate acestea, standardul nu impune acest lucru. În final, ONG-ul și-a autorizat serviciul drept serviciu medical.

**Serviciile publice adecvate de îngrijire la domiciliu pentru persoanele cu dizabilități depind de o instituție publică puternică (DGASPC) care să fie implicată în dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor**

<sup>136</sup> DGASPC, administrația locală și Serviciile Publice de Asistență Socială aferente.

**sale comunitare.** Serviciul public mai mare de îngrijire la domiciliu (Serviciul 1) este un serviciu dintr-un portofoliu mai mare de servicii comunitare oferite de DGASPC. Această DGASPC jonglează în cadrul strategiei sale mai extinse de dezinstituționalizare cu oportunități de finanțare care împing uneori investițiile și proiectele în direcții aleatorii. Strategia sa extinsă este de a preveni în mod explicit, pe cât posibil, instituționalizarea printr-o ofertă largă de servicii comunitare (de exemplu, oferă una din cele două echipe mobile din țară) și de a restructura instituțiile rezidențiale mari pe care le administrează în etape intermediare către traiul în comunitate.

## Profilul beneficiarului

**Beneficiarii serviciilor publice de îngrijire la domiciliu tind să fie mai în vârstă.** În 2020, peste 90% din beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu aveau peste 60 de ani. Acest profil de vârstă are consecințe semnificative nu doar cu privire la nevoile beneficiarilor, ci și cu privire la vulnerabilitățile lor, percepția privind starea lor, experiențele și conștientizarea de sine. Persoanele vârstnice cu dizabilități tind să treacă neobservate de servicii și politici menite pentru persoanele cu dizabilități și vârstnici deoarece nevoile lor specifice și vulnerabilitățile sunt mai puțin documentate, prezente în discursul public sau incluse în politica privind protecția socială. Sunt mult mai predispuși să se confrunte cu discriminare, pierderea capacității juridice și să fie instituționalizați. Se consideră că se confruntă cu un risc mai ridicat de a contracta boli cronice și a avea nevoi medicale neîntrunite. Femeile vârstnice cu dizabilități (circa 75% dintre beneficiarii acestor servicii sunt femei), tind să prezinte un risc mai mare de sărăcie și abuz.<sup>137</sup> Furnizorii publici de servicii recunosc într-o anumită măsură nevoile specifice ale beneficiarilor lor și încearcă să fie proactivi în a le îndeplini. De exemplu, deoarece beneficiarii sunt și destul de săraci, personalul a depus eforturi să îi ajute să acceseze tehnologii de asistență pe care nu și le puteau permite. Personalul a recunoscut și faptul că pentru mulți este foarte puțin probabil ca situația să se îmbunătățească și încearcă activ să prevină instituționalizarea. Unii beneficiari, în special cei mai în vârstă, și-au pierdut tot mediul social deoarece mulți dintre prietenii lor au decedat, astfel că îngrijitorii îi ajută să țină legătura cu prietenii și rudele care sunt încă în viață.

**Toți beneficiarii au fost evaluați ca fiind între două niveluri de nevoi și asistență: au nevoie de asistență pentru activitățile de trai zilnice (îngrijire personală, treburi gospodărești, ieșit în oraș/la cumpărături), dar nu depind complet de altcineva și nu necesită atenție și asistență continue.** Niciunul dintre beneficiari nu are nevoi medicale grave (dacă ar avea, serviciul este fie sistat, fie suspendat) și se pot descurca mai multe zile pe săptămână fără asistență (chiar dacă primesc îngrijire la domiciliu cinci zile pe săptămână, trebuie să se descurce minim două zile pe săptămână). Beneficiarii tind să fie extrem de atașați de casa lor și condițiile lor de trai, iar unii și-au exprimat temerile de a ajunge în punctul în care să trebuiască să fie instituționalizați deoarece nu pot primi asistența și îngrijirea necesară acasă la ei. Deși serviciul este menit să fie prestat pe perioadă determinată, beneficiarii și-ar dori să prelungească perioada în nedeterminată - mulți au folosit serviciul de mai bine de 5 ani.

**Profilurile beneficiarilor pentru cele două servicii sunt destul de diferite cu privire la condițiile de trai și starea și gradul de dizabilitate.** Pentru Serviciul 1, mai mult de jumătate din beneficiari au dizabilități

<sup>137</sup> Adunarea Generală ONU (2019).

fizice, dar toți cu excepția unuia locuiesc cu familiile lor, iar majoritatea au certificate de dizabilitate cu grad accentuat sau grav. Pe de altă parte, beneficiarii Serviciului 2 trăiesc independent, majoritatea neavând un certificat de dizabilitate, deși nevoile lor cu privire la serviciul de îngrijire la domiciliu sunt destul de similare cu cele ale persoanelor cu dizabilități. Beneficiarii Serviciului 2 se confruntă cu un risc ridicat de instituționalizare în cazul în care situația lor se deteriorează iar furnizorul respect de servicii îi evaluează ca nefiind eligibili pentru îngrijire la domiciliu. Acest risc este accentuat și de faptul că furnizorul de servicii nu are personal suficient și poate presta serviciul cel mult de trei ori pe săptămână.

**Majoritatea beneficiarilor trăiesc în izolare, situație exacerbată și de restricțiile impuse de pandemie.** Izolarea este mai gravă dacă dizabilitatea a apărut mai târziu în viață (provocând rușine și conștientizare de sine pentru beneficiari) sau dacă persoana este mai în vârstă și și-a pierdut majoritatea prietenilor și a membrilor de familie (ceea ce îi face mai puțin interesați să întâlnească persoane noi și să socializeze). În plus, din cauza vârstei și dizabilității beneficiarilor le este mai greu să acceseze informații, servicii și oportunități precum grupuri de sprijin dacă acestea necesită acces sau comunicare digitale sau online. Trebuie depuse mai multe eforturi pentru a face aceste tehnologii mai accesibile lor sau pentru a intermedia accesul la aceste servicii și grupuri de sprijin.

**Deși niciunul dintre beneficiari nu și-a pierdut capacitatea juridică, unii nu sunt consultați sau incluși în luarea deciziilor cu privire la serviciul pe care au dreptul să îl primească.** În schimb, este consultată persoana pe care au desemnat-o să îi reprezinte în legătură cu aspecte juridice și administrative. Cumva, situația este normalizată în cazul Serviciului 1 și nu este contestată de personal sau beneficiari. Pe de altă parte, în cazul Serviciului 2, din moment ce beneficiarii trăiesc independent și nu au prieteni apropiați sau rude pe care să se bazeze, este mai probabil să fie incluși în aceste decizii.

### 2.3.3. Respectarea standardelor și analiza implementării

Această secțiune prezintă o evaluare detaliată a respectării cerințelor minime prevăzute în standarde, folosind atât auto-evaluarea serviciului, informațiile obținute din evaluarea externă, interviurile cu coordonatorul de servicii și patru beneficiari, cât și analiza documentelor puse la dispoziție de servicii.

#### Modulul 1. Managementul serviciilor sociale

Primul modul asigură respectarea legilor și regulamentelor aplicabile privind organizarea și managementul serviciilor, mai exact finanțarea serviciului, angajarea și păstrarea personalului calificat, prestând serviciul unor anumite tipuri de beneficiari, păstrând documentația administrativă internă corespunzătoare și stabilind parteneriate relevante în comunitate. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 25.

**Tabelul 25. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 1. Managementul serviciilor sociale**

STANDARDUL 1: ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile generale de organizare a serviciului și de gestionare a acestuia, încurajarea parteneriatelor cu alte entități, instruirea personalului în domenii precum egalitate, prevenirea neglijenței, violenței și abuzului, favorizarea unei vieți independente pentru beneficiar etc. Standardele indică și documentația necesară minimă. Mai mult, standardul prevede cine poate beneficia de serviciu și care ar trebui să fie capacitatea minimă a serviciului (40 de ore pe săptămână)

	pentru cel puțin 4 beneficiari). Indică faptul că, în situații întemeiate, un beneficiar poate primi maximum serviciului, și anume 8 ore pe zi, timp de 5 zile lucrătoare pe săptămână.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, majoritatea cerințelor minime sunt respectate. Însă, pentru unul dintre servicii nu există o autorizație valabilă și un raport anual - explicația a fost că „nu se aplică”. Situația este neclară deoarece serviciul nu este de sine stătător, ci face parte dintr-un centru rezidențial mai mare pentru vârstnici.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluarea externă și documentele depuse au arătat că, de fapt, unele standarde nu sunt întrunite, în special cele cu privire la formarea specială pe care personalul trebuie să o primească (pe teme privind drepturi egale, diversitate, sprijin pentru o viață independentă a beneficiarului etc.). Pentru unul dintre servicii, formarea se face „intern” și nu există documentație care să ateste că s-a făcut. Pentru celălalt se pare că instituția mai mare (DGASPC - serviciul social de la nivel de județ) este destul de organizată și oferă des sesiuni de formare pentru personal, susținute de specialiști din cadrul serviciului și din afara acestuia. Raportul anual nu conține toate informațiile necesare (este limitat la activități, numărul beneficiarilor, dar nimic cu privire la standarde, îmbunătățirea calității, feedback de la beneficiari și așa mai departe. Unul dintre servicii a colaborat cu alte ONG-uri pentru a le oferi beneficiarilor alte tipuri de servicii (consiliere psihologică, servicii medicale).
Observații	Deși nu există în cerințele minime, ambele servicii au indicat că ar fi de mare folos un vehicul accesibil folosit pentru transportul beneficiarilor (în special la programări medicale). Niciunul dintre servicii nu are un astfel de vehicul, dar în unele cazuri pot primi acces la unul de la alte servicii din cadrul instituției mai mari.  În plus, este interesant de reținut că în cazul furnizorilor, serviciul se oferă la intensitate maximă (8 ore pe zi, 5 zile pe săptămână) pentru un număr destul de mare de beneficiari (10 în prezent).

## Modulul 2. Accesarea serviciului social

Modulul 2 oferă un cadru pentru accesarea serviciului, de la informarea posibililor beneficiari cu privire la serviciu și înscrierea lor, la gestionarea informațiilor acestora și încetarea serviciului. Standardele și cerințele pentru acest modul pun un accent deosebit pe documentele administrative aferente acestor procese și în special pe transparență și pe respectarea legii. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 26.

**Tabelul 26. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 2. Accesarea serviciului social**

STANDARDUL 1: INFORMAȚII	
Descrierea standardului	Standardul este menit să asigure acces deplin și adaptat la informații cu privire la serviciu pentru persoanele cu dizabilități interesate care ar putea beneficia de pe urma serviciului. Impune ca materialele să fie publicate și să respecte anumite cerințe. Nu există prevederi cu privire la modul în care să fie distribuite materialele celor interesați.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, majoritatea cerințelor minime sunt întrunite, cu excepția acordării de informații într-un format adaptat. În cazul unuia dintre servicii, informațiile nu sunt exprimate într-un mod simplu și clar.

Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Cele două servicii nu au oferit eșantioane de materiale informative, astfel că nu pot fi evaluate. Conform evaluării externe și interviurilor, sunt întrunite toate cerințele, cu excepția celor cu privire la adaptarea materialelor într-un format accesibil.
---	---

**STANDARDUL 2: ADMITERE**

Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru admitere, în special informarea și implicarea beneficiarului și a reprezentantului legal în proces, conținutul dosarului de admitere, procedura și folosirea unui contract. Procedura trebuie să aibă un număr de elemente impuse.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, se respectă majoritatea cerințelor. Unul dintre servicii nu a inclus în contract prevederi speciale pentru beneficiarii care au un asistent personal sau un asistent personal profesional.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform evaluării cuprinzătoare, sunt întrunite și cerințele minime.
Observații	Unii beneficiari s-au plâns că strângerea tuturor materialelor necesare pentru admitere poate fi dificilă și cronofagă, în special pentru cei cu probleme de mobilitate și care nu au niciun ajutor. Odată admiși, procedura a decurs ușor și fără probleme. Unul dintre servicii chiar depune eforturi speciale pentru a potrivi beneficiarul cu personalul - cei doi se întâlnesc la semnarea contractului, astfel că beneficiarul poate accepta această potrivire.  Pentru unul dintre servicii, s-a indicat faptul că dacă se evaluează că un beneficiar posibil are nevoi pe care serviciul nu le poate îndeplini (de exemplu, supraveghere continuă sau nevoi medicale speciale), beneficiarul nu este admis.

**STANDARDUL 3: DOSARUL PERSONAL AL BENEFICIARULUI**

Descrierea standardului	Toți beneficiarii trebuie să aibă un dosar personal. Standardul detaliază condițiile în care poate fi consultat de diverse persoane.
Auto-evaluarea	Cele două servicii respectă cerințele minime ale standardului.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform evaluării cuprinzătoare, cerințele sunt îndeplinite.
Observații	Niciunul dintre beneficiari nu a solicitat vreodată să își vadă dosarul.

**STANDARDUL 4: ÎNCETAREA ACORDĂRII SERVICIILOR**

Descrierea standardului	Standardul prevede că încetarea contractului trebuie să aibă loc în condiții de transparență și sub trei forme: unilateral (de către furnizorul de servicii), prin acordul părților și la cererea beneficiarului.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele minime.

Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Sunt întrunite toate cerințele minime.
Observații	<p>În 2020, serviciile au încetat astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pentru Serviciul 1: 9 contracte la cererea beneficiarului, 9 contracte la recomandarea coordonatorului de servicii;</li> <li>➤ Pentru Serviciul 2: 1 la cererea beneficiarului, 1 la recomandarea coordonatorului de servicii, 1 cu acordul părților și 1 ca urmare a decesului beneficiarului.</li> </ul> <p>Serviciul este suspendat pe parcursul spitalizării beneficiarului, pe durata călătoriilor beneficiarului sau când beneficiarul are COVID (pentru a proteja personalul). Interviurile au identificat că, în anumite cazuri, îngrijitorul continuă să ajute beneficiarul spitalizat chiar dacă serviciul este suspendat oficial (aduce mâncare și haine de schimb, rezolvă treburi etc.)</p>

### Modulul 3. Evaluare și planificare

Cel de-al treilea modul se asigură că serviciul se prestează continuu în conformitate cu nevoile beneficiarilor, printr-o evaluare, o monitorizare și un plan personalizat adecvate. Cerințele se concentrează pe proceduri, precum și pe documentația ce rezultă din acestea. Pentru o evaluare detaliată, vezi Tabelul 27.

**Tabelul 27. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 3. Evaluare și planificare**

STANDARDUL 1: EVALUARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru procedura de evaluare (ce trebuie evaluat, cum, de către cine și ce documentație trebuie folosită). Există o cerință separată ca beneficiarul să fie implicat în proces.
Auto-evaluarea	<p>Conform formularului de auto-evaluare, majoritatea cerințelor minime sunt respectate, cu mai multe excepții:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nu toți beneficiarii sunt implicați în procesul de evaluare, date fiind „deficiențele funcționale grave”. În schimb, serviciul a indicat că reprezentantul legal este implicat.</li> <li>➤ Pentru unul dintre servicii, fișa de evaluare nu include data următoarei evaluări.</li> </ul>
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Se pare că există o confuzie cu privire la semnificația „reprezentantului legal”: deși standardele se referă în mod clar la situația în care beneficiarul și-a pierdut capacitatea juridică, serviciul folosește termenul pentru a se referi la persoana desemnată să reprezinte beneficiarul în chestiuni juridice și administrative și implică reprezentantul în toate aceste chestiuni cu privire la serviciu, și nu beneficiarul.
Observații	Pentru Serviciul 2, procesul de evaluare implică un document numit „formular geriatric”, menit special să evalueze persoanele vârstnice și nu persoanele cu dizabilități.

**STANDARDUL 2: PLANUL PERSONALIZAT**

Descrierea standardului	Toți beneficiarii trebuie să aibă un Plan Personalizat care să fie rezultatul evaluării cuprinzătoare. Standardul prevede conținutul planului și că beneficiarul trebuie să fie implicat în elaborarea și actualizarea acestuia.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, sunt îndeplinite toate cerințele minime, cu o excepție: pentru unul dintre servicii, nu se menționează cum va fi implicată familia.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Se confirmă majoritatea informațiilor din auto-evaluare, cu unele excepții: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Există probleme cu privire la implicarea beneficiarilor în elaborarea Planului Personalizat prin includerea dorințelor, opiniilor și nevoilor exprimate de aceștia. Un furnizor de servicii a indicat că, dacă beneficiarul semnează Planul Personalizat, aceasta înseamnă că este de acord cu acesta și că opinia sa este inclusă în mod evident în plan.</li> <li>➤ Unul dintre servicii folosește un alt formular și o altă abordare decât Planul Personalizat. În schimb, folosește un Plan individual de îngrijire și asistență, concentrându-se în principal pe nevoile de îngrijire și asistență ale beneficiarului, respectând modelul unui serviciu de îngrijire și asistență.</li> </ul>

**STANDARDUL 3: MONITORIZARE**

Descrierea standardului	Standardul prevede cerințele minime existente cu privire la monitorizarea implementării efective a serviciilor menționate în Planul Personalizat, precum și documentația necesară. Nu există prevederi pentru a include beneficiarii.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele minime conform formularelor de auto-evaluare.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluarea externă a identificat faptul că pentru unul dintre servicii nu există un manager de caz și că unele cerințe minime (care includ implicarea responsabilităților unui manager de caz) nu pot fi îndeplinite.  Pentru celălalt serviciu, situația este mai favorabilă decât standardul - vizitele de monitorizare au loc mai des și includ adesea discuții deschise cu beneficiarii, ceea ce a contribuit la crearea încrederii în echipa serviciului.

**Modulul 4. Servicii și activități**

Modulul 4 prevede standardele și cerințele minime pentru activitățile specifice pe care serviciul trebuie să le asigure cu privire la serviciul de îngrijire la domiciliu, informare și consiliere socială/asistență socială, îngrijire personală, hrănire și hidratare și integrare și participare socială și civică. Aceste servicii și activități reprezintă esența prestării serviciului. Pentru o evaluare a respectării standardelor, vezi Tabelul 28.

**Tabelul 28. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 4. Servicii și activități****STANDARDUL 1. INFORMAȚII ȘI CONSILIERE SOCIALĂ/ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Descrierea standardului	Prin acest standard, furnizorul de servicii trebuie să ofere o gamă largă de servicii și activități cu privire la accesarea serviciilor de bază și specializate de la nivelul comunității: informare și sprijin pentru accesarea serviciului, medierea relației cu alte entități (administrație, angajatori etc.), sprijin la integrarea în rețelele sociale, sprijin pentru activități sociale și culturale. Serviciul trebuie oferit de către un asistent social, care să facă parte din personalul furnizorului.
-------------------------	---

Auto-evaluarea	<p>Conform formularelor de auto-evaluare, sunt întrunite cerințele minime. Este important de reținut că lista cu servicii ce pot fi furnizate este opțională („dacă este cazul”) și, drept urmare, unele servicii din listă nu se oferă sau se menționează că „nu se aplică” situației de către unul sau ambii furnizori. Printre acestea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informare și sprijin pentru adaptarea mediului de acasă;</li> <li>➤ Informare și sprijin pentru angajare și mediul de lucru;</li> <li>➤ Informare despre rețele de sprijin;</li> <li>➤ Informații și sprijin despre participare la evenimente culturale, sportive, de divertisment.</li> </ul> <p>Unele dintre cerințe nu se pot verifica direct (de exemplu, respectul pe care personalul li-l acordă beneficiarilor).</p>
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Se confirmă informațiile din auto-evaluare.
Observații	<p>Există sentimentul că informațiile și asistența socială din cadrul serviciului sunt considerate irelevante și că nu sunt direct aplicabile beneficiarilor acestui serviciu care sunt văzuți drept în vârstă, pasivi și în situații care nu se pot îmbunătăți. În ciuda profilurilor lor și situațiilor lor de viață diferite, sunt toți considerați în principal ca având nevoie de îngrijire și asistență și nimic altceva (poate servicii medicale specializate). Unii beneficiari au indicat că și-ar dori să primească mai mult sprijin pentru a ieși în oraș și a participa la evenimente. Unii au recunoscut că situația pandemică îngreunează acest lucru.</p> <p>Interviurile cu beneficiarii au indicat că personalul îi tratează cu respect și le pasă de bunăstarea lor.</p>

### STANDARDUL 2. ÎNGRIJIRE PERSONALĂ

Descrierea standardului	Acest standard se referă la toate activitățile de îngrijire personală menite să ajute beneficiarii să își mențină activitățile funcționale. Acest include prevederi cu privire la tipurile de activități ce se pot desfășura, conduita personalului, cum trebuie organizate și documentate activitățile și tipul de formare pe care ar trebui să o primească personalul.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării celor doi furnizori, toate cerințele sunt îndeplinite, dar nu toate activitățile oferite ca opțiuni în standarde sunt și prestate de personalul serviciului (explicația este că beneficiarii nu au nevoie de unele dintre acestea).
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Se confirmă informațiile de mai sus, cu câteva explicații suplimentare de la unul dintre furnizori. Au insistat că nu oferă servicii medicale, nu sunt calificați în acest sens. Drept urmare, serviciul este limitat la ajutarea beneficiarilor să respecte tratamentul prescris de furnizorii lor medicali, în special reamintindu-le să își medicamentele.

### STANDARDUL 3. HRĂNIRE ȘI HIDRATARE

Descrierea standardului	Standardul conține cerințe cu privire la activități care se asigură că beneficiarii primesc ajutorul necesar pentru pregătirea și consumarea meselor.
-------------------------	---



Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform auto-evaluării. Ca și în cazul cerințelor anterioare, nu se oferă toate activitățile posibile, cu explicația „nu este cazul”.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	În mod bizar, pentru unul dintre furnizori, s-a menționat că activitatea „ajutor acordat pentru hrănire și hidratare” nu este inclusă în fișa postului personalului.
<b>STANDARDUL 4. INTEGRARE ȘI PARTICIPARE SOCIALĂ ȘI CIVICĂ</b>	
Descrierea standardului	Cel de-al patrulea standard din modul indică faptul activitățile și serviciile menite să asigure participarea beneficiarilor în comunitate. Pe lângă cerințele procedurale, enumeră o serie de formulare posibile de asistență și sprijin cu privire la: participarea la activități culturale, sportive, de divertisment, folosirea transportului în comun, mersul la vot și participarea la evenimente în familie.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite cerințele generale, dar lista cu servicii oferite este destul de scurtă - pentru mai multe dintre activitățile posibile, furnizorii de servicii au indicat că „nu este cazul”: activități în comunitate, evenimente culturale și sportive, însoțirea beneficiarilor la evenimente în familie, hobby-uri.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Pe lângă concluziile auto-evaluării, restul evaluării a identificat că nici furnizorul de servicii, nici beneficiarii nu se așteaptă să se includă astfel de activități în serviciile oferite de furnizor. Beneficiarii au indicat nevoile, dar simt că (și unii chiar reușesc) că ei sunt cei care trebuie să fie responsabili de aceste activități. Simt că dacă nu se oferă aceste tipuri de activități este doar din cauze externe sau din cauza propriei situații (dizabilitate sau vârsta înaintată).

## Modulul 5. Protecție și drepturi

Ultimul modul combină standarde care se referă la drepturile beneficiarilor, protecția acestora, aspecte de etică, managementul riscurilor, mecanismele de depunere a plângerilor și măsurarea satisfacției beneficiarilor.

<b>STANDARDUL 1. RESPECTAREA DREPTURILOR BENEFICIARILOR</b>	
Descrierea standardului	Standardul include două cerințe, din care doar una este o cerință de verificare (cealaltă este o listă cu drepturile beneficiarilor): ca furnizorul de servicii să organizeze sesiuni de formare pentru personal pe tema drepturilor beneficiarilor. Printre drepturile enumerate, există prevederi cu privire la respectarea demnității și vieții private a beneficiarului precum și includerea beneficiarilor în luarea deciziilor cu privire la prestarea serviciului.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, furnizorul de servicii a organizat 3 și respectiv 12 sesiuni de formare cu personalul despre respectarea drepturilor beneficiarilor.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Serviciile nu au oferit documente care să ateste că au avut loc sesiunile de formare (sesiunile de formare care au fost documentate sunt sesiuni informative despre legile și regulamentele locale). Pentru unul dintre servicii, beneficiarii au indicat că sunt informați în permanență cu privire la drepturile lor și că nu simt că personalul serviciului nu se le respectă drepturile. Totuși, din declarațiile lor, se poate deduce că atunci când menționează drepturile cu privire la care sunt informați se referă doar la drepturile juridice și administrative pe care le au în relația cu alte instituții.

Observații	În prezent, standardul nu prevede o obligație similară de a le oferi formare beneficiarilor în legătură cu drepturile lor și informații în formate accesibile și nici mecanisme de acordare eficace continuă a feedbackului sau de depunere a reclamațiilor care să poată asigura acces la soluții și remedii imediate. Standardul nu include nicio cerință despre asigurarea ca personalul să cunoască și să respecte drepturile beneficiarilor, precum evaluări recurente ale performanțelor personalului pentru a vedea cum înțeleg și aplică cele incluse în formare în relația cu beneficiarii, în orice moment. Nu există specificații nici cu privire la tipul de material folosit și persoanele ce oferă formări obligatorii.
------------	---

## STANDARDUL 2. MANAGEMENTUL RISCULUI

Descrierea standardului	Standardul enumeră ce ar trebui să conțină procedura de management al riscurilor precum și documentația necesară în cazuri ce au necesitat intervenții de urgență.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării se respectă toate cerințele standardelor, cu excepția uneia, (pentru unul dintre furnizorii de servicii, intervenția în situații de risc nu este inclusă în dosarul beneficiarului).
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Doar una din procedurile de management al riscurilor depuse de furnizorii de servicii descrie efectiv situațiile de risc ce pot apărea, cum să se recunoască o situație de criză/risc, cum ar trebui să reacționeze personalul și cum ar trebui să monitorizeze situația ulterior. Cealaltă procedură conține doar informații contextuale (despre legi, organizare internă și procedură), dar nu oferă aproape deloc informații despre situațiile de risc și cum să le gestioneze efectiv. Pentru ambele proceduri, există foarte multe informații suplimentare, neoperaționale care tind să acopere informațiile care sunt efectiv utile într-o situație de criză/risc. În plus, una dintre procedurile depuse este, de fapt, pentru un alt serviciu oferit de același furnizor, ceea ce înseamnă că nu s-au luat în considerare situațiile de risc specifice îngrijirii la domiciliu.
Observații	Standardul nu include nicio prevedere clară cu privire la formări sau alte modalități de a acorda aceste informații personalului serviciului sau beneficiarilor cu privire la managementul riscurilor.

## STANDARDUL 3. COD DE ETICĂ

Descrierea standardului	Standardul indică faptul că furnizorul trebuie să aibă un Cod de Etică în care să existe prevederi pentru tratamentul egal al beneficiarilor, că serviciul trebuie prestat în interesul superior al acestora și că trebuie să se respecte etica profesională. Furnizorul trebuie să poată organiza și sesiuni de formare pentru personal pe tema Codului de Etică.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, ambele servicii îndeplinesc toate cerințele.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Ambele coduri de etică sunt detaliate și cuprinzătoare - intenția este de le a folosi în organizația mai mare care prestează serviciul (DGASPC) și să conțină elemente impuse de standard. Unul dintre furnizori nu a organizat sesiuni anuale de formare cu privire la Codul de Etică și a declarat că angajații sunt instruiți cu privire la cod la momentul angajării.  Nu există dovezi directe că angajații cunosc efectiv prevederile Codului de Etică, așa cum impune cerința.

**STANDARDUL 4. PROTECȚIE ÎMPOTRIVA NEGLIJENȚEI, EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZULUI**

Descrierea standardului	Standardul prevede cerințele minime pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva situațiilor de exploatare, violență și abuz, precum existența unei proceduri specifice cunoscută și aplicată de personalul serviciului, formarea anuală a personalului pe această temă, obligația personalului de a încuraja și a susține beneficiarii pentru a identifica și a raporta aceste situații și obligația FSS de a identifica, înregistra și acționa prompt în cazul apariției acestor situații.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, sunt întrunite toate cerințele din standard. Furnizorii au indicat că au organizat 3 și respectiv 4 sesiuni de formare cu personalul. Nu s-au identificat cazuri până în prezent.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Una dintre proceduri (pentru unul dintre cei doi furnizori) este foarte detaliată și oferă în mod clar informații despre ce sunt situațiile de neglijență, exploatare, violență și abuz, cum să le recunoască și ce ar trebui să facă personalul serviciului dacă se confruntă cu o astfel de situație. Cealaltă procedură conține în mare parte informații oficiale (despre legi și condiții), unele detalii procedurale cu privire la organizarea internă și responsabilități și aproape deloc informații despre situațiile efective, cum să le recunoască și cum să reacționeze.</p> <p>Unul dintre furnizorii de servicii are documentații cu privire la informarea personalului în legătură cu procedura (dar nu neapărat și instruirea acestuia). Totuși, acest furnizor a menționat că în instituția mai mare (DGASPC) există un program extins de formare ce folosește experți interni pentru a forma toți membrii personalului (și pentru alte servicii). Celălalt furnizor a indicat că fac sesiuni informale interne și discută aceste aspecte intern cu personalul său.</p> <p>Nicio procedură nu conține detalii/prevederi despre administrarea medicamentelor, conform cerinței standardului.</p> <p>Nu există un mod obiectiv de a ști din documentație dacă personalul cunoaște procedura.</p>
Observații	<p>Pentru a asigura o protecție adecvată împotriva violenței și abuzului, standardele trebuie să includă prevederi clare cu privire la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ modul în care serviciile ar trebui să încurajeze și să susțină beneficiarii pentru a identifica și a sesiza cazurile de violență, exploatare și abuz.</li> <li>➤ informarea beneficiarilor în legătură cu modul de a identifica și raporta cazuri de abuz, precum și protejarea acestora împotriva răzbunării posibile a autorilor infracțiunii dacă aceștia sunt personalul serviciului sau beneficiari.</li> <li>➤ asigurarea că beneficiarii sunt tratați doar după ce și-au dat consimțământul deplin în cunoștință de cauză și că se evită practicile neconsensuale (precum administrarea involuntară a medicamentelor sau a imobilizărilor).</li> <li>➤ asigurare accesului beneficiarilor la serviciile relevante în cazul acestor situații, precum consiliere psihologică, adăposturi etc.</li> <li>➤ asigurarea accesului beneficiarilor la un mecanism independent, extern, de raportare și cercetare a acestor cazuri, precum și la servicii juridice și de consiliere și la avocați</li> </ul>

**STANDARDUL 5. PROTECȚIE ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE**

Descrierea standardului	Standardul indică cerințele minime pentru asigurarea protecției împotriva torturii și tratamentului crud, inuman sau degradant: ce ar trebui să conțină procedura, cum ar trebui aplicată, documentația generată și că personalul ar trebui să fie format pe această temă.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, sunt întrunite toate cerințele, inclusiv sesiunile de formare cu personalul. Nu au existat cazuri în 2020.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Procedurile ambilor furnizori sunt vagi în legătură cu cazurile de tortură și tratamente crude, inumane sau degradante: nu conțin informații despre ce sunt acestea și cum să le recunoască, doar informații despre procedurile ce trebuie respectate dacă apare o astfel de situație. Ambele proceduri se concentrează mai mult pe documentele juridice decât pe procedura operațională ce poate ajuta personalul și beneficiarii.</p> <p>Ca în cazul procedurii anterioare, doar un furnizor pare să fi organizat sesiuni efective de formare, pentru celălalt s-a folosit comunicarea internă. Nu se poate stabili cât de mult din procedură cunoaște personalul (conform cerinței standardului).</p>
Observații	Vezi Standardul 5

**STANDARDUL 6. RECLAMAȚII**

Descrierea standardului	Standardul indică faptul că ar trebui să existe o procedură de înregistrare și soluționare a reclamațiilor beneficiarilor, ce ar trebui să conțină procedura ca prevederi minime, precum și câteva alte cerințe privind documentația și arhivarea precum și posibilitatea folosirii medierii externe la cererea serviciului (nu a beneficiarului).
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, sunt întrunite toate cerințele. În 2020, a existat o reclamație în cazul unui furnizor care a fost soluționată cu succes.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Procedura pentru unul dintre furnizori este foarte detaliată și indică pașii pe care ar trebui să îi parcurgă un beneficiar pentru a depune o reclamație. Deși se respectă cerința, procedura efectivă este aproape imposibil de urmat. Beneficiarul trebuie să depună o reclamație în scris și să o trimită electronic sau prin poștă la sediul central al DGASPC, specificându-și datele de identitate, inclusiv adresa exactă, ce s-a întâmplat și dovada că s-a întâmplat. Restul procedurii indică modul în care va fi tratată reclamația intern.</p> <p>Cealaltă procedură este mai vagă, dar permite depunerea de reclamații verbale de către personal într-un registru special. Personalul are și obligația de a informa beneficiarii în legătură cu modul în care pot face o reclamație.</p>
Observații	<p>Nu există proceduri în niciuna dintre proceduri cu privire la modul în care sunt protejați beneficiarii dacă se decid să facă o reclamație împotriva unuia dintre membrii personalului.</p> <p>Analizând procedurile, este foarte puțin probabil ca beneficiarii să facă o reclamație, cu excepția cazului în care altcineva (poate un membru al familiei sau asistentul</p>

	personal) depune efortul să o facă în numele lor. Procedurile sunt complicate și restrictive și nu sunt gândite luând în considerare efectiv implicarea beneficiarului.
<b>STANDARDUL 7. GRADUL DE SATISFACȚIE AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Acest standard dorește să asigure un mecanism pentru evaluarea gradului de satisfacție al beneficiarului cărui i se prestează serviciul. Echipele mobile trebuie să aplice chestionare și să includă analiza acestora în rapoartele lor anuale. Beneficiarii pot solicita sprijinul membrilor de personal, al familiei sau al reprezentantului legal pentru completarea chestionarelor.
Auto-evaluarea	Niciunul dintre servicii nu respectă cerințele, conform auto-evaluării. Unul dintre furnizori nu aplică astfel de chestionare de satisfacție, iar celălalt nu include rezultatele în raportul anual.
Evaluare cuprinzătoare: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Evaluarea cuprinzătoare a confirmat majoritatea informațiilor din auto-evaluare (s-a inclus o mențiune generală a chestionarelor în raportul anual).  Chestionarul nu este anonim și necesită completarea numelui complet al beneficiarului, ceea ce ridică semne de întrebare cu privire la posibilitatea beneficiarilor de a-și exprima în mod deschis și liber opinia cu privire la serviciu. Pentru unul dintre serviciile care a aplicat chestionare, singura cerere din partea beneficiarilor a fost să se prelungească serviciul și la sfârșit de săptămână.  În cazul furnizorului care nu aplică astfel de chestionare de satisfacție, coordonatorul a indicat că nu le folosesc deoarece știu că beneficiarii nu le vor completa: persoanele în vârstă nu doresc să își asume responsabilitatea completării unui chestionar deoarece se tem de ce li se poate întâmpla, posibil chiar excluderea din serviciu.
Observații	Este îngrijorător că furnizorul care nu aplică astfel de chestionare de satisfacție nu a interpretat situația (beneficiarii refuză să le completeze de teamă de repercusiuni) ca fiind o problemă ce trebuie rezolvată în relația lor cu beneficiarii. Arată încrederea pe care beneficiarii o au în sistem și situația de dependență și necesitate ce îi lasă astfel să se simtă vulnerabili.

### 2.3.4. Concluzii și recomandări

#### Respectarea și implementarea standardelor

Se respectă majoritatea cerințelor minime din standarde, cu câteva probleme cu privire la formarea personalului pe teme impuse de standarde și participarea beneficiarilor la planificarea și prestarea serviciului. În plus, dată fiind situația incertă a unuia dintre servicii (nu este autorizat și face parte dintr-un centru rezidențial), este neclar cum s-ar putea rezolva unele din cerințele standardelor.

Merită menționate și soluționate câteva aspecte:

- Serviciul 1 pare să fi investit mai mult în formarea personalului prin programe la nivel de organizație (la nivelul DGASPC), implicând personalul din diverse tipuri de servicii. Conținutul sesiunilor de formare poate fi actualizat și personalizat să răspundă cerințelor minime ale standardelor. În plus, este nevoie de un sistem de evaluare pentru a se asigura mai degrabă că personalul cunoaște conținutul cerințelor și procedurilor în legătură cu care au fost formați, decât doar să semneze foaia de prezență sau să confirme că a fost informat în legătură cu aceste tipuri

de informații. Practica formării și colaborării între servicii are potențial și trebuie explorată în detaliu (posibil chiar extinsă ca model de bună practică).

- Serviciul 2 are un program limitat de formare ce funcționează prin discuții informale și sesiuni informative. Această situație poate fi îmbunătățită cu siguranță.
- Reies mai multe probleme din profilul beneficiarilor actuali și modul în care sunt conceptualizați de către furnizorii de servicii. Beneficiarii sunt văzuți ca fiind destul de pasivi și ca având nevoie protecție, puțin probabil să se îmbunătățească (în special cei în vârstă) și ca având nevoi ce țin în principal de îngrijirea personală, treburi gospodărești și accesarea serviciilor medicale. Trebuie incluse mai multe nevoi ale beneficiarilor, precum cele sociale, culturale și politice în Planurile lor Personalizate, iar serviciul prestat trebuie să îndeplinească mai multe dintre aceste nevoi. Beneficiarii și-au exprimat aceste nevoi,<sup>138</sup> dar în mod bizar nu se așteaptă ca serviciul să îi poată ajuta să le rezolve.
- În unele cazuri, beneficiarii sunt considerați în mod limitat parteneri activi în planificarea și prestarea serviciului. Unul dintre servicii nu folosește chestionare de satisfacție (sau alte forme de feedback sistematic) din convingerea că beneficiarii nu vor fi interesați să le completeze și să își exprime opinia sinceră. În unele cazuri, beneficiarii nu sunt incluși în mod intenționat în procesul de planificare și prestare a serviciului, fiind în schimb inclus reprezentantul legal desemnat de beneficiar. Această practică pare să fie o neînțelegere a expresiei „reprezentant legal” folosită în standarde, care se referă la reprezentantul legal numit de instanță și nu la o persoană delegată să semneze documente juridice și administrative în numele beneficiarului.
- Majoritatea procedurilor par să fie exprimate în limba juridic și oficial, fără să țină prea mult cont de situațiile practice efective. Informațiile despre problema în discuție (abuz, neglijență, tortură, reclamații etc.) sunt îngropate sub o multitudine de referințe juridice, expresii administrative și proceduri interne sau pur și simplu lipsesc complet. Furnizorii de servicii ar trebui să găsească o modalitate de a rescrie procedurile și de a le prezenta într-o manieră care să le facă mai folosibile și accesibile atât pentru personalul serviciului, cât și pentru beneficiari.

## Valoarea și succesul serviciului

**Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt deosebit de valoroase atât pentru persoanele cu dizabilități, cât și pentru întreaga comunitate.** Atât beneficiarii, cât și reprezentanții serviciilor au indicat că este mult mai mare nevoia din comunitatea locală și din regiunea din jur, însă nu au fonduri și capacitatea instituțională să extindă serviciul. Este nevoie de mai multe fonduri pentru a dezvolta serviciul și a crește personalul precum și a remunera personalul corespunzător (salariile mici provoacă probleme de recrutare în prezent).

**Serviciul are în mod categoric potențialul de a reduce instituționalizarea și de a le oferi beneficiarilor o viață mai bună, mai aproape de comunitate și familiile acestora.** În același timp, trebuie să existe mai multe măsuri pentru a se asigura și că serviciul contribuie la și nu împiedică viața independentă în

<sup>138</sup> De exemplu, un beneficiar este foarte interesat să afle mai multe și să se implice în aspecte ce țin de drepturile persoanelor cu dizabilități și depune eforturi să acceseze rețele sociale și surse de informare care să o ajute în acest sens. Ea consideră că această încercare este un efort personal și nu ceva în legătură cu care ar putea să o ajute serviciul. Alți rezidenți și-au exprimat nevoia de a putea ieși în oraș și participa la evenimente și spații culturale și de divertisment, dar s-au resemnat și le consideră inaccesibile din cauza situației în care se află (și a pandemiei).

comunitate. În primul rând, implicarea beneficiarului, alegerea și autonomia sunt esențiale: beneficiarii trebuie implicați activ în alegerea furnizorului și personalului cu care lucrează direct și trebuie tratați ca parteneri activi în planificarea și prestarea serviciului (în locul sau în plus față de familie/reprezentantul legal). În al doilea rând, accesarea serviciului de îngrijire la domiciliu trebuie să se adauge și nu să înlocuiască accesul la alte servicii comunitare, dacă se potrivesc cu nevoile și scopurile acestora. În al treilea rând, serviciul de îngrijire la domiciliu ajută în mod activ beneficiarii să găsească și să acceseze oportunitățile de a participa la viața în comunitate: educație, oportunități de divertisment, rețele și grupuri sociale, locuri de muncă sau voluntariat.

**Deși prevenirea instituționalizării este un obiectiv lăudabil în mediul actual (în care instituționalizarea este considerată o soluție de fiecare dată când nevoile depășesc oferta de servicii), serviciile comunitare precum îngrijirea la domiciliu trebuie considerate instrumente pozitive (dintr-un set de opțiuni) care să asigure viața independentă în comunitate, și nu doar încă un pas pe traiectoria inevitabilă spre instituționalizare.** Furnizorii publici de servicii au menționat colaborări și integrări cu alte servicii (atât publice, cât și private), iar aceste legături trebuie încurajate și integrate natural în planificarea serviciului. S-a menționat că în special nevoile medicale ridicate sunt un obstacol în accesarea sau păstrarea serviciului, astfel că acest conflict trebuie soluționat ca să nu existe un decalaj al serviciilor pentru anumite categorii de persoane cu dizabilități.

**Beneficiarii apreciază enorm serviciile de îngrijire la domiciliu și personalul și implicarea acestuia.** Însă, această recunoștință este încă un mod de a indica vulnerabilitatea socială și economică a acestor persoane: pierderea serviciului ar fi un dezastru pentru mulți dintre ei (și ar putea însemna instituționalizare). Corolarul este că această vulnerabilitate se traduce în vulnerabilitate față de serviciul însuși - se plâng mai puțin și acceptă mai mult condiții și forme de servicii ce nu le îndeplinesc nevoile specifice (și, în final, în cele mai grave cazuri, permite cazuri posibile de neglijență și abuz). La nivel intern, această problemă se poate soluționa prin implicarea beneficiarului, crearea de mecanisme care reduc vulnerabilitatea internă și îndrumarea serviciului spre reducerea vulnerabilității sociale și economice sau a beneficiarului, prin integrare în rețele sociale de sprijin, către accesarea altor servicii, informarea beneficiarilor în legătură cu drepturile lor etc. La nivelul politicii și planificării serviciului comunitar, trebuie depuse mai multe eforturi pentru a dezvolta un portofoliu variat și larg de servicii comunitare ce oferă opțiuni și securitate pentru persoanele cu dizabilități ce au nevoie de asistență.

**În final, este neclar care este relația dintre serviciul de îngrijire la domiciliu și serviciul de asistent personal.** Deși se suprapun în majoritatea activităților, standardele actuale permit posibilitatea accesării ambelor servicii, ceea ce permite posibilitatea unor niveluri mai ridicate de îngrijire și sinergie a serviciilor acolo unde este cazul. De fapt, în practică, suprapunerea poate fi un obstacol deoarece persoanele cu dizabilități nu ar putea să acceseze efectiv ambele servicii în același timp (serviciile de îngrijire la domiciliu ar putea fi considerate redundante sau ca o sursă de irosire a banilor publici). În 2020, niciunul din beneficiarii serviciilor nu a avut un asistent personal sau un asistent personal profesionist, informațiile că practic pot accesa ambele servicii nu au fost incluse în formațiile despre serviciu decât recent, iar Serviciul 1 vede serviciul pe care îl prestează ca foarte similar cu cel al unui AP (personalul serviciului de îngrijire la domiciliu colaborează cu asistenții personali din județ învățându-i cum să aibă grijă de beneficiarii lor).

2.4.

ECHIPE MOBILE



## 2.4. Echipe mobile

Acest capitol oferă o evaluare cuprinzătoare a serviciilor de echipe mobile din perspectiva respectării standardelor minime de calitate prevăzute de legislația națională românească. În primul rând, introduce cadrul juridic și instituțional ce reglementează furnizarea acestui serviciu. În al doilea rând, oferă o imagine de ansamblu asupra serviciilor din punctul de vedere al serviciilor și profilul beneficiarilor. În al treilea rând, oferă o evaluare cuprinzătoare a serviciului din perspectiva respectării standardelor minime de calitate și propune recomandări succinte pentru îmbunătățirea standardelor în vederea prestării unui serviciu de calitate mai bună, orientat către persoane și asigură autonomia personală și auto-determinarea.

### 2.4.1. Cadrul juridic și instituțional

**Serviciul de echipe mobile** este definit de Standardele privind serviciile<sup>139</sup> ca tipul de serviciu social prin care se acordă intervenții specializate la domiciliul beneficiarilor, pe perioadă determinată, și în funcție de evaluarea individuală. Serviciul vizează persoanele adulte cu dizabilități care nu au acces la un centru de zi sau care nu locuiesc în apropierea unuia, în vederea prevenirii instituționalizării și dezvoltării potențialului personal al beneficiarului.

**Deși există cadrul juridic și instituțional pentru serviciile de echipe mobile, nu au fost incluse explicit în strategiile naționale până în 2021.** Conform Legii nr. 448/2006, art. 32, persoanele cu dizabilități beneficiază de servicii sociale acordate la domiciliu, iar aceste servicii trebuie să fie planificate și prestate în conformitate cu nevoile lor individuale. Echipele mobile nu sunt menționate explicit, dar sunt incluse implicit în serviciile prestate la domiciliu. Ordinul nr. 82/2019 menționează în mod explicit echipele mobile și definește standardele minime de calitate ce trebuie folosite pentru autorizarea și monitorizarea serviciului, în timp ce Decizia nr. 865/2015, pentru aprobarea nomenclatorului serviciilor sociale din România, enumeră echipele mobile ca fiind o modalitate de a presta „servicii la domiciliu pentru persoanele adulte cu dizabilități”. Nici *Strategia națională pentru protecție specială și integrarea persoanelor cu dizabilități din România 2016-2020* nu menționează în mod explicit echipele mobile, dar menționează nevoia de a dezvolta servicii sociale pentru persoane cu dizabilități în cadrul procesului de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități ce se află în prezent în centrele rezidențiale. Printre aceste servicii sociale sunt enumerate servicii de terapie și reabilitare ce urmează să fie prestate la domiciliul persoanelor.

**În noua strategie pentru 2021-2027,<sup>140</sup> serviciile prin echipe mobile sunt menționate explicit în cadrul realizării obiectivului de îmbunătățire a accesului la serviciile din comunitate.** În prezent, există un singur serviciu de echipă mobilă licențiat în conformitate cu standardele minime de calitate obligatorii și numărul a rămas același din 2013, iar serviciul de echipă mobilă a început să aibă beneficiari abia în 2018, numărul acestora rămânând relativ neschimbat până în 2020 (20-22). Strategia recunoaște precaritatea și lipsa

<sup>139</sup> Anexa 5 la Ordinul nr. 82/2019.

<sup>140</sup> „Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2027”, ce încă trece prin procesul de consultare.

diversității serviciilor oferite în comunitate, în special echipe mobile, în ciuda faptului că există un cadru juridic ce oferă sprijin pentru funcționarea acestora. Lipsa de servicii sociale este atribuită lipsei de finanțare, autoritățile județene și locale neînțelegând importanța acestor tipuri de servicii, și lipsei de informații care ar putea ajunge la posibillii beneficiari.

## 2.4.2. Descrierea serviciilor

### Profilul serviciilor

**În ciuda nevoii, există doar două echipe mobile în prezent în România, deservind în total 47 de persoane cu dizabilități.** Serviciile sunt publice, destul de mici, funcționând mai degrabă sub coordonarea și finanțarea DGASPC respective din județul în care se află, unul în vestul țării (Oradea, județul Bihor) și unul în sud (Craiova, în județul Dolj). În principiu, serviciul poate fi organizat atât de furnizori privați, cât și publici, dar nu au existat servicii private organizate astfel. În prezent, ambele echipe mobile oferă exclusiv servicii pentru persoanele cu dizabilități fizice sau somatice. Orientarea este rezultatul contextului lor specific și nu neapărat un rezultat al unei decizii de a exclude beneficiarii cu alte tipuri de dizabilități. Unul dintre servicii a început în 2011 să răspundă cererii locale de reabilitare și fizioterapie pentru persoanele care nu își puteau părăsi domiciliile din cauza problemelor de mobilitate, multe dintre ele apărute în urma unui atac cerebral. Celălalt serviciu a fost înființat printr-un proiect cu finanțare europeană pentru un serviciu similar destinat copiilor și, datorită succesului și dedicării echipei, precum și nevoii locale, programul a fost prelungit în 2018 într-un serviciu destinat adulților. Se poate găsi un rezumat al caracteristicilor principale ale acestor două servicii la Tabelul 29.

**Tabelul 29. Serviciile de echipe mobile din România pe scurt**

	<b>Serviciul 1</b>	<b>Serviciul 2</b>
<b>Loc</b>	Craiova (județul Dolj)	Oradea (județul Bihor)
<b>Zona deservită</b>	În toată țara (atât rural, cât și urban)	În toată țara (atât rural, cât și urban)
<b>Număr de beneficiari (actual)</b>	30	17
<b>Total persoane deservite în 2020</b>	33	23
<b>Total persoane deservite în 2019</b>	58	23
<b>Frecvența serviciului per beneficiar</b>	O dată pe săptămână	De două ori pe săptămână
<b>Durata medie de tratament per beneficiar în 2020</b>	143 de zile	47 de zile
<b>Număr personal specializat</b>	Coordonatorul serviciului, plus 7 membri ai personalului specializat: - 2 kinetoterapeuți - 2 fiziokinetoterapeuți - 2 asistenți sociali - 1 psiholog	Coordonatorul serviciului, plus 4 membri ai personalului specializat: - 1 asistent medical - 1 asistent social - 1 kinetoterapeut - 1 psiholog

<b>Număr de locuri libere</b>	1 - logoped	0
<b>Servicii oferite</b>	Kinetoterapie, fizioterapie, consiliere psihologică, asistență socială, alte servicii de asistență.	Kinetoterapie, fizioterapie, consiliere psihologică, asistență socială, asistență medicală (administrarea tratamentelor), alte servicii de asistență.
<b>Dotări proprii</b>	2 vehicule 1 echipament de fizioterapie (aparat) Altele: bicicletă medicinală, stepper etc.	Niciunul

*Sursa:* Studiu realizat de Banca Mondială cu privire la echipele mobile (2020)

**Ambele servicii au indicat că din cauza limitărilor de buget și instituționale nu pot presta nivelul de servicii pe care și l-ar dori și de care au nevoie beneficiarii lor.** Ambele echipe mobile le oferă servicii clienților lor doar o dată pe săptămână, pe durate între una-două ore și o jumătate de oră, deși unii beneficiari ar avea nevoie zilnic de terapie și exerciții fizice (în special în primele luni după un atac cerebral). În plus, din cauza lipsei de personal, serviciile de consiliere psihologică se oferă doar o dată la două săptămâni de către una dintre echipe.

**În contextul lipsei de materiale și personal, familia/asistenții personali și, în general, îngrijitorii acestora devin co-furnizori de un astfel de serviciu.** Personalul trebuie să se bazeze pe familia beneficiarilor să îi ajute cu unele exerciții, astfel că au creat moduri de la preda și a comunica cu beneficiarii și asistenții personali/familia pentru a asigura continuitatea serviciului. Această nevoie a devenit mai acută în timpul restricțiilor COVID, când echipa nu a putut vizita beneficiarii cu care lucrau. În acest context, familiile filmau exercițiile și le recreau când echipa nu era prezentă, iar beneficiarii foloseau aplicații de mesagerie pe telefon (pe care echipa le-a instalat și le-a arătat cum să le folosească) pentru a comunica cu fizioterapeuții lor în vederea efectuării exercițiilor.

**Fiind singura echipă mobilă din zona lor, fiecare dintre cele două servicii este forțat să își intensifice eforturile pentru a deservi persoane atât din mediul urban, cât și din cel rural.** Nevoia de reabilitare și alte tipuri de servicii este ridicată, în special pentru persoanele din zone rurale, îndepărtate. Mulți dintre aceștia au probleme grave de mobilitate, locuiesc în zone cu transport public cu frecvență mică sau deloc, unii locuiesc singuri sau cu membri de familie care nu le pot oferi asistență adecvată pentru transport, iar majoritatea are probleme financiare, ceea ce face imposibil accesul la servicii și transport private. Cele două echipe mobile simt că au obligația de a ajuta acești beneficiari, dar în același timp își dau seama că astfel este afectat numărul total de beneficiari pe care îi pot deservi, precum și nivelul serviciului pe care îl oferă. Într-un caz, doar deplasarea poate dura două ore, pe lângă timpul de tratament. Această situație este deosebit de dificilă pentru o echipă ce trebuie să folosească transportul în comun sau unul din autoturismele personale pentru a ajunge la domiciliile beneficiarilor.

**Echipele mobile sunt deosebit de importante pentru comunitatea locală în care nu există alte tipuri de servicii.** Deși există mai multe alte organizații ce oferă servicii care ar putea deservi și persoanele cu dizabilități, nu sunt suficiente, nu oferă fix serviciile de care au nevoie persoanele (în special cele cu probleme grave de mobilitate) și, în unele cazuri, se află prea departe, într-un alt oraș. În județul Dolj

există două centre de zi și un centru de reabilitare neuromotorie (toate trei sunt publice și în zone urbane), iar în Bihor, există mai mulți furnizori privați pe lângă cele două centre de zi publice.

**Relația cu finanțatorul și organizatorul serviciului (DGASPC) este esențială pentru succesul și experiența atât a utilizatorilor serviciilor, cât și a personalului.** Într-unul din cazuri, DGASPC oferă un sprijin deosebit și nu se consideră separată de serviciu, ci direct implicată și responsabilă de succesul acestuia. Sprijinul strâns administrativ, politic și financiar a permis continuarea serviciului. Într-un alt caz, instituția consideră că serviciul mobil este considerat o povară, ceea ce înseamnă mai puțină finanțare și sprijin și nevoia constantă de a justifica existența serviciului prin rapoarte și documentație. De exemplu, echipei nu i s-au alocat vehicule, astfel că personalul este obligat să folosească transportul în comun sau propriile mașini pentru a ajunge la beneficiari, unii dintre aceștia în zone rurale îndepărtate. Și mai mult, au încetat contractele unora din membrii de personal sau personalul a fost transferat arbitrar la un alt serviciu (și alt personal transferat la echipa mobilă), provocând întreruperi și temeri atât în rândul beneficiarilor, cât și al personalului.

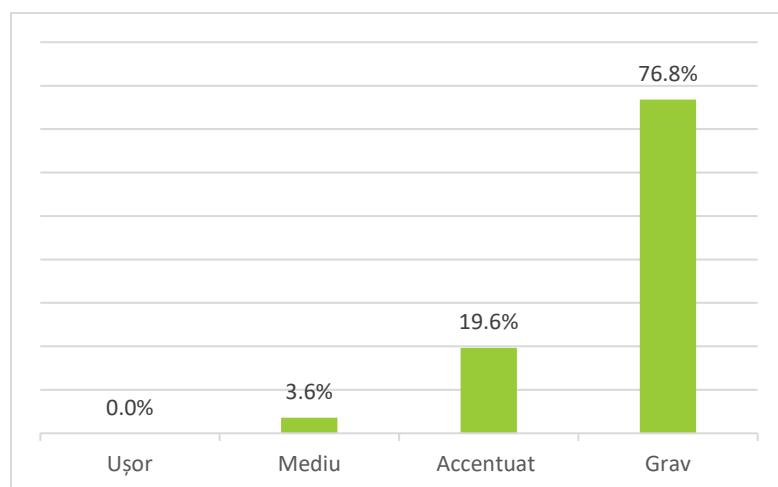
**Cea mai gravă problemă pentru ambele servicii este finanțarea insuficientă, precum și limitările bugetare/privind cheltuielile.** Personalul din ambele servicii a indicat că în comunitate nevoia este mai mare decât poate acoperi cu resursele de care dispune. Pentru unul dintre servicii, lipsa banilor le îngreunează extrem de mult misiunea pe care o au. Nu doar că nu dispun de un vehicul pentru a ajunge la clienții lor, dar le lipsește și echipamentul necesar. Li s-a comunicat să găsească soluții și să folosească ce au beneficiarii în casele lor. Unele dintre materialele și „echipamentele” pe care le folosesc sunt improvizate și donate de beneficiari sau chiar de membrii personalului. De exemplu, cu ajutorul cuiva care a donat plăci de lemn, au improvizat un dispozitiv cu care ajută persoanele să se ridice din pat în picioare. Cealaltă echipă lucrează cu vehicule vechi (achiziționate pentru un proiect anterior) și nu dispune de echipamente suficiente pentru a satisface nevoile clienților lor și, deși sunt sprijiniți de DGASPC, se confruntă cu fonduri insuficiente sau reguli rigide de achiziții publice care îi împiedică să achiziționeze echipamentele de care au nevoie. O altă îngrijorare este că salariile sunt abia la limită pentru a păstra personalul, unii membri fiind calificați și cu experiență îndelungată și care probabil ar pleca să lucreze pentru furnizori privați de servicii dacă li s-ar tăia primele salariale de 50%.

## Profilul beneficiarului

**În prezent, majoritatea beneficiarilor au dizabilități fizice, somatice și conexe, doar unul având o dizabilitate mintală.** În plus, conform coordonatorilor serviciilor, majoritatea au rămas cu o dizabilitate în urma unui atac cerebral, care reflectă într-o anumită măsură nevoia din comunitate pe care serviciile încearcă să o deservească în primul rând. Peste trei sferturi din toți beneficiarii au dizabilități grave și un procent foarte mic are dizabilități ușoare (vezi Figura 11). Distribuția lor pe vârste este destul de uniformă, cu un procent mai mare de persoane în grupele de vârstă mai înaintată: o treime dintre aceștia are 70 de ani (vezi Figura 12). Distribuția pe genuri este și mai bine echilibrată, în mare jumătate fiind bărbați și cealaltă jumătate femei. Niciunul dintre beneficiarii serviciului nu vine din locuințe protejate și niciunul nu

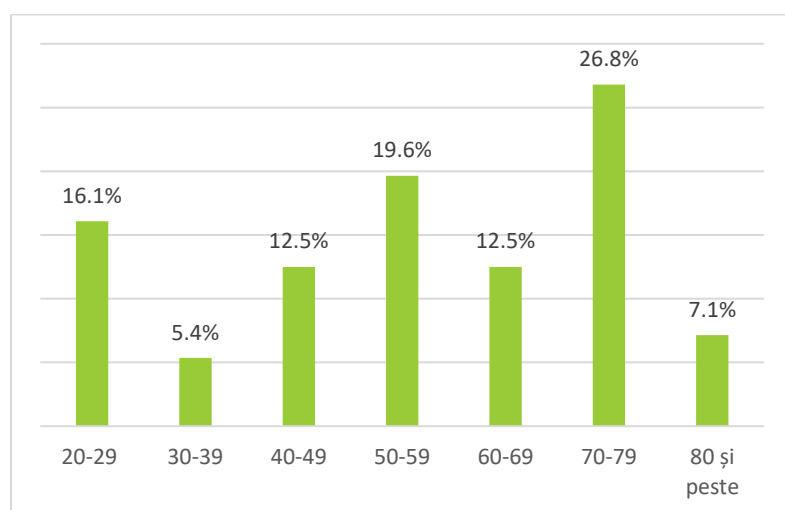
locuiește singur - majoritatea trăiesc cu și sunt îngrijiți de familie, un asistent personal sau un asistent personal profesionist.<sup>141</sup> Pentru un profil mai detaliat, vezi Tabelul-Anexă 4.

**Figura 11. Distribuția beneficiarilor, în funcție de gradul de handicap (%)**



*Sursa:* Studiu realizat de Banca Mondială cu privire la echipele mobile (2020)

**Figura 12. Distribuția beneficiarilor, în funcție de vârstă (%)**



*Sursa:* Studiu realizat de Banca Mondială cu privire la echipele mobile (2020)

**Beneficiarii provin atât din zone urbane, cât și rurale.** În cazul unuia dintre servicii, distribuția este destul de echilibrată, jumătate din beneficiari provine din zona urbană principală, iar jumătate din diverse sate din județ, în timp ce pentru celălalt (poate din cauza lipsei de vehicule ale echipei), majoritatea beneficiarilor provin din zona urbană unde se află serviciul. Există o nevoie ridicată pentru un serviciu mobil în zonele rurale - nu există servicii comunitare sau profesionale pe care să le acceseze și mulți dintre

<sup>141</sup> În acest sens, profilurile beneficiarilor din cele două județe par să fie destul de diferite: în timp ce în Dolj majoritatea beneficiarilor sunt îngrijiți de familie, în Bihor majoritatea au un asistent personal sau un asistent personal profesionist.

beneficiari dispun și de resurse economice limitate pentru deplasări sau pentru a angaja profesioniști la domiciliu.

**Cu câteva excepții, beneficiarii sunt izolați social din cauza diabilităților lor, iar pandemia COVID a accentuat această izolare.** Gradul de izolare este perceput și mai acut de cei care aveau o viață socială mai activă înainte de evenimentul în urma căruia au rămas cu o dizabilitate și de cei care sunt mai în vârstă. Beneficiarii mai tineri par să fie mai integrați în alte rețele sociale, în special dacă au mers la școală (învățământul general) sau sunt angajați. Atât din interviurile cu beneficiarii, cât și cu personalul a reieșit clar că primirea serviciului echipei mobile (în special consilierea psihologică și ajutor din partea asistentului social) și simpla interacțiune cu și primirea încurajărilor din partea personalului serviciului au mai redus din gradul de izolare. Cu sprijinul familiilor lor și asistenților personali, unii beneficiari au început să iasă în oraș, cu condiția ca mobilitatea să le permită acest lucru.

**Se observă des cazuri de discriminare.** Personalul și beneficiarii au raportat că discriminarea apare atât în relația cu instituțiile, cât și în interacțiunile zilnice, de la lipsa de accesului fizic la comentarii derogatorii și refuzul includerii în diverse evenimente sau activități.<sup>142</sup> Ce pare să fie îngrijorător este experiența cu unii furnizori de servicii medicale și în special medicii de familie, care nu par să le conștientizeze nevoile și specificitățile și completează superficial evaluările sau documentația, creându-le probleme beneficiarilor și echipelor de servicii care pot interacționa cu aceștia.

**Toți beneficiarii înscriși în serviciu au capacitate juridică, dar majoritatea au delegat un membru al familiei să îi reprezinte legal sau se bazează foarte mult pe familie pentru aspecte administrative, având implicații grave asupra autonomiei acestora.** De exemplu, în Craiova, din cei 30 de beneficiari ce accesează în prezent serviciul, 18 au delegat pe altcineva să îi reprezinte legal (cel mai probabil un membru al familiei). Aceasta ar putea fi o decizie practică ce reflectă dificultățile birocratice și fizice de a interacționa cu autoritățile sau de a accesa un serviciu (documente ce trebuie duse de la un birou la altul, așteptat la rând pentru a depune o cerere etc.). Personalul echipei mobile a raportat și că familia (implicit reprezentantul legal, dacă există) și asistentul personal sunt parteneri importanți în prestarea serviciului și că se bazează pe ei foarte mult pentru a se asigura că beneficiarii respectă recomandările. În plus, unii beneficiari și-au exprimat pasivitatea, resemnarea și preferința de a lăsa familia și, în special, reprezentantul legal să se ocupe de majoritatea aspectelor serviciului, inclusiv documente și informații administrative și juridice importante. În 7 din cele 47 de cazuri, beneficiarii nu pot fi implicați în luarea deciziilor cu privire la planurile lor de tratament personal și evaluare din cauza „dificultăților de comunicare”, iar aceste decizii se iau doar consultând reprezentantul legal, fără eforturi suplimentare de a include beneficiarii. Această abordare poate genera o dependență excesivă asupra unui terț și lipsa parțială a autonomiei pentru beneficiar. Această situație necesită o atenție și vigilență sporite din partea personalului serviciului pentru a asigura o comunicare clară și eficace cu beneficiarul, precum și o participare reală în planificarea, prestarea și evaluarea serviciului.

**Beneficiarii au nevoi multiple, complexe, multe provenind nu din dizabilitate, ci din contextul social mai mare în care trebuie să trăiască.** Unele din aceste nevoi includ confruntarea cu proceduri birocratice în

---

<sup>142</sup> De exemplu, o tânără dorea să participe, ca elev, la un eveniment social ce a implicat și multe tipuri de jocuri, iar organizatorii i-au spus că evenimentul este pentru elevi, nu pentru oameni ca ea.

legătură cu obținerea sau păstrarea indemnizațiilor de dizabilitate (informații despre proceduri precum și parcurgerea procedurilor efective, ceea ce poate include prezența în fața unei comisii, prezentarea documentelor la un anumit birou etc.), consiliere psihologică, participarea la viața socială, tratamentele și procedurile medicale sau pur și simplu accesarea serviciului medical, treburi gospodărești minore pe care ei nu le pot face. Personalul echipei mobile este proactiv și îi ajută cu aceste nevoie complexe, dar nu pot compensa un întreg context social care pune beneficiarii într-o poziție de dezavantaj.

### 2.4.3. Respectarea standardelor și analiza implementării

Această secțiune prezintă o evaluare detaliată a respectării cerințelor minime din standarde, folosind atât auto-evaluarea serviciului, informațiile obținute din evaluarea externă, interviurile cu coordonatorii de servicii și beneficiarii, cât și analiza documentelor puse la dispoziție de servicii.

#### Modulul 1. Managementul serviciilor sociale

Primul modul asigură respectarea legilor și regulamentelor aplicabile privind organizarea și managementul serviciului, mai exact finanțarea serviciului, angajarea și păstrarea personalului calificat, prestând serviciul unor anumite tipuri de beneficiari, păstrând documentația administrativă internă corespunzătoare și stabilind parteneriate relevante în comunitate. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 30.

**Tabelul 30. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 1. Managementul serviciilor sociale**

STANDARDUL 1: ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile generale de organizare a serviciului și de gestionare a acestuia, încurajarea parteneriatelor cu alte entități, instruirea personalului în domenii precum egalitate, prevenirea neglijenței, violenței și abuzului, favorizarea unei vieți independente pentru beneficiar etc. Standardele indică și documentația necesară minimă.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, se respectă majoritatea cerințelor, cu excepția vehiculului de care trebuie să dispună furnizorii de servicii (doar unul dispune de vehicule).
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Și un coordonator de serviciu a semnalat lipsa vehiculelor speciale pe care un serviciu le poate folosi pentru a ajunge la beneficiari. Serviciul poate lua cu împrumut, în caz de urgență, un vehicul de la instituția mai mare din care face parte. Pot face și o rezervare în cazuri excepționale. În toate celelalte cazuri, personalul folosește transportul în comun și mașini personale.  În domeniul formării personalului, sesiunile de formare nu sunt incluse în planul anual și par să fie mai degrabă o formalitate (acordate de coordonatorul de servicii și documentate doar prin foaie de prezență și fără alte materiale de instruire). Se pare că începând cu anul viitor, toate sesiunile vor fi susținute de personal din exterior.
Observații	Standardul este vag cu privire la numărul de echipamente necesare (doar să existe un vehicul, indiferent de numărul de beneficiari), câți membri ai personalului trebuie să fie formați, cine, cât de des (standardul poate fi îndeplinit cu un singur

	membru, de exemplu). Deși aspectul vag poate asigura flexibilitate, în anumite privințe este posibil să nu fie util.
--	--

## Modulul 2. Accesarea serviciului social

Modulul 2 oferă un cadru pentru accesarea serviciului, de la informarea posibililor beneficiari cu privire la serviciu și înscrierea lor, la gestionarea informațiilor acestora și încetarea serviciului. Standardele și cerințele pentru acest modul pun un accent deosebit pe documentele administrative aferente acestor procese și în special pe transparență și pe respectarea legii. Pentru detalii cu privire la conformitate, vezi Tabelul 31.

**Tabelul 31. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 2. Accesarea serviciului social**

STANDARDUL 1: INFORMAȚII	
Descrierea standardului	Standardul este menit să asigure acces deplin și adaptat la informații cu privire la serviciu pentru persoanele cu dizabilități interesate care ar putea beneficia de pe urma serviciului. Impune ca materialele să fie publicate și să respecte anumite cerințe. Nu există prevederi cu privire la modul în care să fie distribuite materialele celor interesați.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, sunt întrunite aproape toate cerințele, cu excepția, în cazul unui serviciu, anumitor tipuri de informații cu privire la încetarea serviciului și drepturile și obligațiile beneficiarilor care nu sunt incluse în cele menite pentru posibii beneficiari.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Cele două servicii folosesc broșuri pe care le înmânează comisiei de evaluare a dizabilității, le trimit prin poștă birourilor medicale, instituțiilor publice sau altor locuri pe care le pot accesa persoanele cu dizabilități, însă majoritatea oamenilor află de la prieteni sau alți beneficiari (prin rețele informale). Nu s-au oferit broșuri spre consultare, astfel că nu au fost evaluate, dar par să fie doar sub formă de text (fără niciun alt format accesibil). Unul dintre servicii este interesat să acorde informații online printr-un site, dar depinde de DGASPC să ofere resurse umane în acest sens (specialistul IT este în concediu de multă vreme).</p> <p>Unii beneficiari au declarat că au primit toate informațiile relevante la început, iar alții au spus că nu li s-au spus aceste informații la început dar că au fost informați atunci când au solicitat acest lucru.</p> <p>Este posibil ca beneficiarilor să li se ofere informații incorecte. Unul dintre furnizorii de serviciu a indicat că beneficiarii au dreptul doar la un serviciu comunitar și de aceea acest serviciu nu poate fi integrat cu altele, chiar dacă nu există în prezent o legislație care interzice prestarea simultană a mai multor servicii de la nivelul comunității persoanelor cu dizabilități.</p>
Observații	Serviciile sunt mici și pot recruta beneficiarii de care au nevoie, dar nu este clar dacă ajung informațiile la toți sau majoritatea celor care ar putea beneficia de acestea. Informațiile nu le sunt accesibile tuturor celor care nu se află în aceste situații de contact instituțional. Odată ce se dezvoltă serviciul, va trebui să dezvolte și materiale informative și metode.



<b>STANDARDUL 2: ADMITERE</b>	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru admitere, în special informarea și implicarea beneficiarului și a reprezentantului legal în proces, conținutul dosarului de admitere, procedura și folosirea unui contract.
Auto-evaluarea	Conform formularului de auto-evaluare, documentele și procedurile de admitere respectă cerințele minime standard. Ambele servicii au menționat că nu a fost nevoie să facă accesibile contractul și documentația.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform evaluării externe, standardul pare să fie respectat. Însă, furnizorii de servicii au indicat că procedura de admitere (documentația necesară) este greoaie, necesită multe resurse și poate descuraja beneficiarii posibili. Unele din documentele necesare trebuie obținute de la alte instituții și necesită deplasări, așteptat la rând, prezența în fața unei comisii, așteptat să vorbească cu un anumit tip de funcționar etc. Unii din membrii echipei mobile au indicat că ajută uneori beneficiarii cu aceste aspecte, în special la reînnoirea documentelor.
Observații	Generalizarea procedurii de admitere ar ajuta foarte mult accesibilitatea serviciului (în special reducerea numărului de deplasări sau numărul de instituții diferite cu care trebuie să interacționeze beneficiarii pentru a obține documentația necesară).
<b>STANDARDUL 3: DOSARUL PERSONAL AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Toți beneficiarii trebuie să aibă un dosar personal. Standardul detaliază condițiile în care poate fi consultat de diverse persoane.
Auto-evaluarea	Ambele servicii respectă cerințele minime.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Este interesant de reținut că niciunul dintre beneficiari nu a solicitat vreodată să își vadă dosarul personal.
<b>STANDARDUL 4: ÎNCETAREA ACORDĂRII SERVICIILOR</b>	
Descrierea standardului	Standardul prevede că încetarea contractului trebuie să aibă loc în condiții de transparență și sub trei forme: unilateral (de către furnizorul de servicii), prin acordul părților și la cererea beneficiarului.
Auto-evaluarea	Serviciile respectă cerințele minime. Un furnizor de servicii a indicat un mod suplimentar de încetare a contractului, în urma decesului beneficiarului.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Standardul pare să fie respectat. Odată ce beneficiarul devine mobil și poate accesa alte servicii comunitare, personalul recomandă încetarea serviciului (din moment ce beneficiarul nu mai este eligibil).

### Modulul 3. Evaluare și planificare

Cel de-al treilea modul se asigură că serviciul se prestează continuu în conformitate cu nevoile beneficiarului, printr-o evaluare, o monitorizare și un plan personalizat adecvate. Cerințele se concentrează pe proceduri, precum și pe documentația ce rezultă din acestea. Pentru o evaluare detaliată, vezi Tabelul 32.

Tabelul 32. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 3. Evaluare și planificare

STANDARDUL 1: EVALUARE	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru procedura de evaluare (ce trebuie evaluat, cum, de către cine și ce documentație trebuie folosită). Există o cerință separată ca beneficiarul să fie implicat în proces.
Auto-evaluarea	Majoritatea cerințelor minime sunt respectate de către ambii furnizori de servicii, însă: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pentru unul dintre servicii, procedura de evaluare nu include toate informațiile necesare (metoda de evaluare, informații despre dispozitivele de asistență).</li> <li>➤ Pentru unul dintre servicii, nu toți beneficiarii sunt implicați în procesul de evaluare, din cauza „dificultății de comunicare”, astfel că se folosește în schimb un mediator (cineva pe care beneficiarul l-a desemnat drept reprezentant legal).</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Se pare că există o neconcordanță între modul în care furnizorul de servicii și beneficiarii își văd implicarea în procesul de evaluare (și implicit în planificare). Evaluarea externă a arătat că, deși sunt întrunite multe cerințe oficiale, opinia beneficiarului nu este luată în considerare în mod oficial și documentată (ce este important pentru acesta, ce fel de sprijin și-ar dori etc.). Pentru unii beneficiarii, opinia reprezentantului legal are prioritate.  Însă, neoficial, conform interviurilor cu beneficiarii, evaluarea oficială cât și cea neoficială, evaluarea continuă, ține cont de dorințele și opiniile beneficiarilor. Interviurile au arătat că beneficiarii sunt implicați continuu prin feedback și comunicare. În cazul unui furnizor, personalul a indicat că țin mereu cont de opinia beneficiarului, dar nu o scriu în dosar într-o rubrică aparte.  Frecvența evaluării variază între furnizori, de la trimestrial la anual.
Observații	Se pare că există o confuzie cu privire la semnificația „reprezentantului legal”, ceea ce afectează implicarea beneficiarului în serviciu. Standardul definește în mod clar reprezentantul legal ca fiind persoana ce reprezintă un beneficiar care și-a pierdut capacitatea juridică, însă furnizorii de servicii par să îl folosească pentru a se referi la cineva care are dreptul să reprezinte beneficiarul în anumite aspecte juridice și administrative și, astfel, implică această persoană și nu beneficiarul în planul de tratament, privând beneficiarul de dreptul său de a decide pentru el. Ar fi utile în acest sens introducerea unor clarificări în standarde.
STANDARDUL 2: PLANUL PERSONALIZAT	
Descrierea standardului	Toți beneficiarii trebuie să aibă un plan personalizat care să fie rezultatul evaluării complexe. Standardul prevede conținutul planului și că beneficiarul trebuie să fie implicat în elaborarea și actualizarea acestuia.
Auto-evaluarea	Majoritatea cerințelor sunt respectate de către ambii furnizori de servicii, cu câteva excepții: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nu toate Planurile Personalizate includ modalitatea de a implica familia în serviciu, iar în cazul unuia dintre furnizori, niciunul nu oferă această posibilitate.</li> <li>➤ Pentru unul dintre servicii, nu toți beneficiarii sunt implicați în procesul de evaluare, din cauza „dificultății de comunicare”, astfel că se folosește în</li> </ul>

	<p>schimb un mediator (cineva pe care beneficiarul l-a desemnat drept reprezentant legal).</p> <p>➤ Nu au fost adaptate toate Planurile Personalizate la standardele noi (în ceea ce privește formatul și conținutul); în unele cazuri, serviciul folosește Planurile vechi de Intervenție, iar Planurile Personalizate mai noi nu conțin toate elementele indicate în standard.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	<p>Unii dintre beneficiarii intervievați își cunosc Planurile Personalizate și au avut un exemplar la îndemână, alții nu cunosc și nici măcar nu l-au citit/văzut - în schimb, membrul de familie care exercită calitatea de reprezentant legal are planul și îi cunoaște conținutul.</p> <p>Aceleași aspecte ca în cazul evaluării în ceea ce privește implicarea beneficiarului. În plus, unul dintre furnizorii de servicii a declarat că dacă beneficiarul (sau reprezentantul legal) a semnat planul, asta înseamnă că este de acord cu acesta și că poate fi considerată o dovadă de implicare.</p>
Observații	Vezi Standardul 1. Evaluare.
<b>STANDARDUL 3: MONITORIZARE</b>	
Descrierea standardului	Standardul prevede cerințele minime existente cu privire la monitorizarea implementării efective a serviciilor menționate în Planul Personalizat, precum și documentația necesară. Nu există prevederi pentru a include beneficiarii.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform formularului de auto-evaluare.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Par să fie întrunite toate cerințele.

## Modulul 4. Servicii și activități

Modulul 4 prevede standardele și cerințele minime pentru activitățile specifice pe care serviciul trebuie să le asigure. În cazul echipelor mobile, acestea sunt informații și consiliere socială/asistență socială, consiliere psihologică, promovarea independenței beneficiarului și dezvoltarea mobilității personale. Aceste servicii și activități reprezintă esența prestării serviciului. Pentru o evaluare a respectării standardelor, vezi Tabelul 33.

**Tabelul 33. Evaluarea respectării standardelor și cerințelor din Modulul 4. Servicii și activități**

<b>STANDARDUL 1: INFORMAȚII ȘI CONSILIERE SOCIALĂ/ASISTENȚĂ SOCIALĂ</b>	
Descrierea standardului	Prin acest standard, furnizorul de servicii trebuie să ofere o gamă largă de servicii și activități cu privire la accesarea serviciilor de bază și specializate de la nivelul comunității: informare și sprijin pentru accesarea serviciului, medierea relației cu alte entități (administrație, angajatori etc.), sprijin la integrarea în rețelele sociale, sprijin pentru activități sociale și culturale.
Auto-evaluarea	Conform auto-evaluării, sunt întrunite toate cerințele minime. Furnizorul de servicii angajează asistenți sociali care pot presta aceste servicii și activități.
Evaluare complexă: evaluare externă,	Datele au arătat că echipele mobile, și în special asistentul social, au depus eforturi semnificative să ajute beneficiarii la obținerea informațiilor despre și accesarea drepturilor lor. În unele cazuri, se ocupă chiar de acest lucru pentru beneficiari, în

interviuri, analiza documentației	special cu privire la documentația ce trebuie dusă de la un birou la altul sau de la o comisie la alta.
Observații	Este îngrijorător faptul că se fac multe astfel de activități pentru a compensa dificultățile pe care le creează diversele sisteme pentru beneficiari: proceduri și documentație complicate, servicii și proceduri segmentate și deloc integrate, discriminare directă. În alte cazuri, asistenții sociali trebuie să acționeze drept mediatori și avocați când diverse instituții sau persoane refuză să le respecte drepturile beneficiarilor sau refuză să îi ajute.

## STANDARDUL 2: CONSILIERE PSIHOLICĂ

Descrierea standardului	Toți beneficiarii care sunt evaluați ca având nevoie de sprijin primesc consiliere psihologică. Standardul este menit să ofere siguranța psihologică și emoțională de care au nevoie beneficiarii în viața de zi cu zi precum și alte servicii și activități specifice oferite de furnizor.
Auto-evaluarea	Sunt îndeplinite toate cerințele minime conform formularului de auto-evaluare. Furnizorii de servicii angajează un psiholog pentru a presta serviciul.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Sunt îndeplinite toate cerințele minime.  Atât personalul echipei mobile, cât și beneficiarii consideră că este deosebit de valoroasă consilierea psihologică, atât pentru bunăstarea generală a beneficiarilor, cât și ca sprijin pentru succesul altor terapii și forme de asistență. Este neclar care este conținutul sesiunilor de consiliere, dar beneficiarii au indicat că simplul dialog cu o persoană care îi și încurajează este deosebit de util.  Atât echipele mobile, cât și beneficiarii au indicat că nivelul de consiliere oferit este insuficient din cauza faptului că există un singur psiholog per echipă (ceea ce înseamnă vizite o dată la două săptămâni) sau niciunul (pentru una dintre echipe, psihologul a fost mutat la un alt serviciu, iar noul psiholog nu a ajuns încă). Sunt necesare mai multe sesiuni.
Observații	Beneficiarii au indicat că sprijinul emoțional pe care îl primesc de la alți membri ai echipei mobile este similar cu consilierea psihologică. Este evident că există o mare nevoie de acest tip de servicii.

## STANDARDUL 3: ÎNCURAJAREA INDEPENDENȚEI BENEFICIARULUI

Descrierea standardului	Standardul conține cerințe menite să ajute beneficiarul și să îi încurajeze independența. Serviciile și activitățile indicate se referă la informare, instruire, analiză și acordarea de soluții.
Auto-evaluarea	Se respectă majoritatea cerințelor standardului, în special cele cu privire la activitățile și serviciile oferite, conform nevoilor specifice ale beneficiarilor. Totuși, nu există informații dacă activitățile sunt documentate în dosarul beneficiarului (și toate intervențiile sunt confirmate și semnate de beneficiar) și despre modul în care personalul interacționează cu beneficiarul.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Sunt îndeplinite cerințele din punctul de vedere al serviciilor și activităților, în conformitate cu nevoile specifice ale beneficiarului.

Observații	Unele prevederi ale standardului nu par să vizeze încurajarea unui trai independent, ci mai degrabă o bunăstare generală. Echipele mobile par să fi extins sensul cerințelor standardului și își văd rolul de a încuraja și a crea oportunități pentru beneficiari în vederea integrării acestora în comunitate, ieșirii din casă și implicării în diverse activități.
<b>STANDARDUL 4: DEZVOLTAREA MOBILITĂȚII PERSONALE</b>	
Descrierea standardului	Cel de-a patrulea standard al modulului indică activitățile și serviciile menite să dezvolte mobilitatea personală, ce membri ai personalului sunt implicați, cum se oferă acestea (în relație cu evaluarea, monitorizarea, planul personalizat), precum și ce documentație trebuie întocmită.
Auto-evaluarea	Se respectă majoritatea cerințelor, cu o excepție în cazul unuia dintre servicii care nu dispune de tehnologiile și dispozitivele necesare.  În plus, nu există informații dacă activitățile sunt documentate în dosarul beneficiarului (și toate intervențiile sunt confirmate și semnate de beneficiar) și despre modul în care personalul interacționează cu beneficiarul.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform interviurilor și evaluării externe, sunt întrunite cerințele, deși există dificultăți din cauza lipsei de echipamente (în cazul unei echipe, lipește cu desăvârșire). Dezvoltarea mobilității personale este considerată ca fiind scopul principal al serviciului, în special datorită profilului beneficiarilor (este nevoia lor de reabilitare principală).

## Modulul 5. Protecție și drepturi

Ultimul modul combină standarde care se referă la drepturile beneficiarilor, protecția acestora, aspecte de etică, managementul riscurilor, mecanismele de depunere a plângerilor și măsurarea satisfacției beneficiarilor.

<b>STANDARDUL 1: RESPECTAREA DREPTURILOR BENEFICIARILOR</b>	
Descrierea standardului	Standardul include două cerințe, din care doar una este o cerință de verificare (cealaltă este o listă cu drepturile beneficiarilor): ca furnizorul de servicii să organizeze sesiuni de formare pentru personal pe tema drepturilor beneficiarilor.
Auto-evaluarea	Este îndeplinită cerința cu privire la sesiunile de formare, un furnizor de servicii a organizat o sesiune, iar celălalt opt în timpul anului 2020.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Deși par să fie respectate în general drepturile beneficiarilor, evaluarea externă și interviurile au identificat mai multe probleme: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conduita personalului se bazează mai degrabă pe propriul simț de responsabilitate, empatie și eforturi decât pe proceduri, sesiuni de formare sau vreun fel de sprijin extern. Deși în majoritatea cazurilor este suficient, în altele nu este: de exemplu, nu se înțelege clar ce înseamnă consimțământ în cunoștință de cauză și nu se știe procedura pentru a-l obține.</li> <li>➤ Deși implicarea familiei și a asistenților personali este importantă, în unele cazuri dorința și opțiunile acestora le înlocuiesc pe cele ale beneficiarilor, iar acest lucru poate afecta drepturile beneficiarilor de a decide cu privire la și a controla serviciul creat pentru ei.</li> </ul>

Observații	Ar fi utile o mai bună formare, acces la informații atât pentru beneficiari, cât și pentru personal, precum și proceduri certe.
------------	---

### STANDARDUL 2: MANAGEMENTUL RISCULUI

Descrierea standardului	Standardul enumeră ce ar trebui să conțină procedura de management al riscurilor precum și documentația necesară în cazuri ce au necesitat intervenții de urgență.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform formularului de auto-evaluare, neapărând situații de urgență în ultimul an.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Doar unul dintre centre a încărcat procedura pentru managementul riscurilor. Această procedură nu conține informațiile minime impuse de standard cu privire la exemple de situații de risc, detalii privind gestionarea acestora, cum trebuie gestionate situațiile de violență sau agresivitate din partea beneficiarului etc. În schimb, procedura este un document foarte lung de 15 pagini cu tabele, detalii administrative, denumiri de legi, informații generale. Doar o jumătate de pagină vorbește despre procedura efectivă de management al riscurilor, având o exprimare generală și indică doar faptul că echipa trebuie să evalueze riscul, să implice familia, să sune la 112 dacă este cazul și să completeze documentația corespunzătoare de raportare. Nu există informații despre ce se recomandă, ce este permis sau nepermis să se facă în aceste situații, care sunt prioritățile etc.
Observații	Procedura trebuie să fie un document util ce poate ghida efectiv, în mod uniform, acțiunile echipei în situații de risc. Procedura existentă pare să fi fost creată în beneficiul altor persoane (inspectori, supraveghetori), și nu al echipei sau al beneficiarilor.

### STANDARDUL 3: COD DE ETICĂ

Descrierea standardului	Standardul indică faptul că furnizorul trebuie să aibă un Cod de Etică în care să existe prevederi pentru tratamentul egal al beneficiarilor, că serviciul trebuie prestat în interesul superior al acestora și că trebuie să se respecte etica profesională. Furnizorul trebuie să poată organiza și sesiuni de formare pentru personal pe tema Codului de Etică.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele. Un furnizor de servicii a organizat o sesiune, iar celălalt opt în timpul anului 2020.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Echipele mobile nu au oferit (încă) un cod de etică.

### STANDARDUL 4: PROTECȚIE ÎMPOTRIVA NEGLIJENȚEI, EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZULUI

Descrierea standardului	Standardul prevede cerințele minime pentru asigurarea protecției împotriva neglijenței, exploatării, violenței și abuzului: ce ar trebui să conțină procedura, cum ar trebui aplicată, documentația generată și că personalul ar trebui să fie format pe această temă.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform auto-evaluării. În 2020 nu s-au înregistrat cazuri de neglijență, exploatare, violență sau abuz.
Evaluare complexă: evaluare externă,	Conform auto-evaluării, doar una dintre proceduri respectă toate cerințele privind conținutul. Nu este clar modul în care sunt informați beneficiarii cu privire la

interviuri, analiza documentației	drepturile lor și procedura (unele cerințe din standard, așa cum sunt prezentate, nu pot fi verificate).
Observații	<p>Procedura trebuie scrisă într-un format ușor de folosit. În plus, trebuie să existe materiale direct pentru beneficiari și familiile lor/asistentul lor personal (ceva ce pot păstra și avea ca referință în caz de nevoie), ca să poată recunoaște cazurile de neglijență, exploatare, violență și abuz.</p> <p>Standardul nu impune asta, dar trebuie să existe și un sistem independent de raportare a acestor tipuri de cazuri (altul decât apelarea numărului 112).</p>

### STANDARDUL 5: PROTECȚIE ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE

Descrierea standardului	Standardul indică cerințele minime pentru asigurarea protecției împotriva torturii și tratamentului crud, inuman sau degradant: ce ar trebui să conțină procedura, cum ar trebui aplicată, documentația generată și că personalul ar trebui să fie format pe această temă.
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform auto-evaluării. Nu au existat cazuri de tortură și tratamente crude, inumane sau degradante.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Conform evaluării externe, sunt întrunite toate cerințele minime ce se pot verifica. Totuși, nu este clar cum sunt sprijiniți beneficiarii și încurajați să raporteze aceste cazuri și dacă există un format simplificat, accesibil al procedurii. Procedura prevede necesitatea unor sesiuni informale cu beneficiarii, dar nu există materiale de referință care să le fie adresate direct. Procedura nu indică modul în care vor fi protejați beneficiarii în aceste cazuri (de autorul infracțiunii, dacă este membru al personalului) și cum vor fi protejați de răzbunare sau schimbări ale serviciului primit.
Observații	<p>Procedura trebuie creată, exprimată și prezentată într-un mod prietenos, accesibil, atât în beneficiul personalului, cât și al beneficiarilor. Trebuie să existe materialele pe care beneficiarii să le folosească drept referință.</p> <p>Beneficiarii s-ar putea simți descurajați să raporteze aceste cazuri de teamă să nu piardă serviciul, astfel că trebuie depuse eforturi pentru a se asigura că nu se întâmplă asta și că beneficiarii nu cred că serviciul va fi modificat.</p> <p>Trebuie să se pună la dispoziția beneficiarului un mecanism independent, extern, de raportare și cercetare a acestor cazuri.</p>

### STANDARDUL 6: RECLAMAȚII

Descrierea standardului	Standardul indică faptul că ar trebui să existe o procedură de înregistrare și soluționare a reclamațiilor beneficiarilor, ce ar trebui să conțină procedura ca prevederi minime, precum și câteva alte cerințe privind documentația și arhivarea precum și posibilitatea folosirii medierii externe la cererea serviciului (nu a beneficiarului).
Auto-evaluarea	Sunt întrunite toate cerințele conform auto-evaluării. Nici nu s-au făcut reclamații.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	De fapt, conform evaluării externe, unul dintre servicii nu are o procedură pentru reclamații (beneficiarii sunt informați verbal că fac o reclamație), niciunul dintre servicii neavând o listă cu mediatori externi care ar putea interveni, dacă ar fi cazul.

Observații	Aceleași recomandări ca în cazul punctelor 5 și 6: proceduri simple, accesibile, protecția beneficiarilor și acces la mediatori sau mecanisme independente de depunere a reclamațiilor.
<b>STANDARDUL 7: GRADUL DE SATISFAȚIE AL BENEFICIARULUI</b>	
Descrierea standardului	Acest standard dorește să asigure un mecanism pentru evaluarea gradului de satisfacție al beneficiarului cărui a se prestează serviciul. Echipele mobile trebuie să aplice chestionare și să includă analiza acestora în rapoartele lor anuale. Beneficiarii pot solicita sprijinul membrilor de personal, al familiei sau al reprezentantului legal pentru completarea chestionarelor.
Auto-evaluarea	Ambii furnizori de servicii aplică chestionare, dar doar unul a și inclus analiza acestora în raportul anual. În cazul unui furnizor, niciun beneficiar nu a solicitat ajutor pentru completarea sondajului, dar în cazul celuilalt, 23 au solicitat în ultimul an.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentației	Niciunul dintre servicii nu asigură anonimitatea beneficiarilor care completează chestionarele. Unul dintre servicii a explicat că beneficiarii „trebuie să își asume responsabilitatea” pentru ce spun în chestionare, altfel ar putea să le completeze personalul.  Unul dintre chestionare are elemente despre respectul oferit beneficiarilor, dacă li s-au soluționat reclamațiile, dacă au primit alte tipuri de asistență.
Observații	Sistemul de aplicare a chestionarelor nu poate oferi o evaluare suficientă a experienței beneficiarilor, în special un chestionar foarte scurt, de tip răspuns multiplu.

## 2.4.4. Concluzii și recomandări

### Respectarea și implementarea standardelor

Majoritatea cerințelor minime sunt respectate de către ambele echipe mobile, cu mici probleme cu privire la conținut și forma documentelor folosite sau emise. Majoritatea problemelor relevante constau în lipsa vehiculelor și echipamentelor necesare pentru una dintre echipe și probleme cu anumite proceduri (lipsește sau nu conțin anumite componente).

Însă, există și alte aspecte care nu pot fi încadrate la „respectarea standardelor”, însă au o strânsă legătură cu implementarea acestora:

- **Cerințele și documentația și procedurile rezultate trebuie create mai degrabă pentru a gândi, gestiona și implementa serviciului, decât pentru a crea alte obstacole.** Cerințele, documentația și, într-o anumită măsură, procedurile par să existe ca un sistem paralel la serviciul prestat efectiv. Se depun eforturi considerabile pentru respectarea oficială a standardelor pe hârtie și generarea documentației necesare, fără ca acest lucru să ajute efectiv funcționarea cu succes a serviciului. Unele cerințe par să fie create și implementate în beneficiul inspecțiilor, birocrăției și existenței unor documente potrivite unui anumit formular. Pe de altă parte, succesul serviciului se bazează în mare pe dedicația, vocația, intuiția și eforturile personalului și nu pe modul în care este gândit și reglementat sistemul.
- **Procedurile trebuie să fie utile și într-un format accesibil, ușor de folosit.** Procedurile au un format ce le face în mare parte neutilizabile. Cititorul trebuie să caute prin 17 pagini de limbaj de lemn despre legi, denumiri de documente, termeni administrativi pentru a ajunge la două alineate care indică ce



trebuie făcut într-o anumită situație. Acestea trebuie scrisă într-un format ușor de folosit care să le facă accesibile și utile. Trebuie pusă la dispoziția beneficiarilor o procedură separată simplificată ca material de referință pentru aceste tipuri de situații (o sesiune anuală de informare nu este suficientă).

- **Beneficiarii, și nu familia sau asistentul personal, trebuie să fie partenerul principal al furnizorului de servicii.** Deși furnizorul serviciului se bazează foarte mult pe familiile și asistenții personali al beneficiarilor și îi tratează ca pe parteneri și co-furnizori, această situație poate limita foarte mult dreptul beneficiarilor de a decide pentru ei, precum și aspectul prestării serviciilor de orientare asupra persoanei. Unii beneficiari par să își dorească să delege multe dintre deciziile personale membrilor de familie, dar personalul serviciului trebuie să încerce mai degrabă să implice beneficiarul decât să îi încurajeze pasivitatea și lipsa dorinței de a decide pentru el.
- **Trebuie clarificat ce înseamnă „reprezentant legal”.** Deși standardele definesc în mod clar ce este un „reprezentant legal” (numit printr-o hotărâre judecătorească să reprezinte o persoană care și-a pierdut capacitatea juridică), personalul serviciului pare să folosească termenul pentru a se referi la persoana delegată de beneficiar să semneze documentele sau să îl reprezinte în aspecte administrative, chiar dacă beneficiarul nu și-a pierdut capacitatea juridică. Din moment ce standardele indică faptul că reprezentantul legal este persoana care va semna documentația, va fi informată și implicată în luarea deciziilor, echipele mobile lucrează cu această persoană, în detrimentul beneficiarului, ceea ce ridică aspecte de confidențialitate și autonomie personală și luarea propriilor decizii.

## Valoarea și succesul serviciului

**Contrar modelelor din alte țări, în România, echipele mobile lucrează ca servicii menite să compenseze un peisaj al serviciilor precare, disfuncționale și inaccesibile pentru persoanele cu dizabilități.** Utilizatorii acestora nu au acces la serviciile comunitare fie din cauză că aceste servicii nu există, fie din cauză că infrastructura generală și a serviciilor nu le permite. De exemplu, în RU, echipele mobile lucrează ca un fel de asistență intermediară, gândită să ajute persoanele să se recupereze mai repede și să evite spitalizarea și admiterea inutilă într-un centru rezidențial de îngrijire pe termen lung. Acolo, asistența intermediară completează, nu înlocuiește, tratamentul și reabilitarea clinice specializate (vezi Caseta 11). În plus, serviciile mobile pot oferi sprijin pentru mai multe nevoie, atât fizice, cât și psihologice.

### Caseta 11: Tipuri de servicii mobile în RU

În RU, serviciile de îngrijire prin echipe mobile pot lua diverse forme.

(1) **Echipele de intervenție rapidă** le oferă persoanelor care au nevoie acces rapid la o varietate de specialiști competenți care îi pot ajuta cu fizioterapia și terapia ocupațională, eliberarea de rețete și examinări medicale și să fie bine hrăniți și hidratați. Acest tip de serviciu este deosebit de eficace în a ajuta persoanele să își recapete sau să își păstreze independența. În plus, este mult mai rentabil decât acordarea îngrijirilor medicale în spitale deoarece paturile sunt disponibile persoanelor care au nevoie de ele mai rapid.

(2) **Echipele de soluționare a situațiilor de criză** oferă terapie pe termen scurt, intens, la domiciliu persoanelor care se confruntă cu o criză acută de sănătate mintală.

*Surse:* Clift (2015), Mental Health Today (2014), Mind (2018), Spencer & Stevenson (2002).

**În România, serviciile prin echipe mobile sprijină și împiedică accesul la un trai independent în comunitate pentru persoanele cu dizabilități.** În primul rând, se prestează la domiciliu, permițându-le beneficiarilor să locuiască în comunitate și cu familiile lor și posibil chiar să prevină instituționalizarea acestora. Nu acționează ca instituții ce reglementează toate aspectele din viața unei persoane, ci oferă doar serviciile necesare, fără alte constrângeri și cerințe. Dar, în același timp, serviciile de echipe mobile

pot juca chiar un rol în a menține izolat persoanele cu dizabilități în casele lor și de a le separa și mai mult de restul comunității, în special dacă aceste servicii se accesează în locul și nu în plus față de alte servicii din comunitate. Așa cum s-a arătat în evaluare, alegerea serviciului și implicarea beneficiarului pot fi problematice când familia sau reprezentantul legal al beneficiarului este partenerul pentru planificarea și prestarea serviciului, și nu beneficiarul însuși.

**Totuși, dat fiind peisajul serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din România, serviciile acordate de echipele mobile sunt deosebit de valoroase, atât potrivit furnizorilor, cât și beneficiarilor.** Pot părea o etapă intermediară spre transformarea serviciilor și infrastructurii comunitare în a fi mai incluzive și adecvate pentru persoanele cu dizabilități. Trebuie alocate mai multe resurse și mai mult sprijin instituțional pentru dezvoltarea acestor tipuri de servicii, iar experiența și abordările create de către cele două echipe trebuie să fie, în multe privințe, repetate în alte părți ale țării, ca exemple de bună practică. Mai multe resurse ar însemna vehicule, echipamente folosite pentru prestarea serviciilor și resurse financiare menite să atragă și să rețină personalul înalt calificat.

# 2.5.

CENTRE DE ZI ȘI CENTRE DE  
SERVICII DE RECUPERARE  
NEUROMOTORIE DE TIP  
AMBULATORIU

## 2.5. Centre de zi și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu

Acest capitol rezumă concluziile unei evaluări complete a serviciilor oferite de Centrele de zi (CZ) și de centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (CSRN) cu privire la modul în care acestea respect standardele minime de calitate prevăzute de legislația națională din România. Capitolul prezintă mai întâi cadrul legal și instituțional care reglementează furnizarea acestui serviciu. În al doilea rând, oferă o privire de ansamblu asupra serviciilor în termen de serviciu și profil al beneficiarilor. În al treilea rând, prezintă o evaluare complexă a serviciului referitoare la respectarea standardelor minime de calitate și propune recomandări succinte de îmbunătățire a standardelor pentru a asigura o mai bună calitate a furnizării de servicii care este centrată pe persoană și asigură autonomia personală și autodeterminarea.

### 2.5.1. Cadrul legal și instituțional

**Conform legii nr. 448/2006, serviciile furnizate de centrele de zi reprezintă o măsură de protecție pentru persoanele adulte cu dizabilități.**<sup>143</sup> Centrele de zi sunt un tip de servicii non-rezidențiale care pot fi oferite de categorii mai ample de beneficiari pentru a preveni, limita sau elimina marginalizarea sau excluderea socială.<sup>144</sup> Cu toate acestea, centrele de zi pentru persoanele cu dizabilități sunt un tip special de servicii la nivelul comunității care oferă activități adaptate nevoilor individuale ale persoanelor cu dizabilități, pentru a depăși situațiile dificile, dezvolta potențialul personal și preveni instituționalizarea.<sup>145</sup>

**Centrele de zi diferă în funcție de profilul activităților pe care le oferă beneficiarilor.** Conform legislației în vigoare,<sup>146</sup> centrele de zi pot primi licență fie ca: (i) centre care oferă activități legate de consilierea psihologică, recuperare și reabilitare (logopedie, masaj, kinetoterapie, psihoterapie, hidroterapie, balneoterapie, terapie ocupațională și așa mai departe); sprijin pentru dezvoltarea abilităților de viață independentă, dezvoltarea abilităților de angajare și retenția la locul de muncă, integrarea și participarea la viața socială și civică sau (ii) centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu care oferă

<sup>143</sup> Pe lângă asistența personală sau asistența personală profesională, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii în centre rezidențiale. Legea nr. 448/2006. Art. 5. 23^1.

<sup>144</sup> Cum ar fi persoanele în vârstă, copiii, victimele violenței domestice și autorii de infracțiuni și așa mai departe. Legea nr. 292/2011 privind asistența socială, art. 30 paragraf (3) litera a), în completarea centrelor sau unităților pentru îngrijirea la domiciliu, cantinele sociale, serviciile mobile pentru furnizarea de alimente sau ambulanța socială. Lista clasificărilor serviciilor sociale detaliază și diferențele tipuri de centre de zi pentru aceste categorii. Decizia guvernamentală nr. 867/2015 privind aprobarea listei clasificărilor serviciilor sociale, dar și cadrul reglementărilor pentru organizarea și funcționarea serviciilor sociale.

<sup>145</sup> Ordinul nr. 82/2019, Anexa 6, Standardele specific minime privind calitatea serviciilor sociale organizate ca centre de zi pentru persoanele adulte cu dizabilități și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu pentru persoanele adulte cu dizabilități.

<sup>146</sup> Ibid.

activități de reabilitare, cum ar fi terapia fizică, terapia prin masaj, psihoterapia, terapii de relaxare și așa mai departe.

**Centrele de zi reprezintă unul dintre cele mai amplu dezvoltate servicii la nivel de comunitate din România.** Conform datelor Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopție (ANDPCZA), pe 30 septembrie 2020, existau 50 de centre de zi. Cu toate acestea, în ciuda lansării, în 2016, de către ANDPCZA a Programului Național pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități pentru a finanța serviciile în comunitate, inclusiv centrele de zi,<sup>147</sup> a existat doar o ușoară creștere a numărului acestora în ultimii 5 ani, de la 49 de centre în 2015 (vezi Tabelul 34). Actuala Strategie Națională privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități se angajează să crească în continuare numărul centrelor de zi, dar și al beneficiarilor acestora, ca indicator de rezultat și de realizare pentru măsurarea îmbunătățirii accesului persoanelor cu dizabilități la servicii sociale la nivel de comunitate necesare pentru o viață independentă.<sup>148</sup>

**Tabelul 34. Numărul centrelor de zi și al beneficiarilor, la 30 septembrie 2020, 2015-2020**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Centre de zi</b>	20	19	19	20	23	24	25	25
<b>Beneficiari</b>	687	982	710	752	667	568	525	579
<b>Centre cu profil ocupațional</b>	2	2	2	2	1	2	2	2
<b>Beneficiari</b>	60	49	49	51	29	64	66	60
<b>Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu</b>	29	28	28	29	28	29	29	25
<b>Beneficiari</b>	825	1504	1008	1269	1314	1329	1258	1066

*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2020)

**Centrele de zi sunt considerate un tip de serviciu la nivel comunitar care facilitează viața independentă și poate preveni instituționalizarea.** Grupul European al Experților pentru Tranziția de Îngrijirea Instituțională la îngrijirea la nivel comunitar indică centrele de zi pentru adulți și persoane în vârstă cu dizabilități ca un exemplu de servicii în comunitate menite să prevină instituționalizarea, dar și să sprijine reintegrarea și tranziția înapoi către comunitate.<sup>149</sup> Aceste servicii pot furniza sfaturi, sprijin, hrană și unele aspecte legate de îngrijirea personală, dar și activități sociale și culturale.<sup>150</sup> Cu toate acestea, există îngrijorarea că dezvoltarea centrelor de zi poate reproduce segregarea persoanelor cu dizabilități în loc să promoveze incluziunea comunitară și viața independentă. Serviciile la nivel comunitar pot reproduce

<sup>147</sup> "Dezvoltarea serviciilor sociale, cum ar fi centrele de zi, centrele respiro/centrele de criză și locuințe protejate cu scopul dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități din vechile tipuri de instituții și al prevenirii instituționalizării persoanelor cu dizabilități din comunitate." PNI a fost aprobat prin Decizia Guvernamentală nr. 798/2016.

<sup>148</sup> Planul Operațional pentru Implementarea Strategiei Naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2027. Obiectivul specific 5.3. Îmbunătățirea accesului la servicii sociale în comunitate necesare pentru viața independentă. Măsura 5.3.5. Furnizarea de servicii sociale, cum ar fi centrele de zi pentru persoanele cu dizabilități, prin înființarea, inclusiv cu fonduri europene, și/sau contractarea acestora și desfășurarea de acțiuni de conștientizare în rândul persoanelor cu dizabilități și al rudelor acestora privind existența și scopul lor. Momentan, în proces de consultare.

<sup>149</sup> Grupul European al Experților pentru Tranziția de Îngrijirea Instituțională la îngrijirea la nivel comunitar (2012:93).

<sup>150</sup> Ibid.

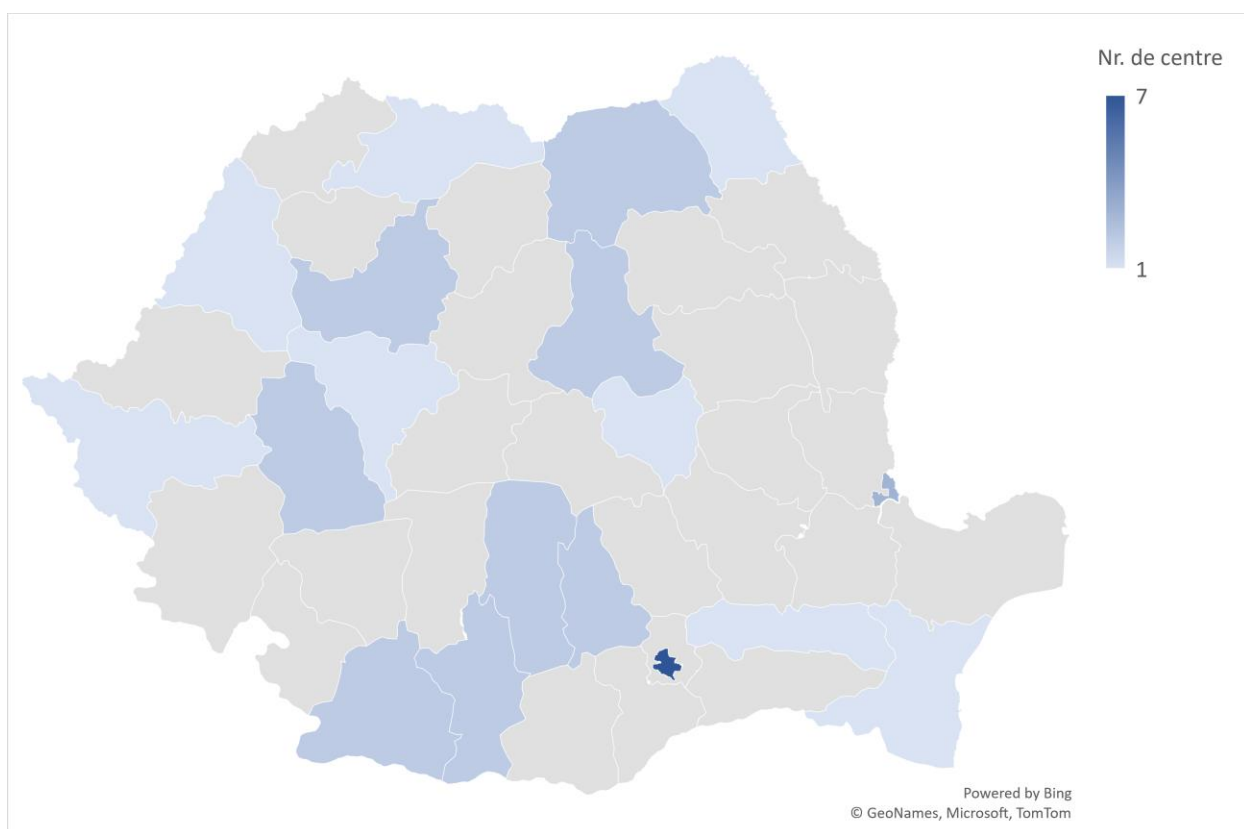
forme ale îngrijirii instituționale în comunitate, în cazurile unde beneficiarii au contact limitat cu alte persoane sau activități în comunitate și își petrec întreaga zi sau parte din ea în centre doar alături de persoane cu dizabilități,<sup>151</sup> chiar dacă sediul serviciului de îngrijire este localizat în comunitate.<sup>152</sup>

## 2.5.2. Descrierea serviciilor

### Profilul serviciului

**Profilul general al serviciilor de zi evaluate arată că centrele mici și foarte mari, în ceea ce privește numărul total al beneficiarilor, sunt răspândite în toată țara, dar mai ales în zonele urbane.** Cele 33 de servicii sunt distribuite inegal la nivel național, multor județe lipsindu-le centre, iar altele având între unul și trei centre, cu excepția Bucureștiului, unde sunt localizate șapte centre. Distribuția celor 2.964 de beneficiari, în 2020, este și mai inegală în județe, 5 din 33 de centre concentrându-se pe două treimi din numărul total de beneficiari. Trei județe concentrau, în 2020, mai mult de jumătate din numărul total de beneficiari ai centrelor de zi – București, Dolj și Ialomița – cu distribuții relativ egale (vezi Tabelul-Anexă 7). Numai unul dintre cele 33 de centre din eșantion este localizat în zona rurală.

**Figura 13. Distribuția Centrelor de Zi și a centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, per județ, în 2020**

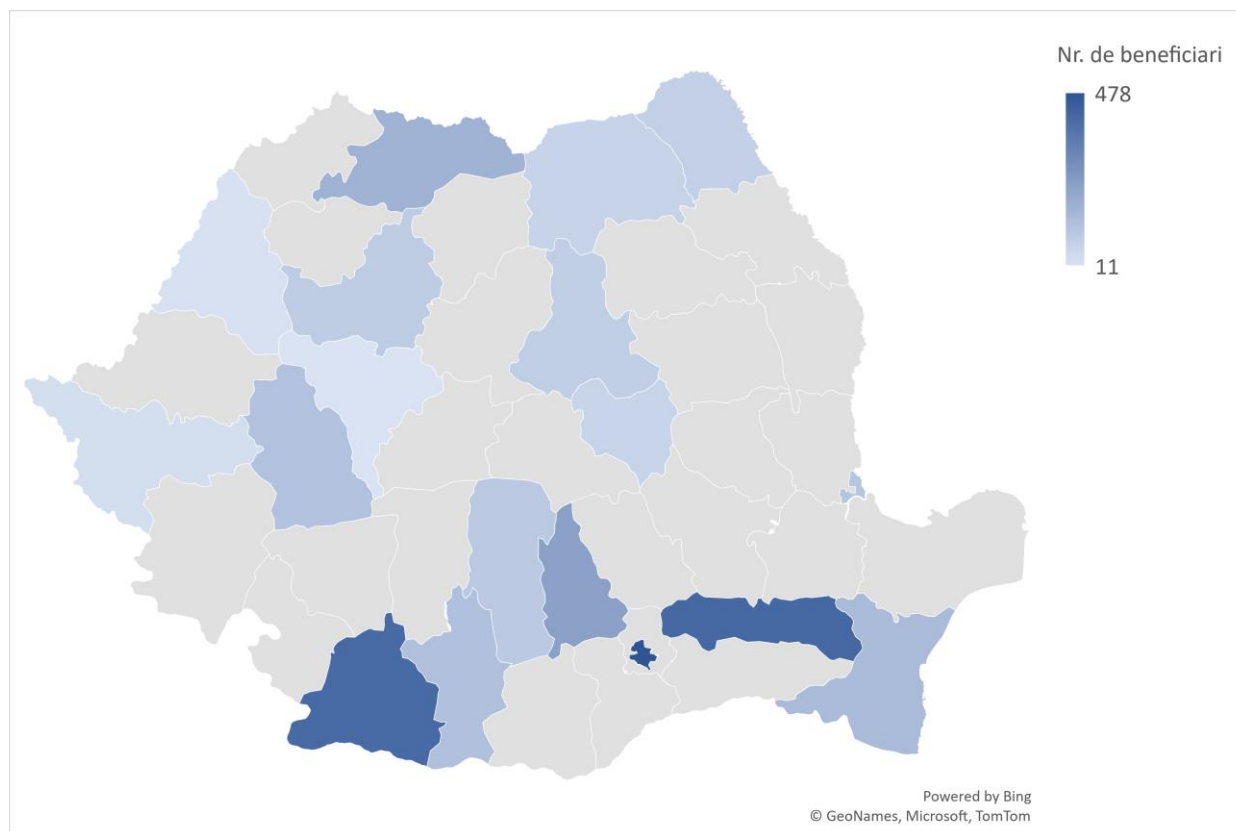


*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2021)

<sup>151</sup> Grupul European al Experților pentru Tranziția de Îngrijirea Instituțională la îngrijirea la nivel comunitar (2012:93).

<sup>152</sup> Alianța Internațională a Organizațiilor pentru Persoanele cu Dizabilități (IDA) (2012).

**Figura 14. Distribuția beneficiarilor în ambele tipuri de centre, per județ, în 2020**



*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2021)

**Centrele de zi oferă o combinație de activități de socializare și activități direcționate spre recuperare și reabilitare, dar și spre dezvoltarea și menținerea abilităților de viață independentă.** Activitățile de recuperare și reabilitare, cum ar fi kinetoterapia, fizioterapia și masajul sunt activitățile principale furnizate atât de CZ, cât și de CSRN. Deși nu este o activitate obligatorie, consilierea psihologică este, de asemenea, furnizată în CSRN-uri, pe lângă serviciile de reabilitare, cum ar fi terapia cu laser, electroterapia, balneoterapia și consilierea psihologică. Centrele de zi sunt mai orientate spre furnizarea de activități care sprijină beneficiarii să-și dezvolte abilitățile ocupaționale/de angajare și de viață independentă, inclusiv să învețe să scrie și să citească și să-și dezvolte abilitățile sociale, cursuri IT, ateliere unde beneficiarii pictează sau confecționează bijuterii, dar și activități de socializare, fie în centre sau în comunitate.

**Frecvența accesului la serviciu variază în funcție de nevoile beneficiarilor, dar și de modul în care centrele își organizează furnizarea serviciului.** CSRN oferă servicii beneficiarilor fie pe perioade lungi de timp cu frecvență zilnică, fie de câteva ori pe săptămână sau pe perioade scurte: cum ar fi patru săptămâni o dată la șase luni cu sesiuni mai intense de activități zilnice. Aceste tipare au impact asupra relației beneficiarilor cu personalul, dar și cu alți beneficiari. Cu cât mai frecvent accesul la servicii, cu atât mai puternice relațiile și sentimentul de comunitate. În cazul centrelor de zi, tiparul prezenței este cumva similar, fie prezență zilnică sau de câteva ori pe săptămână, fie alternând două săptămâni de prezență

zilnică cu alte două săptămâni de pauză. Unii beneficiari au folosit serviciul pentru câteva luni, în timp ce alții pentru mai mult de 10 ani. Numărul mediu de ore de serviciu furnizat pe zi în 2020 a fost de 3,7 în CZ și de 2,3, în cazul CSRN, cu o mică scădere față de 2019.

**Beneficiarii nu sunt întotdeauna satisfăcuți cu frecvența utilizării serviciului.** În aproape o treime dintre centre, este nevoie ca actualii beneficiari să acceseze serviciile mai des. Cel mai des întâlnite dificultăți care limitează utilizarea mai frecventă (pe lângă restricțiile legate de limitările impuse de COVID-19) privesc fie distanța mare dintre centre și casa beneficiarilor asociată cu lipsa de acces la transportul public și personal, spații și echipamente insuficient specializate.

**Numărul beneficiarilor a scăzut în 2020.** În 2020, numărul beneficiarilor care au accesat serviciile, al acelor admiși la fiecare tip de servicii, ca și numărul mediu de zile de furnizare de serviciu, a scăzut ușor, cel mai probabil din cauza restricțiilor pandemice care au forțat unele dintre centrele de zi să-și suspende activitățile (vezi Tabelul 35). În unele cazuri, conform interviurilor cu beneficiarii și coordonatorii serviciilor, unele dintre activități (socializare, consiliere psihologică, kinetoterapie) au fost furnizate fie la domiciliul beneficiarilor, fie online sau în parcuri. În plus, numărul mediu de zile pe an a scăzut, la rândul său, în 2020, prin comparație cu 2019.

**Tabelul 35. Evoluția numărului de beneficiari în CZ/CSRN din 2019-prezent**

An	Centre de zi		Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	
	2019	2020	2019	2020
<b>Număr total de beneficiari care accesează serviciul</b>	1330	1345	2663	1555
<b>Număr total de beneficiari admiși la serviciu</b>	677	484	921	576
<b>Număr mediu de zile pe an de furnizare a serviciului</b>	111,6	77,6	60,2	49,3
<b>Număr mediu de ore pe zi de furnizare a serviciului</b>	4,2	3,7	2,6	2,3

*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2021)

**Centrele de zi oferă servicii către un profil divers de beneficiari care fie trăiesc în comunitate sau în facilități rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități.** Peste două treimi dintre centrele de zi (atât CZ, cât și CSRN) oferă servicii preponderent persoanelor cu dizabilități care trăiesc în comunitate și sunt îngrijite de familiile lor. Cu toate acestea, există procentaje ridicate de centre care oferă servicii persoanelor ce locuiesc fie în locuințe protejate (16 procente din toate CZ), fie în centre rezidențiale (14 procente din toate CSRN-urile).<sup>153</sup> În unele județe, toți beneficiarii centrelor de zi sunt fie din locuințe protejate (toți cei 138 de beneficiari ai singurului CZ din Constanța), fie din centre rezidențiale (toți cei 104 beneficiari ai singurului CSRN din Ilt). Deși acestea sunt excepții rare ale profilului mai amplu al centrelor de zi care oferă, în general, servicii unui profil mixt de beneficiari, această situație poate întări segregarea

<sup>153</sup> Niciun CSRN nu oferă servicii persoanelor care locuiesc în locuințe protejate, în timp ce numai aproximativ 5 procente dintre CZ au beneficiari care locuiesc în centre rezidențiale pentru persoanele adulte cu dizabilități.



beneficiarilor centrelor rezidențiale, prin furnizarea exclusivă a serviciilor într-un singur loc la care alte persoane cu dizabilități din comunitate nu au acces.

**Diadele "locuințe protejate – centre de zi" pot împiedica eforturile de dezinstituționalizare.** Standardul actual de calitate pentru locuințele protejate afirmă că activitățile specifice trebuie să aibă loc preponderent într-un centru de zi (și nu într-o locuință protejată), care, în unele cazuri, a dus la deschiderea de centre de zi pentru locuințele protejate pentru a fi licențiate drept servicii sociale. Drept urmare, unele centre de zi au fost înființate ca etape precursoare deschiderii locuințelor protejate și funcționează ca parte a unui complex mai amplu de servicii care include servicii oferite de DGASPC, uneori chiar în aceeași clădire sau în aceeași curte: locuințele protejate, centrele rezidențiale sau centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu. Deși intenția a fost de a-i împinge pe furnizorii de servicii să ajute la conectarea beneficiarilor la serviciile la nivel comunitar, efectul neintenționat a fost că aranjamentele de servicii, caracteristice centrelor rezidențiale de servicii, cum ar fi segregarea, separarea fizică de comunitate, izolarea și lipsa nevoii de a ieși din comunitate sunt parțial recreate. Astfel, unii coordonatori de servicii au indicat faptul că centrele de zi au fost deschise special pentru beneficiarii locuințelor protejate, că folosesc un sistem de cote pentru admiterea beneficiarilor din comunitate și că persoanele din locuințele protejate nu accesează alte servicii comunitare. Această concluzie a fost mai departe susținută de reticența coordonatorilor CZ de a admite alte persoane cu dizabilități din comunitate (și resentimentul când sunt forțați să facă asta, mai ales dacă nu există fonduri suplimentare "EU"), opinia lor depreciativă față de alte servicii comunitare (și posibila reticență în a le recomanda beneficiarilor locuințelor protejate pe care le coordonează), dar și încercările de a segrega programul (furnizarea de servicii persoanelor din comunitate într-o parte separată a zilei).

**Profilul personalului serviciului reflectă, în general, diferența dintre activitățile oferite de cele două tipuri de centre.** Există momentan 162 de angajați full-time și unul cu jumătate de normă în CZ și 69 de angajați full-time și unul cu jumătate de normă în CSRN. CZ au mai mulți asistenți sociali și psihologi, dar și instructori educaționali și ergoterapeuți, CSRN tind să aibă mai mulți medici, psihoterapeuți și terapeuți prin masaj. Asistenții medicali, surorile medicale și kinetoterapeuții se întâlnesc la ambele servicii. Această situație poate reflecta cerințele obligatorii pe care fiecare tip de centru trebuie să le respecte pentru a fi licențiat ca serviciu social. Se așteaptă ca CZ să ofere consiliere psihologică, dar și activități legate de participarea socială și civică, reabilitare (inclusiv fizică și psihologică), viață independentă și abilități de angajare și retenție. Se așteaptă ca CSRN să ofere exclusiv activități de recuperare neuromotorie, pe lângă activități mai generale de informare socială și consiliere. În general, ambele tipuri de servicii au locuri vacante pentru personal specializat, cu rate mai mari de posturi vacante în CZ pentru psihologi (23 dintre 33 de poziții ocupate), asistenți medicali (17 angajați full-time și 1 part-time dintre 22 full-time și 1 part-time) și specialiști kinetoterapeuți (15 din 22). Mai mult de jumătate dintre toate centrele (63 de procente dintre CZ și 45 de procente dintre CSRN) au raportat că numărul și formarea personalului nu corespund numărului și nevoilor evaluate ale beneficiarilor și este nevoie de a angaja mai mult personal pentru toate tipurile de funcții specializate.

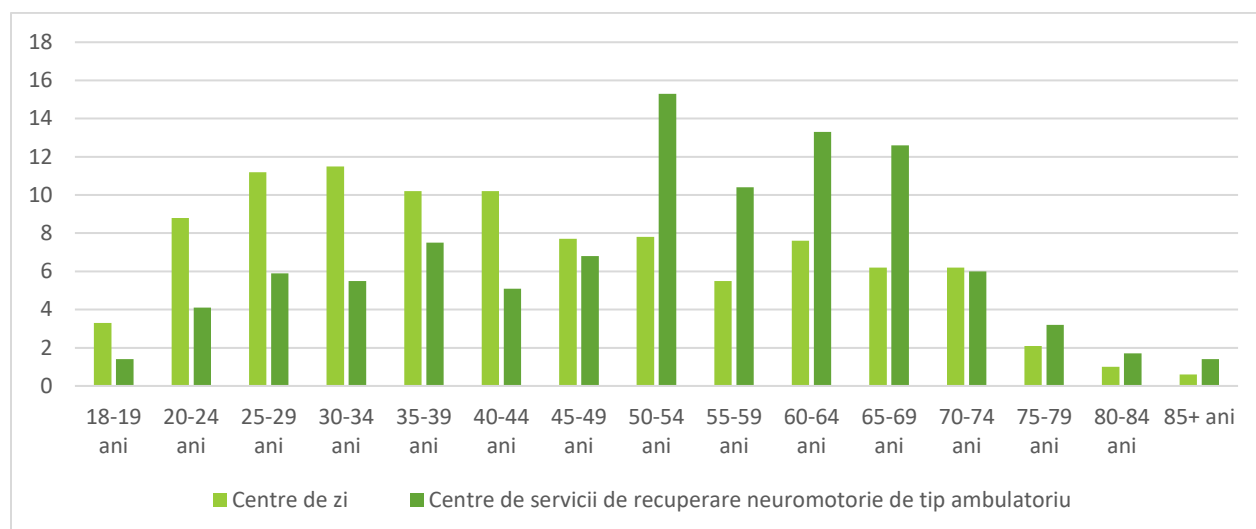
## Profilul beneficiarului

**Profilurile beneficiarilor ale ambelor tipuri de centre sunt diferite în funcție de vârstă, tip și grad de dizabilitate, capacitate juridică și situația de instituționalizare/viață.** Diferența are implicații în ceea ce

privește așteptările beneficiarilor legate de servicii, cum le folosesc și pentru importanța serviciului din punctul lor de vedere.

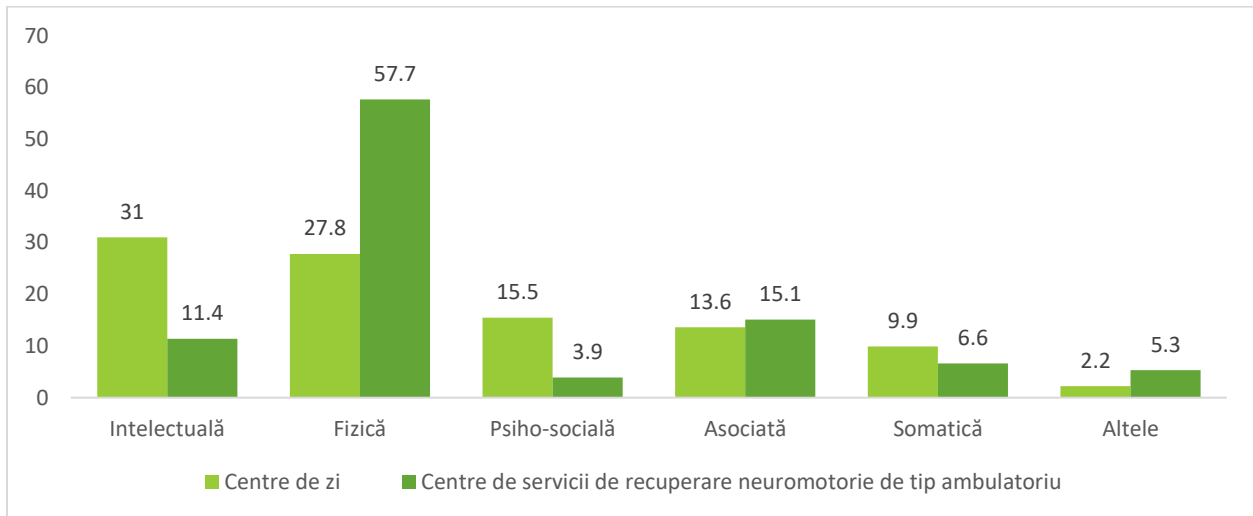
- **Vârsta.** Utilizatorii sunt mai tineri decât aceia ai centrelor de recuperare: jumătate dintre aceștia intră în plaja de vârstă 24 - 44 de ani, în timp ce utilizatorii celui de-al doilea tip de centre sunt în plaja de vârstă între 50 și 69 de ani (vezi Figura 15). Acest lucru este, de asemenea, corelat cu faptul că mulți dintre cei care vin la centrele de recuperare au dezvoltat o dizabilitate mai târziu în viață (adesea ca rezultat al unui atac cerebral).

**Figura 15. Distribuția de vârstă a beneficiarilor în centrele de zi și în centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu în 2020 (în procente pe tip de centru)**



*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2021)

- **Tip de dizabilitate.** Utilizatorii centrelor de recuperare sunt mai puțin diverși în termeni de dizabilitate decât utilizatorii centrelor de zi. De exemplu, mai mult de jumătate dintre beneficiarii din centrele de recuperare au dizabilități fizice, dar nu toți; 15 procente au dizabilități asociate și 11 procente au dizabilități intelectuale. În centrele de zi, aproape o treime au dizabilități intelectuale și aproape o treime au dizabilități fizice. De asemenea, cei cu dizabilități asociate psihosociale și somatice ajung la 10-16 procente din numărul total de beneficiari ai centrului de zi (vezi f).

**Figura 16. Distribuția beneficiarilor în funcție de tipul de dizabilitate, în 2020 (în procente, pe tip de centru)**

*Sursă:* Studiul Băncii Mondiale privind centrele de zi și centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2021)

- **Grad de dizabilitate.** Deși ambele tipuri de centre servesc beneficiari cu toate tipurile de dizabilitate, persoane cu handicap sever și în grad ridicat (87 de procente în CZ prin comparație cu 77 de procente în centrele de recuperare) sunt suprareprezentate.
- **Capacitate juridică.** Beneficiarii centrelor de zi sunt de două ori mai predispuși să fie privați de capacitatea juridică decât cei din centrele de recuperare (17 procente prin comparație cu 7 procente). Deși standardele de calitate indică faptul că personalul ar trebui să fie preocupat cu implicarea beneficiarilor și ascultarea **opiniilor** acestora în procesul de dezvoltare și implementarea planului lor personalizat de servicii, beneficiarii sunt reprezentați în toate aceste situații de un reprezentant legal. Acesta din urmă devine nu doar un împuternicit pentru obținerea de informații și consimțământ, dar și un actor principal, prin semnarea documentelor și prin directă implicare în evaluare, planificare și monitorizare.
- **Condițiile de viață și instituționalizarea.** Peste cinci la sută dintre cei care vin la centrele de zi sunt sau au fost instituționalizați (16 procente locuiesc acum în locuințe protejate, cel mai probabil transferați dintr-o instituție **rezidențială**, și alți 5 la sută încă locuiesc în centre rezidențiale). Pentru cei din centrele de recuperare, proporția este mai mică (15 procente locuiesc în centre rezidențiale și niciunul în locuințe protejate). Diferența dintre cele două categorii poate fi datorată cerinței ca toate locuințele protejate să fie conectate unui centru de zi. Procentaje similare locuiesc cu familiile lor în ambele tipuri de centre (în jur de 70 la sută), deși beneficiarii centrelor de zi sunt de două ori mai predispuși să nu aibă deloc familie, prin comparație cu cei din centrele de recuperare (21 de procente comparat cu, respectiv, 10 procente).

**Centrele de zi sunt percepute ca spații de siguranță unde beneficiarii se simt bine primiți și acceptați.** Beneficiarii văd participarea lor la activitățile centrelor drept o formă de socializare și experimentează centrele ca spații de acceptare care pot să le ușureze experiența lor cu discriminarea și izolarea socială din viața de zi cu zi. Mulți beneficiari intervievați au indicat faptul că sunt grav izolați social: pentru mulți, singurele contacte sociale sunt familia și personalul centrului. Fiind într-un spațiu public și interacționând

cu populația generală îi afectează emoțional și este, deci, evitat pe cât posibil. Au povestit experiențe în transportul public sau în spațiile comerciale unde au fost făcuți să se simtă excluși: oamenii nu au avut răbdare, i-au dat la o parte, i-au făcut să se simtă lenți, în drum și așa mai departe. Unii își ascund dizabilitatea pe cât de mult pot, mai ales dacă au dobândit-o mai târziu în viață sau din cauza unei boli degenerative. Mai ales cei din centrele de zi văd centrul și timpul petrecut acolo drept o oportunitate de a socializa. Beneficiarii își fac prieteni printre ceilalți beneficiari, mai ales dacă vin de câteva ori pe săptămână. Vorbesc cu drag despre timpul împreună, despre discuții sau despre o cafea sau un ceai la centru.

**Centrele de zi pot, de asemenea, să fie percepute drept spații izolate care facilitează segregarea persoanelor cu dizabilități de restul comunității.** În timp ce centrele de zi sunt proiectate ca servicii specifice dizabilităților unde persoanele cu dizabilități pot beneficia de o varietate de activități – de la consiliere psihologică și vocațională la activități de reabilitare și sociale – concentrarea de furnizare de servicii pentru persoanele cu dizabilități într-un singur spațiu poate reproduce segregarea. Unii dintre beneficiarii intervievați înțeleg că, în cele din urmă, socializarea și petrecerea timpului cu alte persoane cu dizabilități într-un spațiu segregat este, de asemenea, o formă de izolare socială. Această experiență a fost semnalată și în alte contexte și a dus la propuneri de regândire și reproiectare a serviciilor de zi, în concordanță cu modele mai individualizate.<sup>154</sup>

**Pentru beneficiari, diferența dintre cei care vin din interiorul sistemului (centre rezidențiale și locuințe protejate) și cei din afara lui (care locuiesc cu familia sau independent) este semnificativ.** Această diferență este și mai pregnantă prin intermediul limbajului și al etichetelor folosite care reflectă referințe legate de închisoare: persoane care vin sau locuiesc “afară” sau “înăuntru.” Proveniența dintr-un centru rezidențial sau o locuință protejată poate fi stigmatizantă și poate afecta relațiile dezvoltate cu alți beneficiari și, totodată, ca rezultat al implicațiilor practice ale instituționalizării (sau semiinstituționalizării). De exemplu, un beneficiar care a trăit “afară” a fost implicat într-o relație cu cineva din “interior,” dar relația s-a rupt pentru că “nu erau făcuți unul pentru altul,” căci nu puteau petrece timp în oraș sau făcând altceva. În cele din urmă, beneficiarul a decis să intre într-o relație cu cineva din afară, mai asemănător lui/ei. Cu toate acestea, beneficiarii nu doresc să fie segregati și ambele categorii cred că segregarea este de rău augur. Într-unul dintre cazuri, unul dintre centrele de zi este pe cale să fie reorganizat, pentru ca beneficiarii din comunitate să vină separat de cei din complexul locuinței protejate. Beneficiarii intervievați speră ca acest lucru să nu se înlăptuiască.

**Beneficiarii și-au exprimat nevoia de mai multă consiliere psihologică.** Parte din nevoie este direct legată de dizabilitate și de izolarea și discriminarea socială care rezultă, și nu numai. Unii beneficiari și-au exprimat și alte anxietăți, fobii și chiar gânduri suicidale. De asemenea, nevoia de consiliere psihologică este legată de lipsa altor forme de sprijin formal sau informal. De aceea, pentru unii beneficiari, conținutul consilierii este, uneori, mai puțin importantă decât faptul că simt că au sprijin și pe cineva cu care să vorbească. Apreciază enorm serviciul, acolo unde este oferit.

**Beneficiarii au așteptări scăzute privind serviciile oferite și și-au exprimat nevoia atât pentru mai multe activități, cât și pentru opțiunea de a alege ei înșiși dintr-o listă de activități.** În mare, beneficiarii sunt

---

<sup>154</sup> Fleming et al. (2016)

recunoscători pentru accesul la servicii și nu au așteptări care să poată fi asimilate unor servicii obligatorii oferite de centre (de exemplu, abilitați de muncă și de angajare, sprijin pentru adaptarea acasă și la locul de muncă, sprijin în relația cu angajatorii.). Așteptările lor sunt mai strâns corelate elementelor esențiale ale serviciului (abilitare/reabilitare și recuperare neuromotorie) și menținerii unui spațiu pentru socializare. Totuși, este foarte probabil că se plictisesc și au nevoie de mai mult control asupra activităților lor zilnice: au sugerat ca activitățile să fie mai variate și, deși ei înșiși nu pot sugera idei, ar vrea să poată alege dintr-o listă.

### **Caseta 12: Vocile beneficiarilor**

#### **Viața în comunitate – experiențe cu discriminarea**

“Mi-ar plăcea să ies din casă, să mă pot mișca, dar este aglomerat, oamenii nu au răbdare cu cei care au nevoi ca noi, ne împing... mi s-a întâmplat în autobuz de multe ori, te împing de cazi. Nu... nu acceptă acele nevoi.”

„Și boala te face să te închizi în tine, crezi că nimeni nu te poate înțelege.”

“Din clipa în care am avut această problemă, m-am izolat în casă. Nu voiam decât să mă uit la televizor, să mă urc în pat și să dorm. (...) Pentru că, în primul rând, nu au răbdare. De ce să-l bat la cap pe X când merg așa încet și tot restul lumii aleargă? (...) Nu vreau să supăr pe nimeni, asta e ce spun.”

„Înainte de boală, mergeam la muncă. Cu alte cuvinte, aveam o viață normală. După ce m-am retras din cauza bolii, viața te forțează să... din moment ce nu mai poți avea relații față în față... din moment ce ești bolnav, nu mai vrei să socializezi, crezi că nimeni nu te înțelege.”

#### **Informații despre centre/servicii**

“Nimeni nu ne spune despre aceste facilități. Am aflat o parte de pe internet și am căutat mai multe informații.”

“Acum [cu schimbările la centru care a devenit, din centru rezidențial, centru de zi] cu noile schimbări, ne-au spus că ne vor informa, dar nu am avut nicio formare la centru, nu știam ce va face centrul, care vor fi obligațiile mele. Am mers la centru pentru că nu aveam, oricum, nimic de pierdut. Dar mi-ar plăcea să ni se spună ce putem face, ce poate fi făcut pentru noi.”

#### **Evaluarea centrului**

“Trebuie să mergem 2 km până la stradă și, de acolo, să luăm autobuzul care merge în cartierul unde este centrul. Vine o dată la 30 de minute, așa că trebuie neapărat să prindem autobuzul, altfel întârziem jumătate de oră.”

#### **Experiențe cu centrul**

“Progresul meu fizic a fost foarte mare. Consilierea m-a ajutat să trec peste dificultăți mai ușor.” “[vorbesc cu noi] ca unor egali, depinde cum se simt, că au și ei probleme în familie.”

“Ne explică lucruri, nu ne consideră pacienți, ci colegii lor.”

“Suntem ca o familie, angajații sunt prietenii mei.”

“Centrul nu a fost construit cu multă vreme în urmă, dar a fost făcut de cineva deștept. Poate că sunt oameni care se pot plânge de lucruri, dar eu nu am găsit nimic [...] înăuntru este ușor să te miști, așa că nici cei cu handicap nu au probleme.”

“Sunt foarte mulțumit de baie; baia e chiar bună pentru noi. Toaletele cu chestiile alea cu care mă pot ridica singur cu ușurință, am întrebat chiar unde să caut și pentru mine? Holurile sunt bune pentru noi. Cred că au fost făcute pentru cazuri ca noi.”

“Ei bine, consilierea psihologică și socializarea, acestea sunt serviciile pe care le oferă în momentul de față. Pentru că, uneori, am nevoie să primesc energie, căci, știți, boala asta nu e așa plăcută.”

“M-a ajutat mult, pentru că am început să socializez. La centru, aveam 30, 30 și-un pic prima dată, și am început să vorbesc cu unul, cu altul. A fost tare bine, aș putea spune. Dacă nu m-aș fi dus la centru, ar fi fost tare greu să-mi reîncep activitățile.”

“A trebuit să vin, nu-mi mișcam mâna, degetele. Acum o pot face.”

“Trebuie să știți că ideea cu orele de folosire a calculatorului a fost bună pentru mulți dintre noi, internetul a fost ca o fereastră, o fereastră spre societate, spre comunitate/ mă uit la clipuri pe YouTube, uit de probleme, mă umplu de bucurie când văd lucruri pozitive și, în plus, YouTube-ul ne învață multe, sunt multe tutoriale, cărți audio..”

“Am ajuns de la a merge foarte greu la a alerga. Vă dați seama. Alerg, merg și joc fotbal cu copiii mei. Și ei sunt fericiți.”

#### **Dorințe privind desegregarea centrului**

“Să vă spun ceva, ar fi bine dacă la centru ar veni și oameni sănătoși, pentru ca să vadă că nu suntem așa de diferiți de ei, să ne cunoască, să ne înțeleagă, pentru a schimba o vorbă și cu oameni sănătoși, nu doar cu cei bolnavi ca noi. Înțelegeți ce vă spun? Acesta ar fi un câștig pentru noi, dacă oamenii sănătoși din comunitate ar putea veni, să schimbăm o vorbă, dar ei nu vin, căci e interzis să vină la centru, e doar pentru oamenii cu dizabilități. Dar, dacă am avea o zi a porților deschise, dar asta e doar o zi... da, aceasta ar fi o adevărată incluziune socială, pentru ca societatea să ne vadă cine suntem și că oamenii nu sunt atât de diferiți, ci noi doar avem o boală.”

*Sursă: Interviuurile Băncii Mondiale cu beneficiarii centrelor de zi (aprilie-mai 2021)*

## 2.5.3. Standarde de conformitate și analiza implementării

Această secțiune prezintă o evaluare detaliată a evaluării conformității cu cerințele minime ale standardelor, folosind servicii de autoevaluare, informații obținute din evaluare externă, interviuri cu 4 coordonatori de servicii și 28 de beneficiari și analiza documentelor oferite de centre.

### Modul 1. Managementul serviciului social

Primul modul dorește să asigure conformitatea cu legile și reglementările relevante privind organizarea și managementul serviciilor, în special înființarea serviciului, angajarea și menținerea de personal calificat, oferirea de servicii către grupuri particulare de beneficiari, menținerea formalităților administrative interne la un nivel adecvat și stabilirea de parteneriate relevante în comunitate. Acest modul stabilește cerințele minime legate de asigurarea confortului și securității beneficiarilor în termeni de spațiu, acces fizic, accesibilitate și adaptări, materiale și echipament. Există două standarde suplimentare, unul cu referire la hrănire, îngrijire și asistență și unul cu referire la asistența medicală. Pentru detalii privind conformitatea, vezi Tabelul 36.

**Tabelul 36. Evaluarea conformității cu standardele și cerințele din Modulul 1. Managementul Serviciului Social**

<b>STANDARDUL 1: ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE</b>	
Descrierea standardului	Standardul detaliază condițiile generale de organizare și administrare a serviciului; încurajarea parteneriatelor cu alte entități; oferirea de formare pentru personalul din domenii cum ar fi egalitatea; prevenirea neglijenței, a violenței și a abuzului; facilitarea condițiilor de trai pentru beneficiari și așa mai departe. Standardul indică, totodată, documentația minimă necesară. Mai mult, standardul stipulează cine

	poate beneficia în urma serviciului și care este capacitatea minimă pentru serviciu (40 de ore pentru un minim de 8 beneficiari pe zi).
Autoevaluare	Doar un mic procentaj dintre centre respectă toate cerințele minime din standarde (2CZ și 1 CSRN) și doar o mică parte dintre beneficiari beneficiază de servicii în centre care sunt în conformitate deplină cu standardul (4 procente din beneficiarii CZ și 8 procente în CSRN). Domeniile care par a ridica probleme pentru majoritatea centrelor sunt (1) raportul anual și (2) chestiuni legate de personal. Raportul anual, pentru peste două treimi dintre centre, nu include toate elementele menționate în cerințele minime. În ceea ce privește personalul, există câteva chestiuni. Aproximativ 20 de procente dintre centre nu au un coordonator care respectă cerințele în ceea ce privește calificările oficiale. Mai mult, pentru aproximativ jumătate dintre centre, există probleme de includerea a formărilor cerute în planul anual de formare (egalitate; diversitate; încurajarea unei vieți independente și a autonomiei; recunoașterea și prevenirea exploatării, violenței și a abuzului), dar și cu susținerea sesiunilor de formare cerute. Unul dintre centre are mai puțin de numărul minim de beneficiari impus pe zi.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Datele din evaluarea externă au confirmat formarea insuficientă furnizată personalului reflectată în absența unor planurile anuale de formare și sesiuni concrete de formare anuală. În plus, unul dintre coordonatorii serviciului a explicat că nu tot personalul are educația formală necesară, dar că experiența lor suplinește această lipsă. Acesta a spus că personalul este interesat să participe la sesiuni de formare, dar cele pe care le pot accesa de obicei sunt formale și necaptivante, cuprinzând, în general, informații despre legislație sau informații pe care le cunosc deja și ar aprecia mai multe cursuri care i-ar învăța să se ocupe de situații concrete, practice. Toate centrele au raportat efectuarea evaluărilor anuale de performanță a personalului cu privire la împlinirea sarcinilor și responsabilităților incluse în fișa postului. Coordonatorii serviciului sunt, cel mai adesea, persoanele care efectuează aceste evaluări.
Observații	Nu există prevedere în standard care să indice persoana responsabilă cu formarea personalului sau materialul folosit sau implicarea persoanelor cu dizabilități ca formatori pentru modulele legate de respectarea drepturilor lor. În plus, este neclar cum serviciile se asigură că personalul dobândește conținutul de formare și îl aplică adecvat în relație cu beneficiarii.
<b>STANDARDUL 2: SIGURANȚĂ ȘI CONFORT PENTRU BENEFICIARI</b>	
Descrierea standardului	Standardul indică cerințele minime care ar trebui să asigure siguranța și confortul beneficiarilor: detalii despre amplasamentul centrelor; spațiile; accesibilitatea lor, echipamentul și materialele și condițiile generale de mediu și sanitare.
Autoevaluare	Niciunul dintre centre nu respectă toate cerințele minime din standard. Unele dintre chestiuni revelate de autoevaluare sunt comune atât CZ, cât și CSRN. De exemplu, doar o treime dintre CZ și mai puțin de o cincime dintre CSRN au adaptările cerute de lege pentru persoanele cu dizabilități (în cazul adaptărilor la toalete, proporția este în jur de jumătate pentru ambele). De asemenea, o treime dintre CZ și două treimi dintre CSRN oferă toate caracteristicile de securitate impuse.  Există, de asemenea, diferențe între cele două tipuri de centre. În timp ce toate centrele de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu au spațiile și

	<p>echipamentele necesare (pentru toate activitățile lor), acest lucru se aplică doar pentru o cincime dintre centrele de zi.</p> <p>Centrele sunt foarte diferite în mărime, cu doar aproximativ o treime oferind mai puțin de 100 de metri pătrați pentru activitățile cu beneficiarii (pentru cele mai mici 7 centre, 6 CZ și 1 CSRN, suprafața medie este sub 50 de metri pătrați).</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Evaluarea externă și interviurile au confirmat, în general, autoevaluările. Majoritatea centrele au rute accesibile către intrarea în clădire, rampe de acces și cele mai multe sau mare parte dintre următoarele adaptări ale clădirii: uși care se deschid larg, lipsa scărilor sau a pragurilor interioare, rampe de acces sau planuri înclinate, balustrade. Doar 2 CZ nu aproape niciuna dintre aceste adaptări. Beneficiarii care au participat la studiu au indicat că unele spații ale centrelor nu sunt adaptate, dar nu sunt neapărat deranjați de acest lucru. Ceea ce-i supără pe mulți sunt trotuarele și intrările în centre și, uneori, rampele care sunt blocate de mașinile parcate și care îngreunează accesul. Acolo unde spațiile și, în special, băile sunt adaptate, se generează un imens grad de apreciere din partea beneficiarilor, ca semn că adaptările reprezintă un contrast puternic cu lumea din afara centrului.</p> <p>Majoritatea beneficiarilor au indicat că spațiile din centre sunt insuficiente, că spații mai ample cu mai multe camere ar fi de ajutor și că este nevoie de mai mult echipament. Unii au indicat tipul exact, alții au spus că și un simplu echipament static (saltele sau alt echipament elementar de gimnastică, cum ar fi spalierile) le-ar îmbunătăți experiența. Unul dintre beneficiari a precizat că, în locul echipamentului scump, ar aprecia o persoană care să-l ghideze și să-l ajute în timpul exercițiilor fizice.</p> <p>Conform evaluării externe, majoritatea centrelor sunt situate fie în centrul localității sau între centru și periferie, doar câteva fiind localizate la periferie (3 CZ și 2 CSRN). Chiar dacă un CSRN este amplasat într-o zonă fără acces facil la transportul public, pentru unii beneficiari a ajunge la centru poate ridica probleme, deși există acces la transportul public. Unii beneficiari trebuie să ia mai multe autobuze pentru a merge la centru și să se descurce în spațiul public care este rareori accesibil persoanelor cu dizabilități. Alții sunt la mila vremii și iarna le este dificil să călătorească. Unii beneficiari și chiar coordonatorii de serviciu au sugerat că această problemă ar putea fi rezolvată dacă centrele ar dispune de automobile proprii. Datele din evaluarea externă indică faptul că unele centre au acces la automobile pe care le-au solicitat la DGASPC (15 CZ și 6 CSRN), în timp ce doar puține centre au propriile automobile (4 CZ și 2 CSRN). Până la 50 de procente dintre automobilele furnizate de DGASPC către CZ nu sunt adaptate transportului persoanelor cu dizabilități fizice sau mobilitate limitată. Este, totuși, neclar cum aceste automobile sunt folosite pentru a asigura accesul beneficiarilor la serviciu sau pentru a le facilita activitățile. Alternativ, un serviciu comunitar de transport ar putea fi de ajutor.</p> <p>Starea generală a clădirilor a fost satisfăcătoare* în majoritatea centrelor care au fost evaluate extern. Doar câteva centre au avut unele (8) sau toate (1) dintre următoarele probleme: geamuri sparte, ferestre care nu se închid, infiltrații și mușgai, podele sparte și acoperiș găurit. Aproape toate centrele oferă următoarele elemente de securitate și de prevenire a accidentelor: ferestre securizate, instalații electrice și cabluri securizate, uși cu sisteme de închidere accesibile beneficiarilor și personalului, echipament și materiale care previn alunecarea, căderea, înțeparea sau tăieturile. Un CZ nu a furnizat niciunul dintre aceste aspecte de securitate. În general, centrele au furnizat beneficiarilor o</p>



	<p>temperatură confortabilă și lumină naturală, apă caldă și rece și spații curate (camere de activități, toalete, zone comune, spații exterioare). Doar un CZ nu a furnizat o temperatură de cel puțin 20 de grade și lumina naturală a fost insuficientă în 3 CZ. În două centre (un CZ și 1 CSRN), toaletele nu erau echipate cu consumabile (hârtie igienică și săpun), în timp ce peste o treime dintre centre nu aveau băi adaptate pentru fiecare sex.</p> <p>*Rezultatele din evaluările externe au identificat mai puține centre care nu s-au conformat cerințelor privind aspectele de infrastructură menite să asigure siguranța și confortul beneficiarilor față de cele rezultate din autoevaluarea centrelor. Acest lucru poate avea legătură cu limitările impuse evaluărilor externe efectuate prin cereri online care se poate să nu le fi permis evaluatoilor să identifice toate neregularitățile semnalate de centre.</p>
Observații	Deși nu este stipulat în standard, accesul la un automobil este o nevoie semnalată de beneficiari, dar și de coordonatorii serviciului și ar fi de mare ajutor pentru a se asigura că beneficiarii ajung ușor la centre și au acces la un spectru mai amplu de activități.

### STANDARDUL 3: HRĂNIRE; ÎNGRIJIRE ȘI ASISTENȚĂ

Descrierea standardului	<p>Standardul detaliază cerințele minime în termeni de îngrijire și asistență (pentru ambele tipuri de centre) și oferirea meselor (pentru Centrele de Zi), inclusiv echipamentul, formarea personalului și responsabilități. Cerințele sunt ușor diferite pentru cele două tipuri de centre. În cazul Centrelor de Zi, cerința este ca masa să le fie oferită tuturor beneficiarilor care petrec mai mult de 4 ore odată la centru. Tot personalul ar trebui să fie format în domeniul respectării demnității și intimității. Pot fi oferite sesiuni de formare în domeniul primului ajutor.</p>
Autoevaluare	<p>Aproape două treimi dintre CZ și CSRN sunt în conformitate cu toate cerințele minime ale standardului.</p> <p>Dintre cele CZ care au beneficiari ce petrec mai mult de 4 ore odată la centru, doar 6 oferă masă, așa cum este cerut în standard. Toate CZ încă au bucătării echipate, farfuri și ustensile pentru beneficiari. 30 din 34 de centre furnizează informații și asistență către beneficiari privind obiceiuri și alegeri alimentare sănătoase.</p> <p>Pentru ambele tipuri de centre, aproape un sfert nu organizează sesiunile de formare impuse privind intimitatea și demnitatea. Mai mult, proporția personalului care a participat la aceste sesiuni de formare este chiar mai mică (aproape o cincime pentru centrele de zi și un sfert pentru centrele de recuperare). Cerința pentru organizarea sesiunilor de formare pentru primul ajutor este opțională și doar jumătate dintre centrele de recuperare și aproximativ o treime dintre centrele de zi le organizează.</p> <p>Doar o mică proporție a beneficiarilor (aproximativ 11-18 procente dintre beneficiarii CZ și 22-33 de procente de la CSRN) primește sprijin cu îmbrăcatul/dezbrăcatul, igiena personală, transfer și mobilizare, transport în interior/exterior și așa mai departe. Asistentele sunt adesea cele implicate în aceste activități, dar, în unele centre, instructorii de recuperare și ergoterapie sunt și ei implicați.</p>

Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Beneficiarii intervievați au confirmat că activitățile de îngrijire și asistență ocupă o foarte mică parte ceea ce oferă serviciul, majoritatea beneficiarilor nu au nevoie de asistență cu îmbrăcarea, igiena personală și așa mai departe.</p> <p>Doar câteva centre oferă o masă pe zi pentru beneficiarii lor (6 CZ și 1 CSRN) și, în majoritatea cazurilor, centrele au fost evaluate ca nefurnizând un mediu familial unde mâncarea poate fi servită (aproape două treimi dintre CZ și toate în afară de un CSRN). Câțiva beneficiari au indicat faptul că, deși nu au dreptul la masă în centru (activitățile durează mai puțin de 4 ore), ar aprecia să li se ofere cafea sau ceai pentru socializare sau ca experiență generală a prezenței în centru. În momentul de față, centrele nu oferă acestea, iar beneficiarii le aduc de acasă.</p> <p>Câțiva beneficiari au menționat că ar aprecia enorm informații și sfaturi privind obiceiurile și alegerile alimentare sănătoase și că acestea i-ar ajuta în viața lor independentă.</p>
---	--

#### STANDARDUL 4: ASISTENȚA MEDICALĂ

Descrierea standardului	Principala cerință a standardului se referă la asistarea beneficiarilor în a înțelege statutul lor medical. În plus, sprijinul poate fi oferit prin specialiști pe teme ca sănătate sexuală și reproductivă și SIDA. În cazul nevoii de asistență medicală, personalul serviciului va folosi serviciile medicale de urgență.
Autoevaluare	Toate în afară de două centre sunt conforme cu toate cerințele din standard. Totuși, doar aproximativ 40 de procente dintre centre oferă sprijin informațional pe teme legate de sănătate către beneficiari, prin parteneriate cu specialiști. În special doar 5 oferă informații despre SIDA, 6 despre relații intime și sex, 3 despre planificare familială și 14 despre teme legate de sănătate.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Beneficiarii apreciază foarte mult sprijinul pe care îl primesc la înțelegerea statutului lor de sănătate, în special cei mai tineri. Asistentele medicale par a fi mai implicate în asistența de sănătate (față de medici) și aceste tipuri de sesiuni de formare/informaționale par să normalizeze și să facă teme ca SIDA, relații și sex și planificare familială mai accesibile beneficiarilor. Doar 8 beneficiari din 5 centre au avut nevoie de îngrijire medicală de urgență în 2019 și 2020 și serviciile au raportat lipsa dificultăților în accesarea acestor servicii.</p> <p>Datele din evaluarea externă au indicat un număr chiar mai mic de centre față de cele raportate prin autoevaluare care le oferă beneficiarilor informații pe teme de sănătate în 2020, cum ar fi sănătatea sexuală și reproductivă (6 CZ și 3 CSRN), relații de sex și intime (9 CZ și 3 CSRN) sau SIDA (6 CZ și 3 CSRN). Doar 3 CZ au oferit informații beneficiarilor privind prevenirea COVID-19.</p>

## Modulul 2. Accesarea serviciului social

Modulul 2 oferă un cadru pentru accesarea serviciului, de la furnizarea către beneficiari de informații relevante despre serviciu și admiterea lor la administrarea informațiilor lor și încheierea furnizării serviciului. Acest modul pune accent pe formalitățile administrative legate de aceste procese și, în special, pe transparența și conformitatea cu legea. Pentru detalii privind conformitatea, vezi Tabelul 36.

**Tabelul 37. Evaluarea conformității cu standardele și cerințele din Modulul 2. Evaluarea serviciului social**

#### STANDARDUL 1: INFORMARE

Descrierea standardului	Standardul este menit să asigure accesul deplin și adaptat la informații despre serviciu către persoanele cu dizabilități interesate. Impune ca materialele să fie publicate (pe hârtie sau electronic) și ca acestea să respecte anumite cerințe. Nu există nicio prevedere legată de modul în care materialele vor fi distribuite către cei interesați.
Autoevaluare	Aproape o treime dintre centre sunt conforme cu toate cerințele minime din standard. Cele mai semnificative chestiuni par a fi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Două centre nu au niciun material informațional și mai mult de jumătate nu au materiale adaptate;</li> <li>• Trei centre folosesc imagini ale beneficiarilor fără măsuri adecvate de consimțământ (în scris).</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Majoritatea beneficiarilor care au fost intervievați au aflat de serviciu fie prin intermediul prietenilor și al familiei, căutând informații (online sau sunând la DGASPC) sau chiar accidental. Doar câțiva beneficiari au ajuns direct la serviciu sau DGASPC prin materiale informaționale, sugerând că prezența serviciului în comunitate este timidă și doar o parte dintre potențialii beneficiari află despre el. Din perspectiva coordonatorilor de serviciu, situația este în mare măsură aceeași. Doar unul a declarat că face eforturi pentru a populariza serviciul în comunitate (prin intermediul broșurilor, parteneriatelor cu medicii de familie, campanii). Nu sunt clare rolurile privind publicitatea și transmiterea informațiilor despre serviciu, dar serviciile obișnuite par a se baza doar pe a fi parte din DGASPC atât pentru diseminarea informațiilor, cât și pentru folosirea resurselor pentru asta.  Odată ce beneficiarii au ajuns la centre pentru o vizită, le-au fost oferite informațiile pe care le-au cerut despre centru și serviciile oferite. Acest lucru a fost confirmat de personalul serviciului în timpul evaluărilor externe ale centrelor. Toate cu excepția a patru centre care le-au oferit beneficiarilor informații privind cel puțin condițiile de admitere, serviciile și activitățile oferite, condițiile de încetare a serviciilor și drepturile și obligațiile beneficiarilor înainte de admitere () le-au furnizat și oportunitatea de a se întâlni cu personalul. În timp ce toate, cu excepția unui CZ, a avut materiale informaționale despre serviciu, evaluarea externă a identificat mai multe centre unde aceste materiale nu includeau toate aspectele menționate anterior cerute de standard (7 CZ și 4 CSRN). În general, majoritatea centrelor furnizează materiale informaționale în formate ușor de citit (17 CZ și 10 CSRN) și doar câteva în format audio-video cu subtitrări (4 CZ și 1 CSRN), Braille (1 CZ și 1 CSRN) sau în limbajul semnelor (1 CZ).

## STANDARDUL 2: ADMITERE

Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru admitere, conținutul dosarului de admitere, procedura și folosirea contractului în informările particulare și implicarea beneficiarilor și a reprezentanților legali în proces. Procedura trebuie să aibă un număr de elemente impuse (candidatură pentru admitere, copii ale actelor de identitate și al certificatului de încadrare în grad de handicap, PIS și PIRIS, dovada veniturilor, raportul anchetei sociale).
Autoevaluare	Majoritatea centrelor sunt conforme cu cerințele, dar există unele chestiuni în unele cazuri. Cea mai mare problemă are în vedere documentele de admitere incluse în dosarul personal (14 din 34 de centre nu includ toate documentele). Două centre nu au toate informațiile cerute listate în procedurile de admitere și un centru de recuperare nu emite decizia de admitere inclusă în dosarul personal.

	<p>Doar un centru a indica că a întâmpinat o situație care a impus un format adaptat pentru procedura de admitere. Centrul nu a fost în măsură să furnizeze procedura în formatul adaptat adecvat.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Pentru toți beneficiarii intervievați, procesul de admitere a fost o experiență pozitivă: au trecut prin procesul de admitere și li s-a explicat contractul clar și au primit clarificări și explicații suplimentare atunci când au avut nevoie.</p> <p>Cu toate acestea, datele din evaluările externe au indicat faptul că în mai mult de o treime dintre toate centrele au existat beneficiari care nu au folosit serviciul ca rezultat al alegerii personale. Motivele sunt multiple, inclusiv acela că alegerea le aparține reprezentanților legali sau că beneficiarii au nevoi mari de sprijin pentru luarea deciziilor și comunicare.</p>
<p>Observații</p>	<p>Contractul pe termen limitat (o lună, șase sau 12) pare a fi o sursă de confuzie pentru unii beneficiari. Nu înțeleg de ce trebuie să treacă prin aceeași procedură și să semneze un contract noi din vreme în vreme. Dacă totul merge bine, își mențin eligibilitatea și continuă să le placă serviciul. Văd totul ca pe birocrație inutilă. Mai mult, unii văd contractul în sine ca pe o parte inutilă a unui proces birocratic și nu ceva care le stipulează și garantează dreptul la un anumit serviciu (“nimeni nu m-a întrebat vreodată de contractul meu”).</p> <p>Schimbările în standarde au avut consecințe pentru criteriile de eligibilitate: standardele anterioare permiteau ca centrele să poată permite accesul beneficiarilor mai în vârstă care nu aveau documentele oficiale de încadrare în grad de handicap, dar acum nu mai pot face asta.</p> <p>Există unele chestiuni care ar justifica investigații suplimentare. Criteriile de eligibilitate sunt clar stipulate în regulamentul de funcționare și nu ar trebui să fie discriminatorii și să dividă potențialii beneficiari în beneficiari “buni sau dezirabili” și “răi sau indezirabili”. Cu toate acestea, chiar dacă această distincție nu este înscrisă în regulamentul oficial, se poate întâmpla declarativ sau în practică. Unii coordonatorii ai serviciului au precizat că înclină să nu accepte persoane cu dizabilități psihosociale pe care i-ar considera “problematici” și cred că pot cauza probleme pentru restul beneficiarilor. Se plâng că furnizorii privați iau “toți beneficiarii buni” și că ar vrea să știe dacă cineva are sau nu SIDA înainte de admitere (fără a nega acest lucru), în numele ideii de a-i proteja pe alți beneficiari (regulamentul le permite să ceară adevărul medicală care arată că beneficiarul nu are boli contagioase).</p> <p>Este nevoie să se asigure sprijin pentru luarea deciziilor pentru toți beneficiarii potențiali, dar și materiale informaționale în formate accesibile, pentru a se asigura că au acces la serviciu cu consimțământ deplin și informat.</p>

### STANDARDUL 3. DOSARUL PERSONAL AL BENEFICIARULUI

<p>Descrierea standardului</p>	<p>Toți beneficiarii ar trebui să aibă un dosar personal. Standardul detaliază condițiile în care ar putea fi consultat de diferite persoane.</p>
<p>Autoevaluare</p>	<p>Nu există chestiuni majore legate de cerințele dosarului personal, cu excepția a trei centre de zi. Într-unul dintre ele, dosarul poate fi consultat de cineva din sistemul de protecție socială fără prezența unui reprezentant al centrului și în altul nu există o arhivă a dosarelor personale.</p>

	Doar în 4 centre beneficiarii au cerut să-și vadă dosarele personale, situație care ar putea fi conectată cu practica și cultura instituțională care ar putea permite mai multă transparență și dialog.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Nicio altă chestiune nu a fost indicată de examinarea complexă.
<b>STANDARDUL 4. ÎNCETAREA SERVICIULUI</b>	
Descrierea standardului	Standardul stipulează că încetarea contractului ar trebui să fie făcută în condiții de transparență și poate fi rezultatul a trei opțiuni: unilateral (de către furnizorul de servicii), de comun acord și la cererea beneficiarilor.
Autoevaluare	Toate în afară de un singur centru sunt conforme cu reglementările; unul dintre centre permite încetarea contractului în alte condiții decât cele indicate în standard.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Interviurile au scos la lumină faptul că unele contracte sunt încheiate pentru că statutul de sănătate al beneficiarului s-a înrăutățit până la punctul în care el sau ea nu poate veni fizic la centru. Cu toate acestea, există puține încheieri voluntare de contract.
Observații	Beneficiarii care vin din facilități rezidențiale asociate centrelor (inclusiv locuințele protejate) sunt mult mai vulnerabili la încetarea contractului dacă sunt relocați (chiar dacă decizia de relocare trebuie să fie făcută cu aprobarea beneficiarului).  O chestiune care a apărut în interviurile cu coordonatorii centrelor este că utilizarea prelungită a serviciilor centrului este văzută ca dependență de serviciu. Acest cadru este folosit pentru a descrie beneficiarii ca nefiind “dispuși să se facă mai bine” (inclusiv îmbunătățirea statutului lor de dizabilitate prin intermediul folosirii protezelor sau dorind să caute un loc de muncă). Unul dintre coordonatori a menționat că a încercat să convingă unii beneficiari să nu mai vină, deoarece nu mai sunt eligibili, dar beneficiarii nu au vrut să renunțe.

### Modulul 3. Evaluare și planificare

Al treilea modul dorește să asigure că serviciile sunt constant în concordanță cu nevoile beneficiarilor, prin intermediul evaluării și monitorizării și al unui plan personalizat. Cerințele se focalizează pe proceduri, dar și pe documentația rezultată. Pentru o evaluare detaliată, vezi Tabelul 38.

**Tabelul 38. Conformitatea evaluării cu standardele și cerințele din Modulul 3. Evaluare și planificare**

<b>STANDARDUL 1: EVALUARE</b>	
Descrierea standardului	Standardul detaliază cerințele pentru procedura de evaluare (ce urmează să fie evaluat, cum, de către cine și documentația de folosit). Există o cerință separată ca beneficiarul să fie implicat în proces.
Autoevaluare	Conform autoevaluării, majoritatea cerințelor sunt satisfăcătoare. Sunt probleme, totuși, cu includerea tuturor articolelor cerute în procesul de evaluare – șase centre au indicat că nu le includ deloc.  Standardul stipulează că personalul serviciului ar trebui să fie “preocupat” cu includerea beneficiarilor în procesul de evaluare și în a asculta opinia lor. Toate centrele au raportat că fac acest lucru. Totuși, 95 de beneficiari din 12 centre nu

	<p>sunt implicați în procesul de evaluare și opiniile a 66 de beneficiari din 8 centre nu sunt incluse. Motivele menționate sunt slaba înțelegere sau insuficiente abilități de comunicare sau capacitate mentală scăzută, chestiuni medicale, lipsa capacității legale și lipsa discernământului. Numărul total de beneficiari cărora le lipsește capacitatea legală este de fapt mai mare (310 în total), ceea ce înseamnă că o mare parte dintre ei sunt incluși în procesul de evaluare.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Interviurile cu majoritatea beneficiarilor au confirmat că evaluările au loc și că implică echipe multidisciplinare. Majoritatea beneficiarilor își amintesc această evaluare inițială, cu excepția unui anumit centru, unde beneficiarii nici nu știu măcar dacă au un manager de caz (s-a confirmat ulterior că managerul de caz nu se întâlnește cu beneficiarii din acest centru).</p> <p>Evaluările externe ale unui eșantion din dosarele beneficiarilor au confirmat că majoritatea beneficiarilor (cu excepția celor de un 1 CZ și 1 CSRN) au fost evaluați în termen de cinci zile de la aprobarea admiterii la centru, așa cum este stipulat în standard. Majoritatea fișelor din evaluări au conținut aspectele stipulate în standard (informații despre evaluare, nevoi identificate, obiective pe termen scurt și mediu, personal specializat implicat în evaluare și semnăturile lor, dar și ale beneficiarilor sau ale reprezentanților lor). Două CZ și două CSRN nu s-au conformat cu cerința de a avea evaluările semnate de beneficiari.</p> <p>Nu este clar cum echipele multidisciplinare îi implică pe beneficiari în timpul procesului de evaluare și iau în calcul opiniile lor, deși aceasta este o cerință obligatorie a standardului. Mai puțin de un sfert dintre toate CZ și toate CSRN au fișe de evaluare incluse în toate dosarele evaluate care descriu ce cred beneficiarii că este important și ce tip de sprijin el sau ea are nevoie. Deși aceasta nu este o cerință a standardului, unele servicii au raportat că absența mențiunilor privind dorințele și preferințele beneficiarilor reflectă lipsa implicării beneficiarilor în evaluările lor fie din cauza prioritizării opiniei echipelor de evaluare, a medicilor sau a reprezentanților legali, fie a nevoilor ridicate de sprijin ale beneficiarilor în ceea ce privește înțelegerea și comunicarea. În alte cazuri, serviciile au raportat că semnăturile beneficiarilor sunt o dovadă a implicării lor, chiar dacă fișele de evaluare nu includ o descriere a modului în care aceasta este aplicată sau cum beneficiarii sunt cu adevărat implicați în evaluare, fără a fi neapărat întrebați ce își doresc sau consideră important pentru ei înșiși.</p> <p>În plus, deși evaluarea ar trebui să acopere o serie de aspecte obligatorii, unele centre (în special mai multe CSRN, între 27 și 72 procente) nu evaluează beneficiarii în următoarele aspecte: (i) statutul lor general, dar și nivelul de autonomie și comunicare, (ii) nevoie de recuperare și reabilitare, (iii) abilități de viață independentă, (iv) nevoie de educare și culturale, (v) posibile riscuri și dependențe, (vi) interese vocaționale și abilități de muncă.</p>
<p>Observații</p>	<p>În cazul centrelor de recuperare neuromotorie, niciun beneficiar nu are copii ale PIS sau PIRIS incluse în dosarul lor (un plan personalizat pentru servicii), așa că este neclar pe ce plan inițial se bazează procesul de evaluare.</p> <p>În funcție de modul în care centrul își desfășoară activitățile (de exemplu, prin sesiuni mai intensive de două săptămâni la fiecare câteva luni sau de două, trei ori pe săptămână), beneficiarii își amintesc diferit procesul de evaluare. Cei care vizitează frecvent centrele nu au o amintire precisă a momentului evaluării, dar, în schimb, își amintesc o interacțiune constantă cu personalul echipei</p>

	<p>multidisciplinare, când nevoile și progresul lor sunt constant evaluate. Pentru cei care vin la câteva săptămâni sau luni, procesul de evaluare poate fi un eveniment mai formal de care își amintesc cu mai multă precizie.</p> <p>Standardele trebuie să detalieze mai departe modul în care echipele multidisciplinare pot asigura cel mai bine că beneficiarul este implicat în procesul de evaluare și că opinia acestuia este prioritizată.</p>
<b>STANDARDUL 2. PLAN PERSONALIZAT</b>	
Descrierea standardului	Toți beneficiarii ar trebui să aibă un plan personalizat care este rezultatul unei evaluări aprofundate, actualizat o dată la 6 luni. Standardul indică ce conține planul și că beneficiarii ar trebui implicați în elaborarea și actualizarea lui. Planul ar trebui să includă cel puțin trei activități oferite de centru.
Autoevaluare	<p>Aproape 60 de procente dintre toate centrele au declarat că satisfac toate cerințele din standard. Dintre cele rămase, patru centre nu au toate elementele necesare în plan. Elementele care lipsesc sunt următoarele: semnătura beneficiarului sau a reprezentantului legal, durata intervenției, materialele/echipamentul necesare, data următoarei revizii și concluziile. Trei centre nu oferă o copie către beneficiar de fiecare dată când este revizuit și nouă centre (în jur de un sfert) nu includ în planul personalizat modul în care familia sau sistemul de sprijin vor fi implicate (sau dacă există).</p> <p>Echipele multidisciplinare ar trebui să includă beneficiarii și opinia lor în timpul elaborării planului. Totuși, 138 de beneficiari nu sunt implicați în elaborarea Planului lor Personalizat și în cazul a 171 dintre ei opinia lor nu este luată în considerare. Motivele raportate pentru această practică sunt: lipsa capacității legale, capacitate redusă de înțelegere/comunicare și “înalt nivel de afectare.” Treisprezece CZ și cinci CSRN au beneficiari care nu au capacitatea legală.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Deși toate centrele au declarat că revizuiesc Planurile Personalizate la fiecare 6 luni, la o sondare ulterioară, numai 25 (mai puțin de trei treimi) au făcut acest lucru în ultimele 6 luni.</p> <p>Interviurile cu beneficiarii au scos la iveală faptul că doar o mică parte dintre ele știu ce este Planul Personalizat și dacă activitățile pe care le fac corespund celor din plan. În plus, personalul serviciului a raportat în timpul evaluărilor externe că numai 15 dintre 22 de beneficiari ai CZ și 5 din 11 beneficiari ai CSRN au o copie a ultimului Plan Personalizat, așa cum este impus de standard.</p> <p>Mai mult, în urma discuțiilor cu beneficiarii și coordonatorii serviciului, a devenit evident că, în unele cazuri, există o nepotrivire între Planurile Personalizate și ceea ce beneficiarii consideră de interes sau sunt dornici să se implice. Unii beneficiari au indicat că sunt forțați să facă activitățile pe nu vor să le facă (unul a zis că a fost obligați “să facă sport”, dar, în realitate, duceau lemne de foc la casa unui membru al personalului). Unii coordonatori ai serviciilor au raportat că beneficiarii sunt “necooperanți” și, din nefericire, nu există niciun mod prin care să-i oblige să facă toate activitățile din plan (și din moment ce nu le fac, nevoile lor nu sunt satisfăcute).</p> <p>Eșantionul de dosare ale beneficiarilor din mare parte a serviciilor a confirmat că majoritatea serviciilor au Planuri Personalizate pentru beneficiari, care au inclus toate aspectele obligatorii, cum ar fi activități și servicii oferite beneficiarilor, obiective pe termen scurt și mediu, durata și programările, materialele și</p>

	<p>echipamentele necesare, activități individuale sau de grup, data următoarei revizuirii, concluzii, tipul personalului implicat în evaluare, semnăturile lor, ca și cele ale beneficiarilor sau ale reprezentanților legali.</p> <p>Nu este clar cum echipele multidisciplinare îi implică pe beneficiari în timpul procesului de elaborare și revizuire a Planurilor lor Personalizate și iau în calcul opinia lor, deși aceasta este o cerință obligatorie a standardului. Mai puțin de patru centre din fiecare tip ai Planuri Personalizate care au inclus în toate dosarele evaluate care descriu cum opiniile beneficiarilor au fost luate în considerare privind fiecare dintre următoarele aspecte: ceea ce beneficiarii consideră importat pe termen scurt și lung, tipul de sprijin pentru a le împlini nevoile, ceea ce a funcționat și ce nu și ce trebuie schimbat. Similar, foarte puține servicii au Planuri Personalizate care menționează clar modul în care preferințele beneficiarilor sunt luate în calcul. Deși acestea nu sunt cerințe standard, serviciile au raportat că nu implică unii beneficiari în elaborarea și revizuirea Planurilor Personalizate, din motive similare nu implică beneficiarii în procesul de evaluare – fie din cauza prioritizării opiniei echipelor de evaluare, medicilor sau reprezentanților legali, fie a nevoilor ridicate de sprijin ale beneficiarilor în ceea ce privește înțelegerea și comunicarea.</p>
Observații	<p>Procesul de elaborare și revizuire a Planurilor Personalizate ar trebui să fie mult mai receptiv. Ar trebui alocat un efort mai mare în implicarea beneficiarilor în elaborarea Planurilor Personalizate și, în special, în a-i ajuta să înțeleagă cu ce sunt de acord (ce presupun activitățile în termeni de timp, efort, efecte și așa mai departe). Mai mult, orice nepotrivire între planuri și ceea ce beneficiarii au nevoie și își doresc declanșează o revizuire a planului (în loc să aștepte ca echipele multidisciplinare să se întâlnească/să fie disponibile). Furnizarea accesului unei persoane care le poate oferi beneficiarilor sprijin în luarea deciziilor sau poate acționa ca un facilitator pentru beneficiari în timpul evaluării sau revizuirea unui Plan Personalizat poate asigura implicarea beneficiarilor mai eficient. În momentul de față, doar 10 centre oferă această opțiune.</p>

### STANDARDUL 3. MONITORIZARE

Descrierea standardului	<p>Standardul enumeră cerințele minime în termeni de implementare propriu-zisă a serviciilor indicate în Planurile Personalizate, ca și documentația impusă. Nu este există nicio prevedere legată de includerea beneficiarilor în proces.</p>
Autoevaluare	<p>Numai peste jumătate dintre toate centrele sunt total conforme cu toate cerințele din standard. Mai mult, niciuna dintre cerințe nu este satisfăcută de toate centrele. Deși toate cerințele sunt importante, este îngrijorător că în 5 centre nu există manager de caz desemnat fiecărui beneficiar și 21 de procente dintre beneficiari ai CZ nu au manager de caz. Restul problemelor de conformitate sunt legate de: (1) documentație inadecvată, (2) insuficientă supraveghere din partea centrului (ca orice caz să fie administrat corect și în concordanță cu standardele generale) și (3) cel mai important, monitorizare insuficientă sau inadecvată a progresului beneficiarilor prin întâlniri și discuții lunare între echipele serviciilor și managerul de caz. În aproximativ 64 de procente dintre CZ și 67 de procente dintre CSRN, managerii de caz s-au întâlnit cu echipele multidisciplinare de cel puțin 6 ore în ultimele 6 luni.</p> <p>În ceea ce privește modul în care SP se asigură că managerul de caz își îndeplinește obligațiile privind implementarea, evaluarea și monitorizarea, cea mai frecvent menționată metodă a fost consultarea diferitelor documente (fișe de monitorizare</p>



	și evaluare, rapoarte de activitate, planuri de acțiune) și a doua cea mai frecvent menționată a fost vizitele periodice ale inspectorilor de la managementul de caz și departamentul de monitorizare al serviciilor sociale. Discuțiile cu beneficiarii au fost menționate doar de două ori, cu privire la verificarea evaluării implementării Planului Viitor Personal de către managerul de caz.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>În timpul evaluării externe, serviciile au raportat 69 de manageri de caz în centrele unde beneficiarii au manageri de caz, 53 în 19 CZ și 16 în 11 CSRN. Majoritatea centrelor au doar unul sau doi manageri de caz care monitorizează schimbările în situația beneficiarilor: șapte CZ și nouă CSRN. Totuși, există centre unde există mai mult de un caz manager, până la șapte manageri de caz în două CZ. Majoritatea beneficiarilor se întâlnesc cu managerul lor de caz cel puțin lunar. În orice caz, deși mai mulți beneficiari din CZ decât în CSRN se întâlnesc cu managerul lor de caz în fiecare lună, o mai mare parte dintre beneficiarii din CSRN decât din CZ se întâlnesc cu managerii lor de caz o dată la câteva luni (aproximativ un sfert) (vezi Tabelul-Anexă 9).</p> <p>În ciuda proporției mari a centrelor care au raportat cel puțin o frecvență lunară a întâlnirilor dintre beneficiari și managerii de caz, interviurile cu beneficiarii au revelat că nu atât de mulți știu dacă au un manager de caz sau cine este managerul de caz, în special când serviciul este furnizat continuu (în fiecare zi sau de câteva ori pe săptămână). Uneori, se simt confuzi când vine vorba despre asistentul social. Ceea ce nu înseamnă că managerul de caz nu este prezent în aceste cazuri, ci că rolul lui îi este neclar beneficiarului.</p> <p>În plus, datele din evaluarea externă au indicat că, în opt CZ și trei CSRN, managerii nu se conformează responsabilității lor lunare de a nota progresul înregistrat de beneficiari în fișele de monitorizare. Mai mult, în unele centre, fișele de monitorizare nu au inclus aspectele obligatorii stipulate de standard, fie descrierea progresului beneficiarilor (8 CZ și 3 CSRN) sau comentarii privind modul în care beneficiarilor li se furnizează un mediu sigur în termeni de protecție împotriva exploatării, violenței și abuzului și a tratamentului crud, inuman sau degradant (15 CZ și 6 CSRN).</p>
Observații	Standardul nu cere ca beneficiarii să fie implicați în procesul de evaluare. Mai mult, SSP rar îi implică pe beneficiari în procesul de evaluare a activității managerilor de caz, căci tind să se uite mai mult la documentele furnizate de managerii de caz înșiși, ceea ce ridică semne de întrebare la modul în care aspectul centrat pe persoană al furnizării de servicii poate fi optimizat în absența implicării și feedback-ului beneficiarilor.

## Modulul 4. Servicii și activități

Modulul 4 arată că standardele și cerințele minime pentru activități specifice trebuie să furnizeze, în cazul Centrelor de Zi și al Centrelor de Servicii de Recuperare Neuromotorie de tip Ambulatoriu: informații și consiliere socială, recuperare și reabilitare, abilități de viață independentă, dezvoltare de abilități de muncă, pregătirea pentru angajare, sprijin pentru retenție la locul de muncă, integrare și participare socială și civică și recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu. Aceste servicii și activități constituie esența furnizării de servicii și variază în funcție de tipul de centru. Pentru evaluarea conformității cu standardele, consultați Tabelul 38.

### Tabelul 39. Evaluarea conformității cu standardele și cerințele din Modulul 4. Servicii și activități

**STANDARDUL 1. INFORMARE ȘI CONSILIERE/ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Descrierea standardului	Serviciile trebuie să le furnizeze beneficiarilor informații despre drepturile lor și beneficiile sociale. Aceste informații pot include aspecte legate de facilități medicale și servicii de reabilitare, servicii de transport, servicii alternative și complementare furnizate de SSP private, angajare asistată și așa mai departe. Serviciile trebuie să fie oferite de un asistent social angajat de serviciu.
Autoevaluare	<p>Conform autoevaluării, deși cerințele generale sunt satisfăcute de majoritatea centrelor (de exemplu, chestiuni privind monitorizarea activităților de către managerul de caz și documentarea activităților în dosarele beneficiarilor pentru două dintre centre), niciunul dintre centre nu oferă toate tipurile de activități recomandate de standard. Principalele activități oferite sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informații și consiliere privind serviciile sociale în general și beneficiile acestora,</li> <li>• Sprijin în menținerea relațiilor cu familia și prietenii și</li> <li>• Informații și sprijin în evaluarea anumitor servicii medicale.</li> </ul> <p>Pentru restul serviciilor, sprijinul furnizat sub forma informării, consilierii sau a sprijinului direct este minimal. Cel mai mic nivel de sprijin pare a fi în domeniul analizării locului și condițiilor de muncă și intervenția pe lângă angajatori să-i ajute să înțeleagă drepturile persoanelor cu dizabilități și sprijin și informare în adaptarea mediului de domiciliu. În mod ciudat, pentru CSRN, nivelul este foarte scăzut: doar un sfert dintre centre fac acest lucru și tind să fie cele mai mici).</p> <p>Un alt punct care generează lipsa conformității este că, deși standardul necesită ca activitatea să fie efectuată de un asistent social, nu este cazul a patru centre. Pe lângă asistentul social, alte tipuri de personal efectuează informarea și consilierea socială, cel mai adesea psihologii, asistentele medicale, medicii și kinezioterapeuții.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Examinarea complexă a confirmat faptul că această activitate nu constituie o prioritate pentru niciunul dintre tipurile de centre.</p> <p>Beneficiarii au menționat că personalul centrelor i-a ajutat în unele cazuri prin găsirea unui loc de muncă, deși găsirea unui domiciliu nu este, în mod necesar, printre domeniile unde au primit asistență (în mare parte pentru că nu este realist, având în vedere lipsa locuințelor sociale). Unii beneficiari cunosc câteva dintre drepturile lor, dar nu asociază aceste informații cu cele pe care le primesc de la centru. De asemenea, unii beneficiari au indicat că le-ar plăcea să găsească grupuri de sprijin (chiar dacă sunt numai online), dar nu au primit sprijin de la centre în găsirea sau accesarea lor.</p> <p>Aceste tipuri de activități nu par a fi o prioritate din perspectiva centrelor. Unii coordonatori de servicii par a fi convingeți că beneficiarii nu sunt interesați în munci sau a găsi un loc de muncă, deși ar fi capabili, pentru că e mai simplu să primească doar compensațiile. De aceea unele centre pot fi reticente sau se mișcă greu când este vorba să ofere sprijin în această direcție. De asemenea, centrele recomandă sau direcționează rar beneficiarii către alte servicii (complementare) din comunitate, pentru că fie le consideră de calitate inferioară (tratează beneficiarii necorespunzător sau îi infantilizează) sau competiție (mai ales unde există percepția că propria lor finanțare și sprijin instituțional este vulnerabil).</p>

**STANDARDUL 2. CONSILIERE PSIHOLICĂ**

Descrierea standardului	Consilierea psihologică le este oferită beneficiarilor care sunt evaluați ca având nevoie de sprijin. Standardul este menit să asigure securitatea psihologică și emoțională de care beneficiarii au nevoie în viața lor de zi cu zi, ca și în sprijinirea altor servicii și activități oferite de furnizor. Standardul este obligatoriu pentru Centrele de Zi, dar opțional pentru Centrele de Servicii de Recuperare Neuromotorie de tip Ambulatoriu.
Autoevaluare	<p>Conform autoevaluării, 19 dintre 22 CZ sunt conforme cu toate cerințele. De asemenea, 5 dintre 12 CSRN declară același lucru, deși nu trebuie să fie conforme cu standardul să fie licențiate ca serviciu social pentru persoanele cu dizabilități.</p> <p>Deși toți beneficiarii din CZ ar trebui să aibă acces la consiliere psihologică, 3 centre nu oferă acest serviciu deloc și aproape 40 de procente dintre beneficiarii CZ nu beneficiază de acest serviciu. Deși nu sunt specific cerute de standard, 16 procente dintre beneficiarii CSRN primesc consiliere psihologică, concentrată în 5 centre.</p> <p>Mai mult, în două CZ care oferă consiliere psihologică, serviciul este furnizat de cineva cu o calificare diferită de ceea ce este cerut în standard, psihologi și psihoterapeuți. Trei CZ, deși este impus de standard, nu au spațiu separat pentru consiliere psihologică, în vreme ce șapte CSRN au, deși nu este specific cerut de standard.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Acolo unde există, serviciile de consiliere psihologică sunt extrem de apreciate de beneficiari. În unele cazuri, au menționat că acest serviciu este printre cele mai importante aspecte ale centrului. Consilierea psihologică îi ajută se facă față dificultăților care apar în urma faptului că trăiesc într-o lume unde este puțin loc pentru persoanele cu dizabilități. Un astfel sprijin i-a ajutat pe beneficiari cu încrederea în sine, să facă față anxietăților și fobiilor și, în general, să se simtă sprijiniți. Totuși, în multe centre și mai ales în CSRN, nu există deloc consiliere psihologică și toți beneficiarii intervievați au spus că au nevoie de acces la un astfel de serviciu. Din perspectiva furnizorului, este neclar care este importanța pe care o alocă acestor servicii. Un coordonator de serviciu a menționat totuși dorința de a avea un alt psiholog în echipă.</p> <p>În ciuda nevoii de consiliere psihologică suplimentară semnalată de beneficiari, doar câteva centre au raportat, în timpul evaluărilor externe, lipsa de personal specializat pentru consiliere psihologică (trei centre), lipsa unui spațiu dedicat (unul) și a echipamentului necesar (unul). Deși doar 3 centre au raportat nevoia pentru personal mai specializat pentru consiliere psihologică, mai multe centre au posturi libere pentru acest tip de personal – în momentul de față, există 10 poziții libere (o treime dintre pozițiile total disponibile) concentrate în 8 CZ și 1 poziție liberă în CSRN. Există în momentul de față o singură poziție în fișele organizatorice ale tuturor centrelor (într-un CSRN) care este încă vacant.</p>

### STANDARDUL 3. RECUPERARE ȘI REABILITARE

Descrierea standardului	Standardul descrie activitățile care ar trebui să aibă loc în centru pe a-i asista pe beneficiari să-și dezvolte autonomia și potențialul funcțional. Centrul ar trebui să ofere cel puțin trei activități fiecărui beneficiar, din lista indicată care enumeră logopedie sau psihoterapie; masaj sau kinetoterapie sau psihoterapie; hidroterapie sau balneoterapie sau terapie prin artă (modelaj, sculptură, pictură sau desen, decorare de materiale diverse, artizanat, dans, muzică, teatru) sau terapie prin muzică; stimulare motorie psihosenzorială; terapie ocupațională; și activități
-------------------------	--

	vocaționale sau ocupaționale. De asemenea, activitățile ar trebui să includă asistarea beneficiarilor să învețe cum să folosească tehnologiile și dispozitivele de asistare. Restul standardului detaliază personalul care poate fi implicat și documentația și procedurile administrative corespondente.
Autoevaluare	<p>Numai aproape jumătate dintre CZ și trei din patru CSRN sunt conforme cu toate cerințele din standarde. Trei centre (din 34) nu-i oferă fiecărui beneficiar trei activități din lista cerută și 11 CZ (jumătate dintre toate) nu sunt echipate cu toate dispozitivele și tehnologiile de asistență necesare pentru activitățile pe care le oferă. Doar unui CSRN îi lipsește astfel de tehnologii.</p> <p>Profilul activităților este diferit pentru cele două tipuri de centre. Toate CSRN oferă terapie fizică/kinetoterapie/masaj și jumătate dintre ele activități instrucționale pentru tehnologiile și dispozitivele de asistență (a doua cea mai populară categorie). În cazul CZ, aproape o treime oferă terapie ocupațională și aproape jumătate terapie fizică/kinetoterapie/masaj sau o activitate dintr-o categorie mai eterogenă (tot de la hidroterapie la artă manuală și teatru). Logopedia/psihoterapia este cea mai puțin oferită activitate în ambele tipuri de centre. În 2020, unele centre au oferit la domiciliul beneficiarilor majoritatea activităților listate.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Doar un număr limitat de centre a raportat în timpul evaluărilor externe lipsa personalului specializat și a spațiilor adecvate și a echipamentului necesar pentru fiecare tip de activitate de recuperare și reabilitare, nu mai mult de unul sau două centre pentru fiecare tip de activitate. Totuși, activitățile de recuperare și reabilitare (kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie și așa mai departe) au fost cel mai frecvent menționate în 17 centre care au raportat lipsa accesului la anumite servicii de care beneficiarii ar putea avea nevoie.
Observații	Unele categorii de activități sunt foarte eterogene și criteriile folosite pentru a le grupa sunt neclare. Una dintre cerințele din standard afirmă că fiecărui beneficiar ar trebui să le fie oferite cel puțin trei activități din listă, dar, din moment ce lista este organizată în categorii, este neclar dacă activitățile pot veni din aceeași categorie sau din categorii diferite. De exemplu, o categorie include, printre alte activități: hidroterapie, confecționare de obiecte, teatru și terapie prin muzică. O altă categorie are atât logopedie, cât și psihoterapie. Acestea ar trebui să fie, probabil, în categorii diferite, mai adecvat grupate în jurul nevoilor pe care le satisfac sau a abordărilor terapeutice și standardul ar trebui să fie mai clar în ceea ce privește alegerea activităților.

#### STANDARDUL 4. ABILITĂȚI DE VIAȚĂ INDEPENDENTĂ

Descrierea standardului	Standardul enumeră o listă de activități care pot fi oferite la centru, în exterior sau la domiciliul beneficiarilor care îi pot ajuta pe beneficiari să-și dezvolte abilitățile de viață independentă. Standardul include și cerințe minime privind documentația și procedurile. Pentru CZ, standardul este obligatoriu, în timp ce pentru CSRN nu este.
Autoevaluare	Puțin peste un sfert dintre CZ și o treime dintre CSRN sunt conforme cu toate cerințele din standarde. În vreme ce majoritatea cerințelor ridică probleme pentru multe centre, cerința cu cea mai scăzută conformitate are în vedere formarea personalului și beneficiarilor cu privire la tehnologiile și dispozitivele de asistență, pentru a asigura viața independentă, prin colaborare cu furnizorii externi sau ONG-uri. Astfel, doar 27 de procente dintre CZ și 33 de procente dintre CSRN sunt conforme cu această cerință.

	<p>Profilul activităților oferite în cele două tipuri de centre arată nu numai profiluri diferite de beneficiari și servicii, ci și viziuni diferite privind ceea ce este necesar pentru a duce o viață independentă ca persoană cu dizabilități. Activitățile oferite de CZ sunt în special orientate spre dezvoltarea abilităților sociale, emoționale și cognitive necesare pentru integrarea socială și administrarea vieții de zi cu zi. Între o treime și jumătate dintre toți beneficiarii CZ primesc sprijin pentru învățarea de bază, îmbunătățirea concentrării, managementul timpului, managementul de criză, autocontrol comportamental, abilități de comunicare relațională și conversațională, igienă personală, dietă echilibrată, siguranță personală și tranzacții economice elementare, dar și pentru dezvoltarea abilităților educaționale.</p> <p>În contrast, activitățile oferite de majoritatea CSRN au o puternică componentă fizică și, în al doilea rând, pot fi menite să dezvolte unele abilități cognitive și motorii practice. Mai mult de două treimi dintre toți beneficiarii au furnizate activități pentru creșterea mobilității fizice și coordonarea mobilității și în jur de o treime pentru a cunoaște beneficiile unei diete echilibrate și ale activității fizice. Diferența este reflectată și în profilul personalului implicat în furnizarea acestor activități: în special asistenți sociali și psihologi în cazul CZ și kineoterapeuți, asistente medicale și medici, în cazul CSRN.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Interviurile cu beneficiarii confirmă cele două profiluri și viziuni. Beneficiarii care folosesc serviciile CZ înțeleg importanța abilităților de trai independent mai holistic, făcând referințe la abilități de viață de zi cu zi și management emoțional, dar și la cunoștințe generale (management financiar, telefoane și internet și așa mai departe). Pe de altă parte, unii dintre beneficiarii de la CSRN care au fost intervievați văd traiul independent ca pe ceva în afara posibilității de obținere imediate. Au fost de părere că este mai adecvat să-și orienteze eforturile spre recuperarea fizică și spre încetinirea pierderii unora dintre abilităților lor fizice.</p> <p>Perspectiva coordonatorilor de servicii pare a fi conflictuală. Pe de o parte, unii dintre ei văd traiul independent ca antitetic folosirii serviciilor de dizabilitate; cu alte cuvinte, văd folosirea serviciilor de dizabilitate ca o formă de dependență. Prin urmare, ținta furnizării acestor servicii ar trebui să fie traiul independent și, prin urmare, reducerea dependenței de și folosirea serviciilor lor. Pe de altă parte, dezvoltarea abilităților de viață independentă este un obiectiv foarte serios pentru unii coordonatori de servicii; s-au plâns că unii furnizori privați de servicii îi infantilizează pe beneficiari și le oferă servicii mai adecvate copiilor decât adulților.</p> <p>Sprijinul pentru luarea deciziilor este un tip de abilitate pentru viață independentă pe care centrele sunt așteptate să-l ofere, dar este neclar cum are loc. Toate în afară de un CZ au raportat, în timpul evaluărilor externe, că ar putea furniza sprijin pentru luarea deciziilor către beneficiarii care ar necesita acest lucru. Totuși, doar aproape jumătate dintre centre au putut indica un document în care să fie stipulat acest tip de sprijin. Standardul actual nu detaliază pașii de asigurare a sprijinului pentru luarea deciziilor și nici formarea obligatorie a personalului în acest domeniu. Cu toate acestea, 39 de procente dintre toți beneficiarii CZ concentrați în 19 centre au primit acest tip de sprijin la momentul evaluării externe. În plus, 10 din 33 de centre consideră că beneficiarii nu pot lua propriile decizii, chiar și având sprijin adecvat, făcând referire fie la statutul capacității legale al beneficiarilor care sunt plasați sub custodie și, astfel, nu pot decide pentru ei înșiși sau presupusa lipsă de capacitate mentală.</p>

	În momentul de față, 16 CZ și 4 SNRC le oferă beneficiarilor sprijin pentru a-și continua educația, fie ca sprijin pentru a învăța să scrie sau să citească (9 CZ și 4 CSRN) și facilitarea înscrierii la școală (3 CZ) sau continuarea unei forme de educație (7 CZ și 2 CSRN). Totuși, centrele nu pot furniza acest tip de sprijin tuturor beneficiarilor care pot avea nevoie de el, fie din cauza lipsei de personal specializat a centrului care este specializat pe recuperarea neuromotorie sau din cauza nivelului ridicat de sprijin în cazul beneficiarilor cu dizabilități intelectuale.
--	--

#### STANDARDUL 5. DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR DE MUNCĂ, PREGĂTIREA PENTRU ANGAJARE, SPRIJIN PENTRU RETENȚIA LA LOCUL DE MUNCĂ

Descrierea standardului	Centrele pot oferi activități și asistență pentru a-i ajuta pe beneficiari să-și dezvolte abilitățile și gradul de pregătire pentru muncă, dar și consiliere legală și de angajare, organizând ateliere protejate și activități de lucru pentru beneficiari și facilitând parteneriate cu instituțiile și firmele care pot oferi formare practică și stagiaturi. Există prevederi și pentru personalul implicat, documentație și proceduri administrative. Standardul este obligatoriu pentru Centrele de Zi, dar nu și pentru Centrele de Servicii de Recuperare Neuromotorie de Tip Ambulatoriu.
Autoevaluare	<p>Niciunul dintre centre nu este în conformitate cu toate cerințele. Este important de notat că, deși este o cerință, niciunul dintre centre nu are parteneriate cu vreo instituție sau companie care poate oferi stagiaturi, formare practică sau oportunități de voluntariat către beneficiari cu scopul de a le dezvolta abilitățile de muncă sau de a-i pregăti pentru muncă în general.</p> <p>Există probleme și cu restul cerințelor. Mai puțin de un sfert dintre centre au inițiat activități care au implicat angajatori sau locuri de muncă (conștientizarea drepturilor la muncă ale persoanelor cu dizabilități, facilități de angajare a persoanelor cu dizabilități, adaptări la locul de muncă și așa mai departe). Doar șase CZ au spații pentru organizarea atelierelor vocaționale sau creativ-terapeutice. Printre atelierelor care au fost organizate, cele mai comune au fost terapia prin artă, tâmplărie și confecționarea de obiecte din hârtie. Doar două centre au semnat parteneriate cu furnizori externi care au oferit servicii în domeniul consilierii și orientării profesionale și de carieră.</p>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Datele din evaluarea externă sprijină ideea din autoevaluări că ajutarea beneficiarilor în dezvoltarea abilităților de muncă și asistarea lor în căutarea unui loc de muncă nu este o prioritate pentru centre. Aproape un sfert dintre CZ și peste jumătate dintre CSRN nu evaluează interesele vocaționale și abilitățile de lucru ale beneficiarilor, deși este o cerință a standardului.</p> <p>Interviurile cu beneficiarii și coordonatorii serviciului arată o imagine mai complexă. Nu toți beneficiarii sunt interesați în a avea un loc de muncă, dar unii sunt și au făcut eforturi fie să-și găsească unul, fie să-l păstreze pe cel pe care-l au. Din nefericire, mulți beneficiari au dificultăți în a-și găsi locuri de muncă ce sunt adecvate pentru abilitățile și condițiile lor și este neclar dacă angajatorii sunt informați privind drepturile pe care persoanele cu dizabilități le au sau facilitățile pe care angajatorii ar trebui să le furnizeze când angajează persoane cu dizabilități.</p> <p>Coordonatorii serviciului au indicat că angajarea este foarte importantă și este un indicator al succesului serviciului. Totuși, eforturile din partea centrelor par a fi destul de informale, și nu o abordare formală, organizată, în conformitate cu</p>

	<p>standardul. Beneficiarii au indicat că au fost ajutați individual de personalul serviciului să-și găsească de lucru sau direcționați către anumite oportunități (cum ar fi târguri de locuri de muncă sau locuri de muncă vacante). În același timp, coordonatorii serviciului continuă să perceapă beneficiarii ca reticenți în căutarea sau menținerea unui loc de muncă și îi acuză mai mult sau mai puțin direct sau preferând să acceseze ajutorul și serviciile de dizabilitate în loc să se facă mai bine și să aibă o dizabilitate mai mică (cu un ajutor mai mic).</p> <p>Un număr de bariere care împiedică accesarea locurilor de muncă de către beneficiari a fost menționat de centre. Uneori, coordonatorii serviciului sugerează că, deși beneficiarii își doresc să găsească un loc de muncă, familiile se opun, fie pentru a-i proteja, fie pentru a avea în continuare acces la beneficii. Lipsa locurilor de muncă care pot asigura acomodări rezonabile (ore de lucru mai puține, sarcini flexibile și așa mai departe) a fost și ea menționată ca o barieră în calea angajării, dar și colaborările cu agențiile locale de ocupare a locurilor de muncă, angajatorii și alte organizații.</p>
--	---

### STANDARDUL 6. INTEGRARE ȘI PARTICIPARE SOCIALĂ ȘI CIVICĂ

<p>Descrierea standardului</p>	<p>Standardul descrie activități și servicii menite să asigure participarea beneficiarilor în comunitate. Pe lângă cerințele procedurale, enumeră o serie de posibile forme de asistență și sprijin privind participarea la activități culturale, sportive și de agrement; folosirea transportului public; votarea; și participarea la evenimente din familie.</p>
<p>Autoevaluare</p>	<p>Activitățile integrării și participării sociale și civice sunt mai des întâlnite în CZ decât în CSRN. În medie, aproape jumătate dintre beneficiarii din peste două treimi dintre CZ beneficiază de activități care le prezintă mediul social, învață comportamentul adecvat în contexte sociale, de activități recreative și de agrement, vizite și așa mai departe. Prin contrast, doar o treime dintre toate CSRN au oferit astfel de activități beneficiarilor lor în 2020. Printre activitățile care pot fi oferite în centrele de zi ca parte a standardului, beneficiarii tind să fie cel mai puțin implicați în activități culturale, artistice și sportive în comunitate (doar 18 procente dintre beneficiarii de la CZ și 5 procente de la CSRN).</p> <p>Asistenții sociali și psihologii sunt personalul specializat cel mai adesea implicat în astfel de activități în 14 CZ și 12 CSRN. Totuși, activitățile sociale și civice sunt de asemenea furnizate de personal care nu este menționat de standard ca adecvat, cum ar fi asistentele medicale și asistenții medicali. Aproximativ 82 de procente dintre toți beneficiarii din CZ și 44 de procente dintre CSRN au furnizat astfel de activități de către personal specializat menționat explicit în standard.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Participarea beneficiarilor la activități de cultură civică în comunitate reflectă adesea mărimea comunității unde centrul este localizat. Cu cât mai mare este orașul, cu atât mai diverse activitățile și posibilitățile pentru activitățile culturale și recreere. Restricțiile pandemice au limitat activitățile de socializare în centre și în comunitate și unii beneficiari nu au putut păstra legătura cu personalul serviciului sau cu alți beneficiari, pentru a petrece mai mult timp în spații deschise. Activitățile de petrecere a timpului liber au constat adesea în călătorii cu trenul sau autobuzul către destinații apropiate sau, mai departe, la țară. Unii beneficiari au mers și în parc, la filme, operă, teatru, festivaluri de carte, meciuri de fotbal, Jocurile Paralimpice, spectacole de dans popular și alte evenimente. Aceasta este confirmat și de datele raportate de servicii: o mare parte (28 din 33) au raportat că, în 2019 și</p>

	<p>2020, beneficiarii au avut posibilitatea și au fost sprijiniți să participe la activități recreative, de agrement și culturale în cadrul comunității. Doar cinci centre și-au sprijinit beneficiarii cu informații despre alegeri și procedurile de vot.</p> <p>Patruzeci de procente dintre CZ și cincizeci de procente dintre CSRN au raportat, în timpul evaluărilor externe, că beneficiarii nu sunt încurajați și sprijiniți să continue sau să devină cetățeni egali implicați activ în viața comunității prin participarea la activități și grupuri civice (de exemplu, prin voluntariat, participare ca membri ai organizațiilor locale sau ai grupurilor de inițiativă, participarea la ședințe publice privind chestiuni cetățenești și așa mai departe.) Doar câțiva beneficiari dintr-un mic număr de centre au participat, de exemplu, la cluburi de pensionari sau grupuri de sprijin. Motivele pentru implicarea civică limitată au de-a face cu atitudini discriminatorii și lipsa implicării comunităților locale, dar și cu lipsa unor astfel de activități în comunitate, adaptările pentru persoane cu dizabilități intelectuale, personal suficient pentru a acompania beneficiarii și accesul la transportul public.</p>
<b>STANDARDUL 6. RECUPERARE NEUROMOTORIE DE TIP AMBULATORIU</b>	
Descrierea standardului	Standardul stipulează că centrele ar trebui să ofere servicii de recuperare neuromotorie în concordanță cu Planurile Personalizate ale beneficiarilor și să facă disponibile spații dedicate pentru aceste activități. Standardul indică și procedurile și documentația necesară.
Autoevaluare	<p>Majoritatea CSRN (11 centre) sunt conforme cu toate cerințele acoperite de standard, în termeni de: (i) facilități necesare pentru activitățile de recuperare neuromotorie, (ii) înregistrarea zilnică a beneficiarilor cărora le-au fost furnizate astfel de activități (pe ore) și (iii) activități obligatorii de monitorizare a progresului beneficiarilor efectuate de managerii de caz prin discuții lunare cu personalul implicat în furnizarea serviciului. Doar un CSRN nu este pe deplin conform cu standardul, din moment ce nu a fost organizată nicio întâlnire între managerii de caz și personalul serviciului în ultimele șase luni pentru a discuta situația beneficiarilor.</p> <p>Majorității beneficiarilor CSRN li se oferă kinetoterapie și terapie prin masaj (82 de procente și, respectiv, 82 de procente), în timp ce aproape jumătate beneficiază de psihoterapie și aproape un sfert de terapie de relaxare. CSRN furnizează și alte tipuri de activități de recuperare pentru aproape o treime dintre beneficiari, cum ar fi logopedie, psihopedagogie, mobilizare orofacială/stimulare senzomotorie, termoterapie/electroterapie, terapii combinate/ hidroterapie/ galvanoterapie/ drenaj limfatic și aplicații cu parafină. Toate CSRN au kinetoterapeuți care furnizează astfel de activități, în timp ce în puține centre acest tip de activitate este furnizată de alt tip de specialiști, cum ar fi maseuri (în cinci centre), psihoterapeuți și fiziokinetoterapeuți (în trei), medici și educatori de recuperare (într-unul). În unele centre, activitățile sunt furnizate de personal specializat care nu este menționat de standard ca tip de personal ce poate furniza astfel de activități, asistenți sociali și psihologi, în timp ce alte tipuri de personal specializat menționat de standard lipsesc cu desăvârșire din CSRN (de exemplu, instructor ergoterapeut sau terapeut ocupațional).</p> <p>Deși CSRN au un profil specific de oferire de activități de recuperare neuromotorie, beneficiarilor din CZ li se furnizează, de asemenea, aceste activități. În 2020, 14</p>



	procente dintre beneficiari au primit kinetoterapie; 10 procente, terapie prin masaj; 12 procente, fizioterapie; și 11 procente, terapie de relaxare.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Majoritatea beneficiarilor intervievați apreciază activitățile de recuperare furnizate centre, accentuând impactul acestora asupra recâștigării mobilității, îmbunătățirii stării de spirit și calității vieții în general. Unele probleme cu furnizarea serviciilor ies, totuși, în evidență, cum ar fi nevoia pentru proceduri sau echipamente de recuperare suplimentare, ca și spații mai mari pentru terapie. Unii beneficiari au sugerat și nevoia pentru personal specializat suplimentar care poate asigura o mai bună recuperare decât folosind echipamentele singuri, de exemplu. Lipsa kinetoterapeuților în centrele unde există de fapt infrastructură pentru activitățile de kinetoterapie este o problemă des întâlnită în multe centre, așa cum este indicat de coordonatorii centrelor de zi. Datele din evaluările externe au confirmat și ele problemele identificate de beneficiari privind furnizarea de servicii, cum ar fi lipsa personalului necesar; spații adecvate; sau echipament pentru furnizarea kinetoterapiei, fizioterapiei și terapiei prin masaj.

## Modulul 5. Protecție și drepturi

Modulul final combină standarde privind drepturile și protecția beneficiarilor, aspecte de etică, managementul riscurilor, mecanisme de soluționare a sesizărilor și sisteme de măsurare a nivelului de satisfacție a beneficiarilor.

### STANDARDUL 1. RESPECTAREA DREPTURILOR BENEFICIARILOR

Descrierea standardului	Standardul trebuie să asigure respectarea drepturilor beneficiarilor, prin comunicarea acestora către personalul serviciilor în cadrul unor sesiuni de formare. Printre drepturile menționate se numără respectul față de demnitatea și intimitatea beneficiarilor, precum și includerea beneficiarilor în luarea deciziilor privind prestarea serviciilor. Deși, alături de sesiunile de formare, drepturile enumerate constituie o cerință obligatorie, standardul nu cuprinde alte prevederi prin care să asigure respectarea acestor drepturi.
Autoevaluare	Peste 90% dintre centre au raportat conformarea deplină cu standardul. Circa 96% dintre beneficiarii CZ și doar 78% dintre beneficiarii CSRN au acces la centre integrale conforme cu standardele. Deși formarea anuală a personalului serviciului cu privire la drepturile beneficiarilor este o cerință minimă, aceasta nu a fost respectată de două CZ și 1 CSRN; în 2020, 12 centre au asigurat mai mult de două astfel de sesiuni de formare. În 2020, nu s-au înregistrat sesizări sau reclamații legate de drepturile beneficiarilor, cum sunt: (i) drepturile și libertățile fundamentale ale omului, (ii) informarea cu privire la drepturile sociale și la serviciile prestate, (iii) dreptul de a participa la procesul de luare a deciziilor privind serviciile prestate, (iv) dreptul la confidențialitate, (v) dreptul la demnitate și intimitate, (vi) dreptul la protecție împotriva abuzurilor și neglijării și (vii) dreptul la exprimarea liberă a opiniilor cu privire la serviciile prestate.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Doar foarte puțini dintre beneficiarii intervievați nu au avut noțiunea de „drepturi” sau nu își cunoșteau drepturile. Cu toate acestea, relativ puține persoane puteau să enumere drepturile pe care le au, cum ar fi dreptul la muncă, la prestații sociale (pensie, servicii sociale), transport gratuit, dreptul de a își exprima opinia privind serviciul prestat etc. Beneficiarii au reclamat atitudini discriminatorii din partea altor persoane din comunitate, bariere în accesarea diverselor servicii publice,

	<p>precum și lipsa unor informații mai substanțiale privind prestațiile sociale care li se cuvin în calitate de persoane cu dizabilități.</p> <p>Serviciile trebuie să se asigure că beneficiarii au în permanență acces la informații cu privire la drepturile lor, pe lângă informațiile pertinente care li se oferă la momentul admiterii. În prezent, doar circa jumătate dintre CZ și CSRN oferă materiale informative privind drepturile beneficiarilor ca utilizatori de servicii, în formate accesibile și în locuri ușor accesibile acestora în spațiile în care se prestează serviciile.</p>
--	--

Observații	<p>Deși impune sesiuni obligatorii de formare a personalului serviciului pe teme legate de drepturile beneficiarilor, standardul nu stipulează obligația de a se oferi beneficiarilor pregătire și informare în formate accesibile și nici nu prevede mecanisme permanente și eficiente de primire și soluționare promptă a sesizărilor și reclamațiilor. Standardul nu cuprinde nicio cerință privind măsuri pentru ca personalul să cunoască și să respecte drepturile beneficiarilor, cum ar fi evaluări periodice în care să se determine nivelul de înțelegere și de aplicare permanentă a conținuturilor cursurilor în raport cu beneficiarii. De asemenea, nu există prevederi nici privind tipul materialelor folosite, nici privind persoanele care susțin cursurile de formare obligatorii.</p>
------------	---

## STANDARDUL 2. MANAGEMENTUL SITUAȚIILOR DE RISC

Descrierea standardului	<p>Standardul acoperă aspecte legate de managementul situațiilor de risc, cum ar fi existența și conținutul unei proceduri specifice cunoscute și aplicate întocmai de personalul serviciului.</p>
-------------------------	--

Autoevaluare	<p>Aproape 64% dintre CZ și 75% dintre CSRN se conformează standardului. Circa 78% dintre beneficiari au acces la CZ și CSRN care se conformează pe deplin standardului. Unele cerințe minime par a pune probleme deosebite de implementare. Doar 15 din cele 20 de CZ și 9 din cele 12 CSRN care au proceduri de gestionare a situațiilor de risc respectă cerința privind aspectele obligatorii pe care trebuie să le vizeze procedura. Aspectele cel mai des trecute cu vederea sunt legate de detalii privind comportamentele care necesită intervenție, de măsuri după situația de risc (în cazul CSRN), precum și de intervenții în caz de agresiune sau în cazul în care beneficiarii părăsesc centrul fără a anunța. În 2020, nu s-a înregistrat nicio situație de urgență.</p>
--------------	---

Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Majoritatea procedurilor de management al riscurilor prezentate de centre acopereau aspectele obligatorii stipulate de standarde. Din 33 de centre, 27 au prezentat proceduri specifice, iar două, proceduri pentru locuințe protejate. Există însă diferențe semnificative în ceea ce privește conținutul procedurilor și modul în care sunt abordate aspectele obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Majoritatea procedurilor se referă doar la factorii de risc psihosocial (cum sunt tulburările comportamentale sau agresivitatea) și foarte puține menționează alte tipuri de riscuri la adresa sănătății și siguranței beneficiarilor în incinta centrelor (de exemplu, infrastructura inadecvată, depozitarea substanțelor periculoase etc.). În plus, multe proceduri nu detaliază tipurile de factori de risc psihosocial și situațiile care se pot produce.</li> <li>➤ Doar unele proceduri prevăd măsuri de prevenție, cum sunt: (i) analiza obligatorie a factorilor de risc de către echipe multidisciplinare, împreună cu beneficiarii și familiile acestora (o procedură menționa un document special denumit „plan de sprijin comportamental”), (ii) formarea</li> </ul>
---	--

	<p>personalului pentru a putea identifica primele semne de criză, acordând atenție modificărilor comportamentale, și pentru a relaționa în continuare cu beneficiarii, pentru a preveni situațiile de risc sau (iii) furnizarea de materiale informative privind evitarea și prevenirea situațiilor de risc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Doar unele proceduri menționează măsuri de aplanare, oferind indicații clare privind relaționarea cu beneficiarii, tipul de personal care trebuie să relaționeze cu aceștia (de exemplu, personalul care cunoaște cel mai bine beneficiarii) etc.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri cuprind măsuri aplicabile după situațiile de urgență în sprijinul beneficiarilor, altele decât apelarea serviciului de urgență 112, cum sunt consilierea psihologică sau asistența medicală (în amplasament sau la spital).</li> <li>➤ Foarte puține proceduri menționează cum și când sunt informați beneficiarii cu privire la managementul situațiilor de risc, în timp ce puține proceduri menționează că beneficiarii trebuie să fie informați verbal la momentul admiterii.</li> <li>➤ Puține proceduri recomandă contenționarea fizică a beneficiarilor, nu ca măsură punitivă, ci pentru a preveni autovătămarea, vătămarea altor persoane sau distrugerea infrastructurii și resurselor materiale ale centrului.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri descriu în detaliu modul în care personalul serviciului trebuie să relaționeze cu beneficiarii în situații de criză, în timp ce puține proceduri se evidențiază prin faptul că pun accentul pe autodeterminarea și autonomia beneficiarilor în situații de criză, aceștia alegând și aplicând ei înșiși soluții, cu sprijinul personalului serviciului, care trebuie să respecte întotdeauna dorințele și preferințele beneficiarilor.</li> </ul>
Observații	<p>Data fiind diversitatea procedurilor analizate, standardele pot fi de folos, oferind instrucțiuni suplimentare privind modul de gestionare a situațiilor de criză și impunând serviciilor să introducă măsuri specifice de prevenție și gestionare a situațiilor de risc, cu respectarea drepturilor beneficiarilor, inclusiv dreptul la autonomie și integritate corporală.</p> <p>Managementul riscurilor necesită cunoștințe adecvate cu privire la aplanarea situațiilor de urgență fără a se apela la soluții care pot agrava starea beneficiarilor. Standardul nu cuprinde nicio prevedere clară privind cursurile de formare sau alte modalități de transmitere a acestor informații către personalul și beneficiarii serviciului. În plus, cerințele minime privind conținutul procedurilor nu cuprind prevederi legate de asigurarea consimțământului informat al beneficiarilor în orice situații de risc care pot conduce la tratarea forțată sau la intervenții neconsensuale, cum ar fi contenționarea fizică. De exemplu, prin planificarea intervențiilor pe care beneficiarii doresc sau nu să le suporte în cazul în care nu au capacitatea de a își exprima consimțământul.</p>
<b>STANDARDUL 3. CODUL DE ETICĂ</b>	
Descrierea standardului	Standardul arată că furnizorul trebuie să aibă un cod de etică care trebuie să conțină prevederi privind tratamentul egal al beneficiarilor și să impună prestarea serviciului în interesul superior al beneficiarilor și respectarea principiilor eticii profesionale. Centrele trebuie să organizeze sesiuni de formare a personalului cu privire la codul de etică.
Autoevaluare	Toate CSRN prezintă o rată a conformării integrale de 100% și doar un CZ nu este 100% conform. În cazul CZ cu neconformități, cerințele neîndeplinite se referă la

	<p>conținutul codului de etică. De exemplu, dispoziții privind tratamentul egal al beneficiarilor și nediscriminarea acestora, prestarea serviciilor exclusiv în interesul al beneficiarilor, respectarea principiilor deontologiei profesionale și formarea anuală a personalului cu privire la prevederile codului de etică. Prin contrast, ceva mai mult de un sfert dintre centre (6 CZ și 3 CSRN) au organizat două sau mai multe sesiuni de formare anuală.</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Majoritatea codurilor de etică prezentate de centre (3 servicii nu au prezentat codurile) conțineau cerințele minime prevăzute de standarde, cum sunt tratamentul egal și prestarea serviciilor în interesul beneficiarilor. Cu toate acestea, majoritatea codurilor menționează aceste aspecte doar pe scurt, la nivel de principiu, fără a detalia modul în care principiile urmează a fi transpuse în practică ori ce consecințe ar putea avea încălcarea lor. De fapt, peste o treime dintre codurile prezentate nu reglementează activitățile centrului, ci activitatea întregului personal din cadrul DGASPC.</p>
<p>Observații</p>	<p>Unele proceduri cuprind o secțiune pe tema responsabilităților personalului serviciului în relația cu beneficiarii. Acestea prevăd că personalul poate limita autodeterminarea beneficiarilor atunci când alegerile celor din urmă contravin principiilor eticii profesionale sau când acțiunile lor actuale sau viitoare prezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alții. Procedurile nu oferă niciun exemplu clar de astfel de situații, iar în lipsa oricăror prevederi privind pașii concreți prin care se asigură consimțământul informat al beneficiarilor, inclusiv privind asistența la luarea deciziei, există riscul ca drepturile beneficiarilor să fie limitate arbitrar.</p>
<p><b>STANDARDUL 4. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZURILOR</b></p>	
<p>Descrierea standardului</p>	<p>Standardul acoperă cerințele minime care trebuie îndeplinite pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva situațiilor de exploatare, violență și abuz, cum ar fi existența unei proceduri specifice cunoscute și aplicate de personalul serviciului, sesiuni anuale de formare pe această temă, obligația personalului de a încuraja și ajuta beneficiarii să identifice și să raporteze astfel de situații, precum și obligația FSS de a identifica, înregistra și de a acționa prompt în astfel de situații.</p>
<p>Autoevaluare</p>	<p>Mai puțin de jumătate dintre CZ și două treimi dintre CSRN se conformează integral cu standardul. Circa 63% dintre beneficiarii CZ și doar 48% dintre beneficiarii CSRN au acces la centre integrale conforme cu standardul. Doar puține centre au raportat neconformarea cu unele dintre cerințele minime (de exemplu, existența unei proceduri specifice sau consemnarea cazurilor într-un registru special), dar circa jumătate dintre centre nu aveau o procedură specifică care să trateze toate aspectele prevăzute de standard (11 CZ și 5 CSRN). Concret, aspectele cel mai des omise în proceduri erau cele legate de administrarea medicației și de gestionarea bunurilor și banilor beneficiarilor. În plus, în timp ce doar patru centre (trei CZ și un CSRN) nu au organizat sesiunea anuală obligatorie de formare a personalului, au fost și centre care au organizat în 2020 mai mult de o astfel de sesiune (cinci CZ și trei CSRN).</p>
<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Analiza documentelor a evidențiat faptul că procedurile specifice prevăd responsabilități clare care revin personalului și FSS privind identificarea și raportarea cazurilor de violență, exploatare și abuz, precum și privind stabilirea măsurilor concrete în astfel de cazuri. Există totuși diferențe semnificative între</p>

	<p>procedurile specifice folosite de servicii pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva exploatării, violenței și abuzurilor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beneficiarii pot reclama ei înșiși situații de violență și abuz, verbal sau în scris, prin intermediul chestionarelor administrate de personalul serviciului sau depunând reclamații într-o cutie cu această destinație. Totuși, o singură procedură prevede că beneficiarii pot sesiza FSS direct sau pot apela poliția ori alte organizații independente.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri prevăd un calendar clar de acțiune în cazuri de violență și abuz.</li> <li>➤ Nu toate procedurile prevăd obligativitatea informării beneficiarilor cu privire la protecția lor împotriva neglijării, violenței și abuzurilor. În cazurile în care există astfel de prevederi, nu se specifică întotdeauna când și cum trebuie să fie informați beneficiarii. Unele centre nu menționează organizarea sesiunilor de formare trimestriale sau anuale, iar altele oferă beneficiarilor informații la cerere sau prin intermediul materialelor informative disponibile în centru.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri menționează posibilitatea ca personalul serviciului sau alte organizații să ofere consiliere după situația de abuz și, în general, procedurile nu conțin instrucțiuni privind modul în care personalul serviciului trebuie să interacționeze cu victimele și cu făptuitorii pentru a evita traumatizarea secundară.</li> <li>➤ Foarte puține proceduri fac referire la administrarea medicației, astfel cum impune standardul, și la gestionarea banilor beneficiarilor. În același timp, unele proceduri exclud de pe lista situațiilor de violență și abuz administrarea medicației la indicațiile medicului, în lipsa consimțământului beneficiarilor. Aceleași proceduri exclud și contenționarea fizică a beneficiarilor din lista de practici violente și abuzive.</li> </ul> <p>Cu toate că serviciile supuse evaluării externe au raportat că sprijină și încurajează beneficiarii să identifice și să raporteze cazurile de violență, exploatare și abuz, majoritatea centrelor fac acest lucru oferind beneficiarilor (formal sau informal) informații privind procedura, drepturile acestora sau alte teme relevante. Doar puține oferă consiliere psihologică (ca formă de sprijin sau de încurajare) în astfel de situații sau sprijină beneficiarii să reclame abuzul către instituțiile competente.</p>
Observații	<p>Pentru a asigura protecția adecvată împotriva violenței și abuzurilor, standardele trebuie să cuprindă prevederi clare cu privire la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modul în care serviciile trebuie să încurajeze și să sprijine beneficiarii să identifice și să sesizeze situațiile de violență, exploatare și abuz;</li> <li>➤ Informarea beneficiarilor privind modalitățile de identificare și raportare a situațiilor de abuz, precum și protecția acestora împotriva posibilelor represalii ale făptuitorilor, în cazul în care aceștia fac parte din personalul sau beneficiarii serviciului;</li> <li>➤ Tratatamentul beneficiarilor doar cu consimțământul lor deplin și informat și la evitarea practicilor neconsensuale (cum ar fi administrarea nevoluntară a medicației sau aplicarea contenționării fizice);</li> <li>➤ Asigurarea accesului beneficiarilor la servicii adecvate în astfel de situații (de exemplu, consiliere psihologică, adăposturi etc.);</li> <li>➤ Asigurarea accesului beneficiarilor la un mecanism extern independent pentru sesizarea și analizarea acestor cazuri, precum și la servicii de consiliere și reprezentare juridică.</li> </ul>

<b>STANDARDUL 5. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE</b>	
Descrierea standardului	Standardul acoperă cerințele minime care trebuie îndeplinite pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva situațiilor de tortură și tratamente crude, inumane sau degradante, cum ar fi existența unei proceduri specifice cunoscute și aplicate de personalul serviciului, sesiuni anuale de formare pe această temă, obligația personalului de a încuraja și ajuta beneficiarii să identifice și să raporteze astfel de situații, precum și obligația FSS de a identifica, înregistra și de a acționa prompt în astfel de situații.
Autoevaluare	Circa 82% dintre CZ și 92% dintre CSRN au raportat conformarea deplină cu toate cerințele minime cuprinse în standard. Circa 80% dintre beneficiarii CZ și 78% dintre cei ai CSRN au acces la centre integral conforme cu standardul. Puține centre nu se conformează unora dintre cerințele speciale, printre care: (i) procedură specifică privind protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante (un CZ), (ii) sesiuni anuale de formare a personalului pe tema standardului (trei CZ și un CSRN) și (iii) registru pentru consemnarea unor astfel de situații (două CZ). Un CZ a raportat și faptul că nu încurajează și nu sprijină beneficiarii să identifice și să sesizeze astfel de cazuri. În plus, în timp ce doar patru centre (trei CZ și un CSRN) nu au organizat sesiunea anuală obligatorie de formare a personalului, au fost și centre care au organizat în 2020 mai mult de o astfel de sesiune (patru CZ și trei CSRN).
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	În general, centrele folosesc un format și o structură similare pentru procedurile specifice impuse de standardele 4 și 5. Se aplică rezultate similare celor din evaluarea complexă privind standardul 4.
Observații	A se vedea Standardul 4
<b>STANDARDUL 6. SESIZĂRI ȘI RECLAMAȚII</b>	
Descrierea standardului	Standardul prevede existența unei proceduri pentru înregistrarea și soluționarea reclamațiilor din partea beneficiarilor, conținutul minim al procedurii, alte cerințe privind documentația și arhivarea, precum și posibilitatea medierii externe la cererea serviciului (nu a beneficiarului). Procedura vizează și aspecte legate de informarea beneficiarilor cu privire la modalitățile de transmitere a sesizărilor și reclamațiilor.
Autoevaluare	Circa 80% dintre CZ și CSRN au raportat conformarea cu standardul. Circa 91% dintre beneficiarii CZ și doar 67% dintre beneficiarii CSRN au acces la centre integral conforme cu standardele. Cerința minimă cu care ambele tipuri de servicii au raportat conformare minimă (puține peste 80%) este posibilitatea de a apela la mediatorii externi pentru a găsi soluții adecvate la reclamații. Nu s-au înregistrat reclamații în 2020.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Analiza documentelor a arătat că serviciile de zi evaluate au diverse proceduri pentru înregistrarea și soluționarea reclamațiilor beneficiarilor. Beneficiarii pot formula reclamații: în scris, direct la coordonatorul serviciului sau la directorii DGASPC/DAS, menționându-și numele și prezentând motivele reclamației; într-un registru public disponibil tuturor beneficiarilor la sediul centrului; în cutia destinată acestui scop la sediul centrului; prin intermediul chestionarelor administrate de personalul serviciului. În unele centre, dacă personalul sau coordonatorul serviciului nu găsește o soluție satisfăcătoare sau dacă este vorba de cazuri mai grave,

	<p>reclamația este transmisă directorilor DGASPC. În cazul unor abateri grave raportate de beneficiari se poate apela la poliție sau la parchete. Unele proceduri oferă beneficiarilor posibilitatea de a comunica reclamațiile direct personalului serviciului, caz în care petentul poate primi soluția tot verbal.</p> <p>Deși majoritatea procedurilor oferă indicații clare privind modul în care beneficiarii pot depune reclamații, nu toate menționează termenele pentru soluționarea acestora și doar puține detaliază aspecte privind serviciile cu privire la care beneficiarii pot formula reclamații.</p> <p>Practica informării beneficiarilor diferă de la procedură la procedură. Beneficiarii sunt informați cu privire la posibilitatea de a formula reclamații fie la admiterea în centru, fie la diferite momente ale perioadei în care au calitatea de beneficiari. Unele centre țin un registru cu toate sesiunile de informare (cinci, conform evaluării externe). În plus, trei servicii oferă beneficiarilor materiale informative și aproape o treime dintre centre au raportat că informează informal beneficiarii cu privire la aceste aspecte, la intervale de timp nespecificate. Doar opt CZ și patru CSRN au raportat că pun procedura de formulare a reclamațiilor la dispoziția beneficiarilor în locuri accesibile din clădirea centrului.</p> <p>În unele cazuri, procedurile prevăd că se garantează protecția beneficiarilor împotriva potențialelor represalii, dar nu oferă detalii privind modul practic în care se asigură această protecție.</p>
Observații	<p>Standardele trebuie să conțină prevederi clare privind informarea beneficiarilor despre procedurile de formulare a reclamațiilor, persoanele responsabile pentru analiza și soluționarea reclamațiilor și termenele aferente. Beneficiarilor trebuie să li se pună la dispoziție, în formate accesibile, procedura specifică de transmitere a reclamațiilor. În plus, procedura privind sesizările și reclamațiile trebuie să cuprindă mai multe prevederi privind modalitățile de evitare a oricăror consecințe în cazul reclamațiilor formulate verbal sau în scris de către beneficiari.</p>
<b>STANDARDUL 7. SATISFAȚIA BENEFICIARILOR</b>	
Descrierea standardului	<p>Acest standard își propune să asigure un mecanism pentru evaluarea nivelului de satisfacție al beneficiarilor în raport cu serviciul oferit. Centrele au obligația de a aplica chestionarele și de a include analiza răspunsurilor la acestea în rapoartele lor anuale. Pentru a completa chestionarele, beneficiarii pot solicita ajutorul personalului, familiei sau reprezentantului lor legal.</p>
Autoevaluare	<p>Doar 73% dintre CZ și 58% dintre CSRN se conformează integral cerințelor minime cuprinse în standarde, aceste centre deservind circa 88% și, respectiv, 44% din totalul beneficiarilor. Unele dintre cerințele standardului sunt îndeplinite în măsură mai mică. De exemplu, unele servicii nu au administrat deloc chestionare beneficiarilor (trei CZ și un CSRN), iar altele le-au administrat doar parțial. Alte cerințe s-au dovedit a pune probleme unor centre, astfel: (i) cinci CZ și două CSRN nu aveau o cutie pentru depunerea chestionarelor completate, (ii) în șapte centre chestionarele nu au fost analizate în raportul de activitate anual; (iii) beneficiarilor nu li se oferă sprijin la completarea chestionarelor. Circa 38% dintre beneficiarii din CZ au primit ajutor pentru a completa chestionarele, față de 38% dintre beneficiarii CSRN, situație care poate fi explicată prin ponderea mai mare a beneficiarilor cu dizabilități intelectuale din CZ.</p>

<p>Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor</p>	<p>Practica evaluării calității serviciilor oferite de CZ și CSRN a fost confirmată de majoritatea beneficiarilor intervievați care au completat chestionare privind satisfacția. Unii beneficiari ai CZ au completat chestionarele cu ajutorul personalului serviciului, în timp ce toți beneficiarii intervievați ai CSRN le-au completat autonom. Și datele din evaluările externe au confirmat faptul că numărul beneficiarilor CZ care au primit ajutor este mai mare decât al celor din CSRN. În timp ce majoritatea CSRN au oferit sprijin doar pentru 20% dintre beneficiarii lor, 5 din 11 CZ și-au sprijinit peste 60% dintre beneficiari.</p> <p>Nu este clar cum au fost prelucrate și utilizate rezultatele pentru îmbunătățirea calității serviciilor, dat fiind faptul că analiza documentelor a arătat că mai puțin de 20% din centre au inclus în rapoartele anuale de activitate informații din chestionarele privind satisfacția beneficiarilor. Doar două centre au prezentat analize detaliate privind modul de culegere și analizare a datelor, precum și privind satisfacția beneficiarilor față de anumite aspecte ale serviciilor primite. Aceasta este în contrast cu informațiile raportate de centre, conform cărora 27 din 33 de servicii au inclus această analiză în rapoartele anuale de activitate.</p> <p>Beneficiarii au formulat sugestii și reclamații legate de îmbunătățirea calității serviciilor în aproape două treimi din centre (13 CZ și 7 CSRN). Cele mai des întâlnite reclamații s-au referit la insuficiența spațiului alocat activităților, lipsa materialelor sau echipamentelor (pentru kinetoterapie sau electroterapie, aer condiționat etc.) și doar foarte puține s-au referit la insuficiența posibilităților de a participa la activități sociale, culturale sau sportive, cum ar fi excursii, concursuri, vizite la muzee, concerte, întreținerea centrului, lipsa locurilor de parcare dedicate sau dimensiunea mare a grupurilor pentru diferite activități. Serviciile au raportat că unele dintre aceste deficiențe sesizate de beneficiari au fost soluționate.</p> <p>Chestionarele nu sunt singurul mijloc pe care beneficiarii îl folosesc pentru a își exprima opiniile despre servicii - unii beneficiari oferă feedback verbal personalului serviciului. În general, beneficiarii au raportat că se simt în siguranță și ascultați de angajați, aceștia tratându-i mai mult ca membri ai familiei sau colegi decât ca beneficiari. În timp se poate induce beneficiarilor sentimentul de siguranță și încredere, construirea unui mediu informal poate și să periclitzeze posibilitățile de a adresa reclamații, în special cele legate de atitudinea sau comportamentul personalului serviciului.</p>
<p>Observații</p>	<p>Feedback-ul este esențial pentru a asigura controlul beneficiarilor asupra serviciilor pe care le primesc, dar eficacitatea acestui proces depinde de îndeplinirea condițiilor de anonimitate, siguranță și încredere. Standardele trebuie îmbunătățite în continuare, pentru a asigura aceste condiții, fie prin introducerea unor cerințe suplimentare, fie prin detalierea modalităților de implementare a cerințelor existente.</p> <p>Deși standardul prevede că beneficiarii sunt ajutați să completeze chestionarele (de personal, reprezentanți legali sau membri ai familiei), nu specifică în continuare motivele pentru care beneficiarii ar putea avea nevoie de un astfel de sprijin. Această lacună este în mod special problematică, întrucât sprijinul oferit de personalul serviciului poate conduce la încălcarea confidențialității, la conflicte de interese și la influență nejustificată, în condițiile în care beneficiarii sunt chemați să evalueze tocmai performanța și comportamentul acestuia. Analiza chestionarelor folosite de centre a indicat că mai mult de două treimi dintre centrele de zi din eșantion folosesc chestionare care conțin întrebări care evaluează modul în care</p>



personalul serviciului interacționează cu beneficiarii, inclusiv despre posibile situații în care personalul abuzează beneficiarii sau le aplică pedepse. Tot circa două treimi dintre servicii folosesc chestionare care nu asigură anonimitatea beneficiarilor, aceștia trebuind să își scrie numele. Este posibil ca sprijinul să fi fost oferit deoarece chestionarele nu sunt în formate accesibile: Doar puțin peste jumătate dintre centre (13 CZ și 4 CSRN) au raportat că au chestionare în formate ușor de citit, în Braille sau audio-video cu subtitluri.

De fapt, evaluarea serviciilor de către beneficiari trebuie să se facă în condiții de anonimitate, chestionarele trebuind să fie în formate accesibile, cum ar fi ușor de citit, în Braille sau audio-video cu subtitluri. În plus, la evaluare trebuie să participe evaluatori independenți, care pot asista beneficiarii la completarea chestionarelor și se pot asigura că întregul proces de culegere și analizare a datelor are loc astfel încât să nu se compromită exactitatea, integritatea și autenticitatea informațiilor oferite de beneficiari și astfel încât să protejeze beneficiarii împotriva răzbunării ori oricăror alte consecințe negative.

## 2.5.4. Concluzii și recomandări

### Conformarea cu standardele și aplicarea acestora

În ansamblu, astfel cum arată evaluarea complexă de mai sus, există probleme de conformare în majoritatea domeniilor, atât în cazul modulelor, cât și al standardelor. Puține dintre aceste probleme sunt legate de documentațiile inadecvate și de aspecte mai formale ale prestațiilor, dar altele sunt mai profunde, cum ar fi selecția și formarea personalului, serviciile și activitățile, condițiile materiale, implicarea beneficiarilor în planificarea, prestarea și în evaluarea calității serviciilor.

Având în vedere aceste probleme, sunt oportune unele comentarii și recomandări, astfel:

- **Trebuie să se asigure în continuare posibilitatea beneficiarilor actuali și viitori de a alege și controla oferta de servicii.** Trebuie depuse mai multe eforturi pentru a informa potențialii beneficiari cu privire la servicii. Majoritatea beneficiarilor au aflat de existența centrelor pe căi informale (prieteni, familie sau alte persoanelor cu dizabilități) și foarte puțini prin canale oficiale sau instituționale. Deși capacitatea serviciilor este scăzută și asigurarea accesului tuturor persoanelor care au nevoie de servicii de zi poate să nu pară importantă în acest moment, este crucial ca, pe măsură ce centrele se dezvoltă, informațiile să ajungă la *toți* potențialii beneficiari. Mai mult, informațiile privind toate aspectele legate de oferta de servicii trebuie puse la dispoziția tuturor beneficiarilor înainte de admitere și pe întreaga perioadă în care au calitatea de beneficiari ai serviciului, fie în cadrul unor sesiuni de informare, fie prin intermediul unor materiale informative în formate accesibile. În plus, procedurile de feedback cu privire la serviciile prestate trebuie anonimizate prin utilizarea unor instrumente de comunicare în formate accesibile și, posibil, prin implicarea unor evaluatori independenți, astfel încât să se evite conflictele de interese și influența nejustificată a personalului serviciului.
- **Trebuie să se acorde o deosebită atenție măsurilor prin care să se garanteze că nu se aplică practici discriminatorii sau neconsensuale în admiterea beneficiarilor la un serviciu.** Deși nu există date care să indice cu claritate prezența acestor practici, suficiente indicii care arată că sunt create condițiile pentru aplicarea lor. Pe scurt, anumite CZ aplică sisteme de cote pentru admiterea beneficiarilor din

comunitate (păstrând locuri pentru cei din centre rezidențiale și locuințe protejate). În cel puțin un centru, beneficiarilor li se cere să facă un test HIV, chiar dacă infecția nu este un criteriu de admitere; aceasta este o practică discriminatorie care ar putea limita accesul în centre al persoanelor purtătoare de HIV. Mai mult, coordonatorii de servicii par a împărți potențialii beneficiari în „buni”/„dezirabili” și „răi”/„indezirabili”, pe baza potențialului de recuperare, a capacității de integrare pe piața forței de muncă sau a docilității acestora, după caz. În unele dintre aceste cazuri, anumite forme psihosociale ale unor dizabilități constituie motive pentru refuzul admiterii, invocându-se necesitatea de a proteja ceilalți beneficiari împotriva unor comportamente pretins agresive. Furnizorii de servicii privați sunt învinovați că ar căuta cei mai buni beneficiari. În plus, unii beneficiari au acces la servicii ca urmare a deciziilor luate de reprezentanții lor legali, de familii sau de autorități. Trebuie acordată asistență pentru luarea deciziilor, astfel încât pretinsa lipsă a capacității mintale sau a capacității de exercițiu a beneficiarilor să nu poată fi invocată pentru a le limita posibilitatea de a alege liber un anumit serviciu.

- **Abordarea centrată pe persoană în oferta de servicii trebuie reglementată mai detaliat.** Planurile personalizate trebuie să fie mai sensibile și să reflecte mai îndeaproape și mai dinamic nevoile și opțiunile beneficiarilor. Prestatorii de servicii trebuie să își intensifice eforturile de a include beneficiarii în procesul de planificare și prestare a serviciilor. Evaluarea subsumată prezentului raport a evidențiat faptul că beneficiarii nu sunt întotdeauna implicați în aceste procese. Unii coordonatori de servicii au reclamat că beneficiarii „nu sunt cooperanți” și refuză sau nu reușesc să desfășoare activitățile recomandate. În același timp, beneficiarii au relatat că se plictisesc și că își doresc mai multă diversitate. Toate cele de mai sus relevă lipsa unei corespondențe reale între interesele și dorințele beneficiarilor și planurile personalizate.
- **Centrele trebuie să ofere o gamă mai largă de servicii, pentru a asigura dezvoltarea potențialului beneficiarilor și includerea lor deplină în societate.**
  - **Trebuie să se ofere beneficiarilor activități mai diverse și mai mult control asupra acestora.** Mulți beneficiari au menționat că ar dori să desfășoare alte activități decât cele pe care le desfășoară repetitiv, în unele cazuri, de ani. Unii au dat exemple din alte centre despre care au auzit, iar alții au recunoscut că nu au capacitatea de a veni cu idei, dar ar dori să li se ofere o listă din care să aleagă. Este posibil ca, după o vreme, activitățile să înceteze să fie stimulante și antrenante, iar participanții se plictisesc și nu mai sunt interesați de activitățile prevăzute în planul personalizat.
  - **Serviciile de consiliere psihologică trebuie extinse.** Toți cei care au beneficiat de serviciile centrelor de zi au evidențiat valoarea imensă pe care acestea au adăugat-o stării lor de bine, iar cei care nu au avut posibilitatea să acceseze astfel de servicii au arătat că s-ar bucura dacă ar putea beneficia de ele.
  - **Ar putea fi formalizată funcția de socializare și divertisment a centrelor.** Standardele nu prevăd explicit acest tip de activități, deși unele activități de abilitare sau reabilitare pot fi considerate ca având aceste caracter. Reconceptualizarea spațiilor și activităților astfel încât să fie mai favorabile socializării și distracției ar putea îmbunătăți semnificativ experiența majorității beneficiarilor.
  - **Centrele trebuie să încurajeze și să faciliteze accesul la alte servicii în comunitate.** În prezent, acest lucru nu se întâmplă sau se întâmplă sporadic. Mai mult, unii coordonatori de servicii

descurajează beneficiarii să acceseze alte servicii, pe care le consideră de calitate inferioară, infantilizând beneficiarii sau chiar tratându-i rău. În plus, furnizorii de servicii trebuie să ia măsuri pentru ca toți beneficiarii să aibă șanse la educație și ocupare în muncă, promovând parteneriatele cu autoritățile locale, agențiile locale de ocupare a forței de muncă, angajatori și alte organizații.

- **Trebuie investite mai multe resurse în dezvoltarea capacității personalului centrelor.** Este evident că un personal bine instruit, puternic motivat și bine plătit are un impact direct asupra calității serviciilor prestate și experienței beneficiarilor. Prezenta evaluare a evidențiat probleme legate de formarea specifică asigurată personalului (impusă de standarde), întrucât unii angajați nu dețin **calificările** necesare. Un coordonator de serviciu a arătat că educația formală nu este atât de importantă și că experiența practică poate compensa lipsa acesteia. De asemenea, există un număr semnificativ de posturi vacante, mai ales în CZ.

## Valoarea și succesul serviciului

**Nivelul de satisfacție a beneficiarilor față de servicii este mare, atât conform raportărilor centrelor, cât și conform celor declarate de beneficiari în timpul interviurilor.** Beneficiarii apreciază serviciile pe care le primesc, în special cele de abilitare/ reabilitare, recuperare și consiliere psihologică. Beneficiarii simt că aceste servicii au avut o mare contribuție pozitivă în viețile lor, la nivel fizic, emoțional și social. Unii au fost capabili să ocupe un loc de muncă și au dobândit suficientă încredere în sine pentru a ieși în comunitate și a avea relații sociale. În același timp, au avut așteptări relativ scăzute din partea celorlalte servicii oferite de centre.

**O parte din nivelul ridicat de satisfacție față de servicii provine din faptul că centrele cu experiență joacă rolul de locuri sigure, unde beneficiarii pot să socializeze și să se simtă acceptați și apreciați.** Pentru mulți beneficiari, centrele sunt singurul loc în care pot merge când pleacă de acasă. Centrele sunt locuri în care beneficiarii pot lega prietenii și își pot petrece timpul. Mai mult, beneficiarii nu percep în mod necesar centrele ca locuri unde primesc servicii specializate, ci mai degrabă ca locuri de divertisment/ petrecere a timpului liber/ desfășurare a activităților generale. Beneficiarii vorbesc cu drag despre timpul petrecut acolo discutând, participând la activități și bând ceai sau cafea.

**În același timp, nivelul înalt al satisfacției față de centre poate reflecta lipsa alternativelor în comunitate, atât în ceea ce privește serviciile specializate, cât și serviciile de mase și spațiile la care au acces persoanele cu dizabilități.** O analiză a documentației referitoare la satisfacția utilizatorilor față de centre de zi (în special cele destinate persoanelor cu dizabilități intelectuale) a arătat că beneficiarii serviciilor oferite de centre prezentau o probabilitate mai mare să le evalueze pozitiv și să nu spună că ar dori să facă altceva în timpul zilei. Cei care trecuseră la servicii comunitare tindeau să aibă o percepție mai negativă asupra centrelor de zi și să le considere stigmatizante.<sup>155</sup> Beneficiarii intervievați pentru acest raport sunt conștienți de faptul că, oricât de valoroase, aceste centre reprezintă, în ultimă instanță, o formă de segregare, dorința lor supremă fiind să aibă acces deplin la lumea „exterioară” și să fie tratați demn și respectuos.

---

<sup>155</sup> Cole et al. (2007)

**Actualul deficit de servicii poate fi transformat într-o oportunitate.** Centrele de zi în special, dar și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, trebuie extinse și deschise unui număr mult mai mare de beneficiari. În același timp, centrele trebuie re proiectate nu ca spații de segregare și separare (cum sunt în prezent), ci ca spații ale integrării, în care oamenii cu și fără dizabilități pot socializa, pot participa în diverse activități și își pot îmbunătăți viața. În acest scop, este posibil să fie necesară reconceperea centrelor ca locuri de pregătire pentru viața de adult sau ca spații pentru divertisment și arte, pentru îngrijiri personale etc. O soluție este să fie proiectate ca centre comunitare. De exemplu, în Suedia există două tipuri de centre: unul care are mai mult de-a face cu ocuparea în muncă și altul care funcționează mai mult ca spațiu de întâlnire și socializare.<sup>156</sup> Ce nu trebuie să se întâmple în dezvoltarea sistemului este să se consolideze prin investiții un sistem care continuă să segreghe persoanele cu dizabilități, să li se adreseze doar în această calitate și să le limiteze posibilitățile de a trăi în comunitate.

---

<sup>156</sup> Lundqvist et. al (2018).

2.6.

ASISTENȚĂ PERSONALĂ  
PROFESIONISTĂ

## 2.6. Asistență personală profesionistă

Acest capitol prezintă o evaluare completă a serviciului de asistență personală profesionistă (APP) din perspectiva conformării cu standardele minime de calitate prevăzute de legislația românească. Mai întâi, prezintă cadrul legislativ și strategic care reglementează prestarea acestui serviciu. În continuare, prezintă evaluarea completă a serviciului din perspectiva conformării cu standardele minime de calitate și propune recomandări privind îmbunătățirea standardelor și asigurarea unei calități superioare în prestarea serviciilor, în conformitate cu principiile vieții independente.

### 2.6.1. Cadrul legislativ și strategic

**Conform Legii nr. 448/2006, asistența personală profesionistă este una dintre măsurile de protecție de care pot beneficia persoanele adulte cu dizabilități.**<sup>157</sup> Această măsură este instituită de comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu dizabilități de la nivelul județelor sau al sectoarelor municipiului București și se adresează persoanelor adulte cu dizabilități care nu dispun de spațiu de locuit sau nu realizează venituri ori realizează venituri de până la nivelul salariului mediu pe economie.<sup>158</sup> APP este angajat al furnizorului de servicii sociale - Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) sau furnizorii privați de servicii sociale, acreditați în condițiile legii (FSS) - în timp ce DGASPC răspunde de monitorizarea și controlul activității FSS.<sup>159</sup> Specialiștii din cadrul DGASPC au obligația de a acorda consiliere și asistență FSS, astfel încât aceștia să ofere protecție și cele mai bune îngrijiri persoanelor adulte cu dizabilități.<sup>160</sup>

**Serviciul este prestat de FSS publici sau privați, fie la cererea beneficiarului, fie prin desemnarea unui APP compatibil cu acesta.** APP sunt atestați de serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap din cadrul DGASPC, pe baza unei evaluări temeinice a condițiilor pe care APP trebuie să le îndeplinească.<sup>161</sup> Ulterior, în scurt timp, serviciul de evaluare complexă inițiază procesul de potrivire a APP cu un beneficiar. Pe parcursul acestui proces, beneficiarii sunt consultați permanent și beneficiază de sprijin pentru a participa activ la punerea în aplicare a măsurii.<sup>162</sup> APP sunt angajați ai FSS (publici sau privați) și trebuie să semneze un angajament, ca act adițional la contractul individual de muncă, prin care

<sup>157</sup> Pe lângă asistența personală, servicii de îngrijire la domiciliu și cele prestate în centre de zi sau rezidențiale. Legea nr. 448/2006. Art. 5. 23^1.

<sup>158</sup> Legea nr. 448/ 2006, secțiunea 3. Asistent personal profesionist. Art. 45 alin. (1) Spre deosebire de serviciul de asistență personală, rudele apropiate (soție, soț, copii, bunici) nu pot solicita să ocupe funcția de asistent personal profesionist. Art. 45 (1^1).

<sup>159</sup> Ordinul ministrului muncii și justiției sociale nr. 1.069/2018 pentru aprobarea Procedurii de monitorizare și control al activității asistentului personal profesionist.

<sup>160</sup> Legea nr. 448/2006. Art. 47 alin. (a).

<sup>161</sup> Hotărârea Guvernului nr. 548/2017 din 27 iulie 2017 privind aprobarea condițiilor de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului personal profesionist.

<sup>162</sup> Hotărârea Guvernului nr. 548/2017 din 27 iulie 2017, art. 10 alin. (1) și (2).

își asumă răspunderea de a realiza integral activitățile prevăzute de programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și de planul individual de servicii (PIS).<sup>163</sup>

**Asistența personală profesionistă este considerată un tip de serviciu comunitar care facilitează viața independentă și previne reinstituționalizarea.**<sup>164</sup> Nomenclatorul serviciilor sociale din România prevede că asistența personală profesionistă este unul din două servicii comunitare pentru persoanele adulte cu dizabilități,<sup>165</sup> alături de serviciul de asistență și suport.<sup>166</sup> Asistența personală este un serviciu comunitar crucial, care poate asigura viața independentă, astfel cum prevede art. 19, *Viață independentă și integrare în comunitate*, din CDPD. Strategia europeană privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2030 se referă la asistența personală ca făcând parte din peisajul divers al serviciilor comunitare necesare pentru a asigura viețuirea independentă.<sup>167</sup> În plus, strategia României în domeniul dizabilităților urmărește creșterea numărului de APP, precum și revizuirea și completarea cadrului de reglementare a acestui serviciu, ca măsuri menite să îmbunătățească accesul beneficiarilor la servicii comunitare și să le asigure viețuirea independentă.<sup>168</sup>

**Oferirea serviciilor de asistență pentru persoanele cu dizabilități la domiciliul APP poate ridica probleme legate de posibilitatea beneficiarilor de a alege și controla serviciul, precum și de autonomia de care aceștia au nevoie pentru viața independentă.** Asistența personală profesionistă este concepută pentru a asigura locuirea persoanelor cu dizabilități, pe lângă alte activități și servicii menite să sprijine viețuirea independentă. Comitetul CDPD evidențiază faptul că serviciile pentru persoanele cu dizabilități nu trebuie să fie „soluții pachet” care leagă disponibilitatea unui serviciu de un altul<sup>169</sup> (în cazul APP, legând găzduirea de prestarea serviciului de asistență personală) și că astfel de practici contravin art. 19. Acest principiu a fost subliniat în primele modele de asistență personală, care aveau în vedere un serviciu care poate facilita

<sup>163</sup> În conformitate cu Legea nr. 448/2006. Art. 5 alin. (24) și (25). PIRIS este elaborat de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap și cuprinde activitățile și serviciile de care adultul cu handicap are nevoie în procesul de integrare socială; planul individual de servicii stabilește obiective pe termen scurt, mediu și lung, precizând modalitățile de intervenție și sprijin prin care se realizează activitățile și serviciile cuprinse în PIRIS. Deși Legea nr. 448/2006 nu specifică instituția/ persoana responsabilă pentru elaborarea PIS, Ordinul nr. 1218/2019 pentru aprobarea Standardelor specifice minime obligatorii de calitate privind aplicarea metodei managementului de caz în protecția persoanelor adulte cu dizabilități stabilește, în cadrul standardului 3, că PIS este principalul instrument al managerului de caz și că poate fi realizat fie de comisia de evaluare, fie de echipa multidisciplinară din cadrul sistemului rezidențial.

<sup>164</sup> Hotărârea Guvernului nr. 548/2017, art. 2.

<sup>165</sup> Hotărârea Guvernului nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale. Cod serviciu 8899 SC-D-I.

<sup>166</sup> Reglementat prin Ordinul nr. 82/ 2019, anexa 7. Legea prevede că serviciile de asistență și suport pentru persoanele adulte cu dizabilități cuprind un set de activități oferite astfel încât să răspundă necesităților specifice individuale ale persoanelor adulte cu dizabilități și ale membrilor familiilor sau reprezentanților legali ai acestora, cu scopul de a depăși situații dificile și a preveni instituționalizarea.

<sup>167</sup> Comisia Europeană (2021). Comunicare a Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor 101 final. 7. Dezvoltarea serviciilor de formare a deprinderilor de viață independentă și consolidarea serviciilor comunitare.

<sup>168</sup> Planul operațional pentru implementarea Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități, 2021-2027. Obiectiv specific 5.3. Îmbunătățirea accesului la serviciile sociale comunitare necesare vieții independente. Măsurile 5.3.10 și 5.3.11. În proces de consultare.

<sup>169</sup> Comitetul CDPD (2017: alin. 17).

viața independentă, dar nu este oferit ca parte a unui pachet care include găzduirea.<sup>170</sup> Separarea locuirii de sprijin a fost reiterată și de Grupul de experți europeni pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară ca principiu de proiectare a serviciilor comunitare, pentru a se garanta că persoanele nu pierd accesul la asistență personală dacă decid să își modifice situația locuirii.<sup>171</sup>

**Asistența personală profesionistă a fost promovată ca serviciu care facilitează dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități.** În perioada de programare 2014-2020, guvernul României și-a asuma obligația de a asigura tranziția de la un sistem instituționalizat de îngrijire la unul care facilitează viața independentă prin asigurarea accesului la servicii comunitare. Ca indicator de rezultat, 1.300 de persoane cu dizabilități urmează a fi dezinstituționalizate în perioada 2015-2023, oferindu-li-se acces la servicii de APP.<sup>172</sup> Ca serviciu comunitar, se așteaptă ca APP să faciliteze accesul la resursele și dotările comunității, inclusiv la cele legate de sănătate, educație, ocupare, cultură, divertisment și relații sociale.<sup>173</sup>

**Serviciile de APP sunt dezvoltate inegal la nivel național.** În august 2020, erau 238 de posturi de APP în organigramele a 16 DGASPC, dar doar 3 județe angajau 21 de APP la acel moment.<sup>174</sup> Intervenițiile cu directori și reprezentanți ai DGASPC și DSA au evidențiat în principal lipsa bugetelor locale pentru posturile de APP și lipsa de persoane interesate de astfel de posturi în județele în care posturile sunt disponibile. În ciuda încercărilor autorităților de a lansa campanii de informare privind existența acestor servicii și posibilităților de ocupare asociate, inclusiv direcționate către personalul centrelor rezidențiale, interesul pentru astfel de locuri de muncă este încă foarte mic; majoritatea candidaților la posturi de APP sunt asistenți maternali profesioniști (AMP) (a se vedea Caseta 13).<sup>175</sup>

### Caseta 13: Provocări în dezvoltarea serviciului APP

„La înființare, instituția asistentului personal profesionist a fost o idee foarte bună și era concepută similar cu cea a asistentului maternal. Când a fost legiferată, era similară cu AMP în ceea ce privește drepturile salariale ale APP și găzduirea persoanelor cu dizabilități, care erau în sarcina statului, la fel ca în cazul AMP. Ehh... Dar în 2018 lucrurile s-au schimbat, iar aceste cheltuieli nu mai sunt responsabilitatea statului, ci a județului. Iar județele nu au bani. Dacă județul are sarcina de a constitui serviciul și, în plus, îl împovărezi și cu aceste cheltuieli, îi pui în sarcină angajați din structura DGASPC, cum am putea să angajăm alte persoane? Nu am putut să angajăm pe nimeni anul trecut și nu vom angaja pe nimeni anul acesta, întrucât nu avem fonduri. De ce nu s-a păstrat același mod de finanțare de la bugetul de stat?” - *Director adjunct DGASPC*

„Am făcut un studiu privind APP, am avut o singură cerere, o intenție, de fapt.” - *Director DGASPC*

„Mă întorc aici și spun că, dacă vrei cu adevărat ca aceste persoane să existe, pe lângă aspectele legate de nevoi sau de disponibilitate și dorința de angajare, hai să încercăm printr-un standard de cost, așa cum se face în alte servicii, pentru a finanța APP. Poate că, în această situație, consiliile județene ar fi mai dispuse să deschidă mai

<sup>170</sup> Ratzka (ed.) (2004).

<sup>171</sup> Grupul de experți europeni pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2012: 84).

<sup>172</sup> Notă de fundamentare Hotărârea nr. 548/2017 din 27 iulie 2017 privind aprobarea condițiilor de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului personal profesionist.

<sup>173</sup> Notă de fundamentare Hotărârea nr. 548/2017 din 27 iulie 2017 privind aprobarea condițiilor de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului personal profesionist.

<sup>174</sup> Banca Mondială (2021: 189).

<sup>175</sup> AMP este persoana atestată în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 679/2003 pentru a asigura creșterea, îngrijirea și educarea copiilor pe care îi are în plasament sau încredințare. Art. 45 alin. (6) din legea nr. 448/2006 prevede că asistentul maternal care îngrijește copilul cu handicap grav sau accentuat până la vârsta majoratului poate opta să devină APP.



multe posturi și, în continuare, prin campanii, prin presă, am putea găsi personal pentru acest serviciu. Trebuie să se desfășoare o cercetare la nivel național: câte persoane doresc să lucreze la domiciliu cu persoane cu dizabilități, să aibă grijă de acestea - pentru asta ai nevoie de o locuință și de disponibilitate. Cu asistentul maternal este altă poveste, este vorba despre copil. Poți să ai grijă de o persoană cu dizabilități doar dacă ai o anumită disponibilitate, cum să spun, un fel de disponibilitate psihică, dacă nu, este extrem de greu.” - *Director DGASPC*

„Am avut postul mult timp în organigramă, dar serviciul nu s-a dezvoltat [...] suntem în etapa de stabilire a procedurilor și criteriilor de lucru. La vară vom începe să informăm comunitatea pentru selecție.” - *Șeful Serviciului Management de caz DGASPC*

*Sursa: Interviuri desfășurate de Banca Mondială cu directori ai DGASPC (martie - aprilie 2021)*

## 2.6.2. Evaluarea serviciului de asistență personală profesionistă

Această secțiune prezintă o evaluare detaliată a conformării cu cerințele minime ale standardelor, pornind de la autoevaluările serviciului, informații culese din evaluări externe, interviuri cu coordonatorii și beneficiarii serviciilor, precum și de la analiza documentelor prezentate de servicii.

**Analiza s-a concentrat asupra a două servicii de la nivelul a două DGASPC care coordonează activitatea APP la nivel județean.** Doar un serviciu a fost organizat, din 2019, ca serviciu distinct la nivelul DGASPC. Începând cu aprilie 2021, doar circa o treime din posturile vacante de APP au fost ocupate. În cazul serviciului organizat distinct, majoritatea beneficiarilor serviciului de APP au fost admiși în 2020 (8 din 9), în timp ce în cazul celui alt serviciu, majoritatea beneficiarilor actuali erau deja cuprinși la data de 1 ianuarie 2020; contractul unui beneficiar a fost suspendat în 2020.

**Tabelul 40: Posturi de APP (vacante și ocupate) la cele două DGASPC**

	Numărul posturilor de APP disponibile	Numărul posturilor ocupate
<b>Serviciul 1</b>	24	8
<b>Serviciul 2</b>	30	9

*Sursa: Studiu privind asistența personală profesionistă, Banca Mondială (2020)*

**Beneficiarii serviciilor de APP sunt, în același timp, persoane cu grad accentuat și grav de dizabilitate și în mare majoritate tineri din sistemul de protecție specială.** Toți beneficiarii serviciilor de APP sunt tineri între 18 și 29 de ani care au fost în trecut în plasament la AMP. Majoritatea au un grad de handicap și de dizabilitate mintală conform certificatului, în timp ce puțini au dizabilități psihiatrice și asociate. La data culegerii informațiilor, niciunul nu era lipsit de capacitate de exercițiu. Referitor la situația familială, există o diferență semnificativă între beneficiari la nivelul fiecărui DGASPC - într-unul dintre județe, niciunul dintre beneficiari nu are familie cunoscută, iar în celălalt, cei mai mulți au familie cunoscută. Similar, majoritatea beneficiarilor dintr-un județ locuiesc în mediul rural, în timp ce în celălalt județ situația este inversă. Majoritatea beneficiarilor sunt tineri bărbați (a se vedea Tabelul-Anexă 6).

## 2.6.3. Conformarea cu standardele

### Modulul 1. Serviciul care asigură îngrijirea și protecția de către asistentul personal profesionist.

Primul modul acoperă condițiile minime pe care FSS trebuie să le îndeplinească cu privire la organizarea serviciilor, inclusiv structura și calificarea personalului, și la procedurile și instrumentele relevante; recrutarea APP și promovarea serviciului în comunitate; formare profesională, monitorizare și evaluarea activității APP; parteneriate cu alte organizații; raportarea anuală a activității APP, inclusiv recomandări de îmbunătățire a calității serviciilor.

<b>STANDARDUL 1: SERVICIUL CARE ASIGURĂ ÎNGRIJIREA ȘI PROTECȚIA PERSOANELOR ADULTE CU DIZABILITĂȚI GRAVE SAU ACCENTUATE DE CĂTRE ASISTENTUL PERSONAL PROFESIONIST</b>	
Descriere	Acest standard acoperă aspecte legate de asigurarea îngrijirii și protecției persoanelor adulte cu dizabilități de către APP în ceea ce privește standardele, procedurile și instrumentele folosite în prestarea serviciilor, precum și recrutarea și formarea APP.
Autoevaluare	<p>Conform formularului de autoevaluare, există puține cerințe minime pe care serviciul nu le îndeplinește, în timp ce conformarea cu alte cerințe a fost atinsă în moduri diferite în fiecare caz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Una dintre cerințele minime este că FSS trebuie să aibă un plan anual prin care să se asigure că APP îngrijesc și protejează persoanele adulte cu dizabilități. Acest plan este corelat cu strategia județeană/ locală privind asistența socială. Cu toate acestea, doar un FSS avea un astfel de plan.</li> <li>➤ Doar un FSS a publicat raportul anual privind activitatea APP.</li> <li>➤ La unul dintre servicii, APP nu beneficiau de sesiuni anuale de formare privind modulele obligatorii, cum sunt egalitatea de șanse; prevenirea formelor de exploatare, violență, și abuz; respect pentru diversitate; respect și încurajare pentru autonomia individuală.</li> <li>➤ Un DGASPC identifică și recrutează APP publicând informații pe website-ul propriu, în timp ce celălalt nu recrutează APP prin inițiative, ci la nevoie și doar atunci când există o solicitare din partea unui potențial beneficiar, conform cu necesitățile acestuia. Această situație poate limita considerabil opțiunile beneficiarilor și măsura în care aceștia au control asupra serviciului, întrucât FSS selectează APP.</li> <li>➤ Un FSS a raportat că, în general, unele norme privind organizarea serviciului de APP nu sunt respectate.</li> <li>➤ Niciunul dintre FSS nu promovează parteneriate cu ONG-uri sau alți specialiști și nu a avut astfel de parteneriate în 2020.</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe au arătat că APP dintr-un județ nu beneficiau de sesiuni anuale de formare, astfel cum prevede standardul. În plus, toți APP sunt foști AMP care au solicitat, în condițiile legii, să devină APP, recrutarea lor fiind rezultatul propriei decizii de conversie profesională.
Observații	Standardul nu cuprinde prevederi privind persoana/persoanele responsabilă/responsabile pentru sesiunile anuale de formare și nici privind materialele folosite; practic, standardul nu poate fi folosit pentru a cuantifica calitatea formării oferite APP sau nivelul lor de cunoștințe.

## Modulul 2. Accesarea serviciului

Al doilea modul se referă la o serie de cerințe legate de informarea privind serviciul (admitere, activitatea APP, drepturi și obligații, monitorizare și control), inclusiv informații în formate accesibile pentru potențialii beneficiari, procedura de admitere, conținutul dosarelor personale ale beneficiarilor, confidențialitate și suspendarea/încetarea contractului de servicii.

### STANDARDUL 1: INFORMARE

Descriere	Scopul acestui standard este de a asigura, prin intermediul materialelor tipărite sau online, informarea persoanelor interesate cu privire la toate aspectele ofertei de servicii (condiții de admitere, activitatea APP, drepturi și obligații, relații interinstituționale, monitorizare și control). Materialele informative sunt actualizate în permanență.
Autoevaluare	Conform formularului de autoevaluare, unele cerințe nu au fost respectate: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Materialele informative trebuie oferite în formate adaptate (limbaj ușor de citit, prezentări audio-video, limbaj Braille, limbaj mimico-gestual). Cu toate acestea, doar un FSS oferă informații accesibile în limbaj ușor de citit.</li> <li>➤ Unul dintre FSS include în materialele informative despre servicii datele personale ale beneficiarilor fără acordul acestora.</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe ale serviciilor de APP și interviurile cu beneficiarii au arătat că doar un beneficiar a avut acces la informații privind serviciul de APP, dar nu într-un format accesibil. Toți APP evaluați erau foști AMP, iar unele FSS au informat beneficiarii doar verbal cu privire la transformarea serviciului de AMP în APP.
Observații	Beneficiarii serviciilor de AMP nu au fost informați la momentul admiterii cu privire la alte servicii comunitare disponibile, inclusiv alți APP, fapt care ridică semne de întrebare cu privire la măsura în care au optat informat pentru serviciul actual.

### STANDARDUL 2: ADMITEREA

Descriere	Acest standard acoperă aspecte obligatorii privind procedura de admitere elaborată de FSS, conținutul acesteia (eligibilitatea beneficiarilor, procesul de admitere și documente necesare, contractul de servicii, drepturile și obligațiile beneficiarilor) și prevederi privind contractul de servicii, inclusiv obligația FSS de a explica conținutul contractului în fața beneficiarilor sau reprezentanților legali ai acestora.
Autoevaluare	Ambele servicii sunt conforme cu standardul.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe și interviurile au arătat că beneficiarii erau doar marginal implicați în procesul de admitere, indiferent de nevoile de sprijin pe care le aveau pentru a înțelege și comunica. În fapt, APP erau cei care solicitau atestarea ca APP pentru beneficiari cărora le fuseseră AMP. În timp ce datele din instrumentele de autoevaluare arată că niciun beneficiar nu este sub tutelă, toate cele cinci APP au raportat în cadrul evaluărilor externe că beneficiarii lor aveau un tutore, și anume fie un reprezentant al autorităților locale (inclusiv al Autorității Tutelare), fie înșiși APP. Această situație ridică semne de întrebare cu privire la probleme de reprezentare legală care pot afecta implicarea și participarea activă a beneficiarilor în toate aspectele procesului de admitere.
Observații	Sunt necesare specificații mai clare pentru a se garanta că beneficiarii sunt întrutotul și activ implicați în procesul de admitere, oferindu-li-se după caz sprijin pentru luarea deciziilor, astfel încât serviciul să fie accesat pe baza consimțământului pe deplin informat.

**STANDARDUL 3. DOSARUL PERSONAL**

Descriere	Acest standard acoperă aspecte obligatorii privind dosarele personale ale beneficiarilor (dispoziția de admitere, copii ale actelor de identitate, contractul de servicii, PIRIS și PIS), precum și aspecte legate de confidențialitatea datelor și de posibilitatea beneficiarilor de a își consulta dosarul.
Autoevaluare	Toate cerințele sunt îndeplinite. Cu toate acestea, în 2020, niciun beneficiar nu a cerut să își consulte dosarul, deși au acest drept conform standardului.

**STANDARDUL 4. SUSPENDAREA/ÎNCETAREA SERVICIULUI**

Descriere	Acest standard se referă la aspecte legate de suspendarea/ încetarea contractului de servicii, procedurile și documentele aferente, precum și responsabilitățile FSS.
Autoevaluare	Ambele servicii sunt conforme cu standardul.

## Modulul 3. Îngrijirea și protecția persoanelor adulte cu dizabilități grave sau accentuate de către APP

Al treilea modul cuprinde opt standarde legate de monitorizarea activității APP prin prisma aplicării PIRIS și PIS, sprijinul pe care FSS trebuie să îl asigure pentru aplicarea acestora, precum și aspecte care trebuie incluse în evaluarea unui beneficiar ori de câte ori planurile sunt actualizate.

**STANDARDUL 1. PROGRAMUL INDIVIDUAL DE REABILITARE ȘI INTEGRARE SOCIALĂ (PIRIS) ȘI PLANUL INDIVIDUAL DE SERVICII (PIS)**

Descriere	Acest standard se referă la sprijinul pe care managerii de caz și FSS au obligația să îl ofere APP pentru a asigura aplicarea PIRIS și PIS, precum și la obligația FSS de a se asigura că evaluările beneficiarilor cuprind toate nevoile acestora și le garantează viața independentă în comunitate.
Autoevaluare	Conform autoevaluărilor, dosarele personale ale beneficiarilor cuprindeau atât PIRIS, cât și PIS, iar evaluarea versiunilor actualizate ale documentelor a acoperit toate aspectele impuse de standard (personal, situația familială și medicală, comportament și includere în familie și comunitate, deprinderi de viață independentă, nevoi specifice). În plus, DGASPC au raportat că au acordat sprijin APP în aplicarea planurilor.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Datele din evaluările externe asupra APP au arătat că patru din cinci, fie nu au auziseră de PIS sau PIRIS, fie au auzit, dar nu le cunoșteau conținutul. Singurul APP care avea cunoștință de aceste documente nu le considera relevante pentru beneficiarul pe care îl avea în îngrijire, și avea propriile opinii despre necesitățile acestuia. În plus, un FSS nu a putut prezenta o versiune anonimată/ standardizată a PIS inclus în dosarele personale ale beneficiarilor, deși a raportat că toți beneficiarii aveau astfel de planuri.
Observații	Nu este clar cum se asigură managerii de caz și FSS că APP aplică PIS și PIRIS, în condițiile în care majoritatea APP evaluați nu cunosc aceste documente. Standardul ar trebui să cuprindă prevederi speciale privind îndatoririle de monitorizare ale managerului de caz, cu instrumente și indicatori de evaluare măsurabili.

**STANDARDUL 2. LOCUIRE, ACCESIBILITATE ȘI IGIENĂ**

Descriere	Acest standard impune FSS să asigure beneficiarilor condiții de locuire în condiții de confort, siguranță și igienă.
Autoevaluare	Conform autoevaluărilor FSS, toți APP din coordonarea lor respectau cerințele minime privind condițiile de locuire, nefiind înregistrate reclamații sau nereguli sub aceste aspecte în 2020.

Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe și interviurile au indicat conformarea generală cu standardele. Toți APP evaluați erau în mediul rural, iar găzduirea era asigurată în locuințe familiale care, conform evaluatorilor externi, asigurau condiții standard de locuire. Totuși, un APP nu avea acces la apă curentă, iar în cazul alteia toaleta, baia și bucătăria erau situate în altă clădire, în aceeași curte.
--	--

### STANDARDUL 3. ALIMENTAȚIE ȘI HRĂNIRE

Descriere	Acest standard cere ca FSS să se asigure că beneficiarilor serviciilor de APP li se asigură o alimentație corectă, sănătoasă și corespunzătoare nevoilor nutriționale.
Autoevaluare	Niciunul dintre FSS nu a înregistrat reclamații sau nereguli privind cerințele minime: (i) depozitarea alimentelor; (ii) calitatea sau cantitatea alimentelor asigurate de beneficiari; (iii) implicarea beneficiarilor în efectuarea cumpărăturilor, activitățile de preparare și servire a hranei; (iv) dietele recomandate.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe și interviurile au arătat că nivelul de conformare cu standardul este parțial, cu excepția implicării beneficiarilor în efectuarea cumpărăturilor și prepararea hranei, activități care, în majoritatea cazurilor, erau în responsabilitatea exclusivă ale APP.
Observații	Datele din evaluările externe și interviuri indică o atitudine mai degrabă excesiv de protectivă ale APP, care preferă să nu implice beneficiarii în activități domestice, indiferent de necesitățile lor de asistență. Această situație accentuează și mai mult starea de dependență a beneficiarului și perpetuează lipsa deprinderilor de viață independentă.

### STANDARDUL 4. SĂNĂTATE ȘI MOBILITATE

Descriere	Acest standard cuprinde cerințe privind menținerea sănătății și a mobilității și de asigurarea nevoilor emoționale ale beneficiarilor.
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea deplină cu standardul privind: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conținutul procedurii privind asigurarea sănătății beneficiarilor (inclusiv aspecte legate de medicație, gestionarea situațiilor critice și comportamentelor nedezirabile, respectarea alegerii beneficiarilor cu privire la tratament, modalități de intervenție în situațiile de neglijare, dependență de alcool și situații de urgență.</li> <li>➤ Toți beneficiarii APP au relatat că au avut acces la un medic de familie și au fost supuși unei evaluări psihologice în 2020. În cazul unui FSS, niciunul dintre beneficiarii admiși în 2020 nu făcuseră evaluarea medicală obligatorie până la data culegerii datelor. Doar un FSS a raportat că a consemnat în dosarele personale ale celor 9 beneficiari de servicii la APP consimțământul acestora cu privire la tratamente excepționale. Standardul nu specifică însă la ce se referă aceste tratamente excepționale.</li> <li>➤ Ambii FSS au raportat că au desfășurat vizite la domiciliu pentru a evalua condițiile de igienă ale APP și ale beneficiarilor; un FSS desfășoară astfel de vizite lunar, iar celălalt consemnează constatările acestor evaluări în rapoarte.</li> <li>➤ Ambii FSS au raportat că se asigură că APP cunosc și respectă recomandările medicilor privind sănătatea beneficiarilor, completând fișele de monitorizare a sănătății beneficiarilor (unul dintre cei doi FSS) și doar verificând administrarea medicației (celălalt FSS).</li> <li>➤ Ambii FSS oferă, în moduri și forme adaptate vârstei și dizabilităților beneficiarilor, sprijin de specialitate pe teme cum sunt HIV/SIDA, relații intime și sex, reproducere, planificare familială și dependență de droguri.</li> </ul>
Evaluare complexă: evaluare externă,	Datele din evaluări externe și interviuri cu beneficiarii au arătat că:

interviuri, analiza documentelor	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ APP sprijină beneficiarii însoțindu-i în vizitele la medic sau oferindu-le îngrijiri de bază acasă, precum și oferindu-le informații privind medicația etc. Deși toți beneficiarii de servicii de APP au acces la medici de familie, doar doi au fost supuși unui examen medical complet în 2020, constând doar în analize de sânge. Un beneficiar a primit o consultație psihiatrică și a făcut o ecografie abdominală.</li> <li>➤ Beneficiarii ai patru APP au primit medicație psihotropă, doi dintre aceștia fără a își fi exprimat consimțământul informat, conform FSS, din cauza dizabilităților grave și incapacității de înțelegere a acestora. La ceilalți, administrarea devenise o practică pe termen lung, iar APP au relatat că beneficiarii se obișnuiseră să ia medicamente, știind că „trebuie să le ia”. Nu este clar dacă și cum se obține sau poate fi obținut consimțământul informat privind administrarea medicamentelor. Chiar dacă majoritatea APP au declarat că cunosc etapele consimțământului informat, nu au putut să facă trimitere la un document sau la o procedură care prevede transmiterea acestor informații. Pe lângă faptul că li s-au administrat medicamente psihotrope, nu toți beneficiarii au avut acces la servicii medicale psihiatrice sau de alte specialități.</li> <li>➤ Majoritatea APP au relatat că FSS nu au informat beneficiarii cu privire la alte servicii medicale sau de reabilitare și recuperare disponibile în comunitate, iar unii au evidențiat că au nevoie de mai mult sprijin din partea FSS.</li> <li>➤ Medicina dentară a fost menționată de cele mai multe ori ca fiind serviciul medical la care nu au acces beneficiarii, fie din cauza costurilor mari, fie din cauză că medicii refuză să deservească persoane cu dizabilități intelectuale.</li> <li>➤ APP dintr-un județ a relatat că, în 2020, beneficiarii nu au primit informații privind HIV/SIDA, relații intime și sex, reproducere, planificare familială sau dependența de droguri.</li> <li>➤ În general, nici APP, nici beneficiarii nu au raportat atitudini discriminatorii în accesarea serviciilor medicale. Cu toate acestea, un APP a sesizat SFF cu privire la o situație de discriminare și un pretins tratament degradant manifestat de un pediatru care a sugerat eutanasierea beneficiarului.</li> </ul>
Observații	Datele din evaluări externe și interviuri le-au contrazis pe cele din autoevaluări, indicând faptul că nu toate cerințele minime ale standardului 9 erau îndeplinite, în special în ceea ce privește consimțământul informat, accesul la examene medicale anuale și anumite servicii medicale de specialitate, accesul la alternative la medicația psihotropă și informațiile pe care FSS trebuie să le ofere beneficiarilor pe anumite teme legate de sănătate.
<b>STANDARDUL 5. INTIMITATE ȘI CONFIDENȚIALITATE</b>	
Descriere	Acest standard cuprinde cerințe privind obligațiile APP de a respecta intimitatea beneficiarilor, atâta vreme cât locuiesc împreună, sub toate aspectele vieții personale, inclusiv dreptul la relații sexuale și intime și de a păstra legătura cu alte persoane.
Autoevaluare	FSS nu au raportat reclamații sau nereguli identificate în cadrul vizitelor de monitorizare desfășurate în 2020 cu privire la conformarea cu acest standard.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe au arătat că majoritatea beneficiarilor aveau propriile camere și paturi personalizate, precum și acces la spații în care să își păstreze bunurile personale. Nivelul de intimitate observat diferă: un beneficiar împărțea camera cu APP și avea puține obiecte personale care decorau camera, iar în celelalte cazuri, APP părea a avea acces în camerele beneficiarilor în orice moment. Cu privire la

	parteneri și relații intime, doar o beneficiară avea prieten. În general, relațiile intime și sexuale au părut a fi un subiect tabu pentru APP și beneficiari.
Observații	Standardele nu acoperă chestiuni specifice legate de relațiile intime și sexuale sau de respectul pentru casă și viața de familie, cum ar fi alegerea de a locui cu un partener sau decizii legate de relații intime, căsătorie, avort sau creșterea unui copil.

### STANDARDUL 6. LUAREA DECIZIILOR ȘI AUTODETERMINAREA

Descriere	Acest standard cuprinde cerințe legate de obligația APP de a oferi beneficiarii cu dificultăți de înțelegere sprijin în luarea deciziilor, de a respecta deciziile și opiniile acestora cu privire la propria viață și dreptul de a se consulta cu familia/prietenii în procesele decizionale. FSS pot implica și alți specialiști care pot oferi beneficiarilor sprijin în luarea deciziilor.
Autoevaluare	În ansamblu, ambii FSS au raportat conformarea cu standardul. Cu toate acestea, deși s-a raportat că toți beneficiarii au nevoie de sprijin în luarea deciziilor, în cazul unui FSS, niciunul dintre beneficiari nu a primit servicii de specialitate.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Deși toți APP au raportat că oferă beneficiarilor sprijin pentru luarea deciziilor ori de câte ori este necesar, nu este clar dacă acest sprijin este oferit în modalități care respectă dorințele și preferințele beneficiarilor. De pildă, un APP a explicat că a decis unde să meargă, cu cine să voteze, cum să se tundă etc. beneficiarul, iar alți APP au oferit sprijin beneficiarilor să ia propriile decizii pe teme cum sunt aspectul personal, programul zilnic sau planurile de viitor. Doi APP nu consideră că beneficiarii lor sunt capabili să ia decizii nici chiar cu sprijin adecvat.
Observații	Standardele nu impun ca APP să beneficieze de formare sau informare cu privire la acordarea sprijinului în procese decizionale, astfel încât să se asigure condițiile în care toate deciziile beneficiarilor sunt luate ținând cont de dorințele și preferințele acestora, indiferent de nivelul de sprijin de care au nevoie, capacitându-i să decidă pentru sine.

### STANDARDUL 7. ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE

Descriere	Acest standard cuprinde cerințe legate de obligația APP de a se asigura că beneficiarii sunt incluși în viața familiei și comunității APP.
Autoevaluare	Niciun FSS nu a raportat reclamații și nu a consemnat nereguli privind (i) includerea în familiile APP; (ii) participarea la sarcini domestice; (iii) relațiile cu familia și prietenii; (iv) participarea în activități de petrecere a timpului liber; (v) dreptul de a își practica religia.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe asupra serviciilor de APP și interviurile cu beneficiarii sugerează că aceștia din urmă nu sunt, în general, implicați în activități casnice, cum sunt gătitul, spălatul rufelor etc.; doar un beneficiar a relatat că merge singur la cumpărături și știe să folosească banii. În ansamblu, APP și-au exprimat neîncrederea în capacitatea beneficiarilor de a îndeplini sarcini casnice fără a se vătăma. Majoritatea beneficiarilor primesc sprijin pentru igiena personală și pentru aspectul personal. Cu privire la relațiile personale și sociale, majoritatea beneficiarilor își cunoșteau vecinii și interacționau cel puțin cu unii dintre aceștia, în timp ce majoritatea APP au declarat că sprijină și încurajează beneficiarii să întrețină și să formeze noi relații în comunitate. Totuși, deși unii beneficiari socializează cu vecinii și alți beneficiari de servicii APP din zonă, alții nu au prieteni și socializează rareori în afara domiciliului APP. De pildă, patru din cinci APP au raportat că beneficiarii se întâlnesc cu familia, rudele sau prietenii în afara locuinței APP sau au primit vizite acasă cel puțin lunar (înainte de restricțiile impuse de pandemie). De fapt, frecvența ieșirilor variază: în timp ce majoritatea beneficiarilor mergeau la cumpărături sau la biserică cel puțin săptămânal/lunar, un beneficiar nu ieșise din locuința APP cel puțin săptămânal. Beneficiarii participă în activități de

	petrecere a timpului liber care sunt, de regulă, organizate de APP și constau în vizite în familie, excursii cu caracter religios sau turistic și rareori implică alte persoane sau evenimente comunitare.
<b>STANDARDUL 8. FORMARE ȘI ANGAJARE ÎN MUNCĂ</b>	
Descriere	Acest standard cuprinde cerințe care asigură condițiile în care beneficiarii își dezvoltă cunoștințele, își diversifică preocupările și sunt sprijiniți pentru angajarea în muncă.
Autoevaluare	Un FSS a raportat că niciun beneficiar nu primise astfel de sprijin, iar ceilalți FSS au raportat că au fost acordate unele forme de sprijin - patru beneficiari au fost sprijiniți să finalizeze cursuri de pregătire profesională, patru și-au căutat activ locuri de muncă cu sprijinul APP, iar opt au avut acces la servicii de pregătire profesională sau de ocupare în muncă.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe asupra cinci servicii de APP și interviurile cu beneficiarii au arătat că, deși toți beneficiarii au terminat școli profesionale sau o formă de învățământ special sau incluziv pentru tineri cu dizabilități, doar unul avea planuri concrete de a se angaja în viitorul apropiat și, după ridicarea restricțiilor de pandemie, va primi sprijinul APP în acest sens. În celelalte cazuri, APP au considerat că beneficiarii sunt incapabili de a obține și a păstra autonom un loc de muncă, în timp ce beneficiarii nu aveau încredere în propria capacitate de muncă ori nu erau decizi dacă să se angajeze sau nu. Un APP a arătat în mod explicit că lipsa accesului la locuri de muncă este o barieră care împiedică beneficiarii să opteze pentru ieșirea din serviciul de APP.
Observații	Datele din toate tipurile de evaluări sugerează lipsa accesului la servicii extinse de ocupare în muncă (pre- și post- ocupare) și de servicii de ocupare protejată la nivel local, existența cărora ar putea capacita beneficiarii să își dezvolte potențialul și ar permite APP să asigure asistență adecvată după caz.

## Modulul 4. Management și relații interinstituționale

Al patrulea modul cuprinde șase standarde cu cerințe privind: (i) prestarea serviciilor APP cu respectarea demnității și drepturilor beneficiarilor; (ii) monitorizarea activității APP de către managerul de caz; (iii) managementul situațiilor de risc; (iv) protecția împotriva violenței, exploatării și abuzului; (v) protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante; (vi) feedback din partea beneficiarilor cu privire la calitatea serviciului APP.

<b>STANDARDUL 1. RESPECT PENTRU DREPTURI ȘI DEMNITATE</b>	
Descriere	Acest standard se referă la obligațiile APP de a încuraja și sprijini beneficiarii să dobândească autonomie și independență personală, să identifice și să denunțe atitudinile discriminatorii și să își exercite drepturile și obligațiile cetățenești (inclusiv dreptul la vot).
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea cu toate cerințele, conform evaluărilor realizate de personalul lor în cadrul vizitelor periodice (fie personal, fie telefonic) la locuințele APP.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe au arătat că beneficiarii sunt mai degrabă dependenți de APP când este vorba despre structura și activitățile zilei, la fel ca în cazul relațiilor și activităților sociale și personale. Toți beneficiarii puteau să părăsească locuința PPA doar acompaniați de aceștia. În interviuri, beneficiarii au exprimat un nivel minim de înțelegere a propriilor drepturi, iar unii au putut semna situații de discriminare, marginalizare și violență prin care au trecut ca persoane cu dizabilități. APP au menționat lipsa grupurilor civice sau a activităților locale pentru beneficiari, atitudinile discriminatorii sau lipsa accesibilității ca bariere în calea participării



	civice a beneficiarilor. Unii APP au sugerat că spun beneficiarilor cu cine să voteze sau chiar au votat în numele acestora.
Observații	Standardul trebuie să cuprindă prevederi clare prin care să se garanteze că atât APP, cât și beneficiarii au cunoștințe specifice privind autonomia, independența și drepturile persoanelor cu dizabilități, precum și informații privind viața independentă (prin cursuri obligatorii, materiale informative etc.).

### STANDARDUL 2. MANAGERUL DE CAZ

Descriere	Acest standard impune managerului de caz să se asigure că serviciul APP este prestat conform nevoilor și drepturilor beneficiarilor, inclusiv prin intermediul unor vizite lunare.
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea cu cerințele minime. Toți beneficiarii au alocați manageri de caz care îi vizitează. Managerii de caz nu au în sarcină mai mult de cinci beneficiari simultan.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Evaluările externe au indicat că managerii de caz desfășoară vizitele lunare la domiciliile APP și discută cu beneficiarii despre dorințele și preferințele acestora, despre condițiile de viață, alimentație, îmbrăcăminte, programul zilnic, starea de sănătate, relațiile cu APP etc. Unii beneficiari cunosc numele managerului de caz care îi vizitează periodic, deși nu toți au arătat că înțeleg rolul acestuia.
Observații	În general, se pare că vizitele desfășurate de managerul de caz au ca scop evaluarea condițiilor de trai ale beneficiarilor de servicii de APP și, uneori, a stării de sănătate a acestora, fiind mai puțin orientate asupra activităților și serviciilor specifice dizabilității sau generale de care beneficiarii au nevoie pentru a fi incluși în comunitate și a duce o viață activă și independentă

### STANDARDUL 3. MANAGEMENTUL SITUAȚIILOR DE RISC

Descriere	Acest standard acoperă aspecte legate de managementul situațiilor de risc, cum ar fi existența și conținutul unei proceduri specifice, cunoscute și aplicate de APP.
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea deplină cu standardul, cu excepția unei proceduri care nu acoperea aspecte legate de gestionarea situațiilor de după producerea riscului. În 2020, nu au fost înregistrate situații care să necesite intervenții de urgență.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Doar un FSS a prezentat procedura de management al riscurilor pentru analiza documentelor. Procedura menționează pe scurt tipurile de situații de risc (tulburări de comportament sau comportament distructiv, fugă a beneficiarului, agresiune etc.) și modul în care APP trebuie să reacționeze (să solicite consiliere, să apeleze de urgență medicul de familie/ specialist, să acorde îngrijiri medicale la domiciliu, să anunțe poliția etc.), precum și obligația suplimentară de a anunța de îndată FSS.
Observații	Managementul riscurilor implică cunoștințe specifice privind aplanarea situațiilor de urgență, pentru a evita acțiunile care ar putea agrava starea beneficiarilor. Standardul nu cuprinde nicio prevedere privind cursurile de formare sau alte modalități de transmitere a acestor informații către personalul FSS, APP sau beneficiarii serviciului. În plus, cerințele minime nu includ prevederi privind asigurarea consimțământului informat al beneficiarului în situații de risc care pot conduce la tratament forțat sau la intervenții neconsensuale de exemplu, planificarea intervențiilor pe care beneficiarii le doresc sau nu, în cazul în care nu au capacitatea de a își exprima consimțământul).

### STANDARDUL 4. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII, VIOLENȚEI ȘI ABUZURILOR

Descriere	Acest standard acoperă cerințele minime care trebuie îndeplinite pentru a asigura protecția beneficiarilor împotriva situațiilor de exploatare, violență și abuz, cum ar fi existența unei proceduri specifice cunoscute și aplicate de APP, sesiuni anuale de formare pentru APP, obligația APP de a încuraja și ajuta beneficiarii să identifice și
-----------	---

	să raporteze astfel de situații, precum și obligația FSS de a identifica, înregistra și de a acționa prompt în astfel de situații.
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea cu majoritatea cerințelor, dar unul (serviciul 2) nu a asigurat formarea anuală a APP. În 2020, nu s-a înregistrat niciun caz de violență, exploatare sau abuz.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	<p>Evaluările externe arată că APP fie nu cunoșteau procedura specifică, fie, atunci când declarau că o cunosc, nu puteau să spună ce conține. Unii APP au declarat că, probabil, nu este necesar să cunoască procedura, întrucât se pot baza pe FSS ori de câte ori apar astfel de situații (de exemplu, violență, abuzuri etc.). În general, APP încurajează și sprijină beneficiarii să identifice situațiile de violență și abuz, discutând cu aceștia și învățându-i cum să „deosebească binele de rău” sau având grijă ca aceștia să nu socializeze în medii de risc. Totuși, în unele cazuri, APP preferă să hotărască singuri în situații care pot părea periculoase, în loc să informeze beneficiarii și să îi ajute să ia propriile decizii. Majoritatea APP au relatat că nu cunosc sau nu au acces la informații (pentru sine sau beneficiari) cu privire la modalitățile de identificare și sesizare a situațiilor de violență și abuz, la serviciile juridice și psihologice disponibile, la adăposturile pentru victimele violenței și abuzului sau alte servicii relevante.</p> <p>Analiza documentelor a evidențiat diferențe semnificative între procedurile specifice folosite de ce doi FSS pentru a proteja beneficiarii împotriva violenței, exploatării și abuzurilor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Într-un caz, procedura prevede că APP trebuie să informeze beneficiarii privind modalitățile de identificare și raportare a acestor situații. Cu toate acestea, nu există alte prevederi care să detalieze modul în care se realizează informarea sau dacă APP primesc sau nu materiale informative pe temă. În plus, beneficiarii pot raporta astfel de situații doar prin intermediul chestionarelor administrate de managerul de caz cu o frecvență nespecificată, neexistând alte instrucțiuni care să arate dacă și cum se pot adresa beneficiarii direct FSS.</li> <li>➤ În celălalt caz, procedura este mai detaliată și cuprinde un calendar pentru înregistrarea și soluționarea reclamațiilor, o descriere clară a rolurilor și responsabilităților personalului FSS implicat, precum și serviciile de consiliere psihologică oferite beneficiarilor. Nu există specificații cu privire la modalitățile prin care beneficiarii se pot adresa direct FSS sau altor servicii ori persoane cu rol de sprijin (servicii juridice, avocați etc.).</li> <li>➤ Niciuna dintre proceduri nu cuprinde prevederi privind administrarea medicamentelor sau despre gestionarea banilor și bunurilor beneficiarilor, astfel cum impune standardul.</li> </ul>
Observații	Niciuna dintre procedurile analizate nu abordează explicit situațiile în care APP comite acte de violență, exploatare și abuz împotriva beneficiarilor. Ambele proceduri fac referire la cursurile anuale de formare ca modalitate de prevenire a acestor situații, dar nu cuprind prevederi care să formalizeze aceste cursuri sau privind informarea beneficiarilor. Un mecanism independent, extern pentru raportarea și analizarea acestor cazuri ar trebui pus la dispoziția beneficiarilor, la fel ca și accesul la servicii de consiliere juridică și psihologică.
<b>STANDARDUL 5. PROTECȚIA ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE</b>	
Descriere	Acest standard cuprinde cerințe similare standardului 17, dar se referă la situații de tratamente crude, inumane sau degradante.

Autoevaluare	Un FSS nu a asigurat formarea anuală a APP pe tema protejării beneficiarilor împotriva tratamentelor crude, inumane sau degradante. În 2020, nu s-a înregistrat niciun astfel de caz.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	A se vedea Standardul 17.
Observații	A se vedea Standardul 17.
<b>STANDARDUL 6. SESIZĂRI ȘI RECLAMAȚII</b>	
Descriere	Acest standard cuprinde cerințe privind asigurarea calității serviciului de APP prin crearea de posibilități prin care beneficiarii să poată transmite sesizări și reclamații, pe baza unei proceduri specifice, cunoscute și aplicate de APP. Procedura cuprinde și informații privind modalitățile prin care beneficiarii pot transmite sesizări și reclamații.
Autoevaluare	Ambii FSS au raportat conformarea cu majoritatea cerințelor. Totuși, un FSS a raportat neconformarea cu cerința de a asigura posibilitatea de a se apela la mediatori externi în cazul unor reclamații. În 2020, nu s-au înregistrat sesizări sau reclamații.
Evaluare complexă: evaluare externă, interviuri, analiza documentelor	Procedurile specifice pe care ambii FSS le-au prezentat pentru analiza documentelor sunt mai degrabă concise și generice, concentrându-se doar asupra: (i) modului în care beneficiarii pot înainta reclamații; (ii) procesului de transmitere, înregistrare și soluționare a reclamațiilor. Procedurile nu detaliază însă aspecte legate de prestarea serviciilor cu privire la care beneficiarii pot formula plângeri. Una dintre proceduri nu specifică calendarul conform căruia FSS trebuie să soluționeze reclamațiile, în timp ce cealaltă nu specifică faptul că reclamațiile trebuie să se refere explicit la calitatea serviciilor prestate. Doi dintre cei cinci APP care au fost evaluați extern, din același județ, nu fuseseră informați de FSS cu privire la conținutul procedurii. Ceilalți trei, din celălalt județ, au declarat că cunosc procedura, dar nu au putut să detalieze conținutul acesteia. Interviurile cu beneficiarii au arătat că aceștia își comunică părerile despre calitatea serviciului fie direct APP, fie managerului de caz în cadrul vizitelor lunare.
Observații	Spre deosebire de standardele minime de calitate pentru alte servicii evaluate în scopul prezentului raport, standardele privind serviciul de APP nu impun explicit ca FSS să administreze beneficiarilor un chestionar cu ajutorul căruia să culeagă opiniile acestora privind calitatea serviciilor. În plus, procedura privind sesizările și reclamațiile trebuie să cuprindă mai multe prevederi legate de modalitățile de evitare a consecințelor în cazul în care beneficiarii formulează reclamațiile verbal sau în scris, dat fiind faptul că, în multe situații, beneficiarii se află într-o relație strânsă, de dependență cu APP.

## 2.6.4. Concluzii și recomandări

### Conformarea cu standardele și aplicarea acestora

În general, FSS raportează că respectă majoritatea cerințelor minime stabilite în standardele de calitate. Există unele excepții legate de lipsa informațiilor în formate accesibile privind oferta de servicii, a cursurilor anuale obligatorii pentru APP și a examenelor medicale anuale pentru beneficiari. Cu toate acestea, datele din evaluările externe asupra serviciilor oferite de APP, din interviurile cu beneficiarii și din analiza documentelor prezentate de cei doi FSS au evidențiat anumite nereguli în aplicarea standardelor,

conducând la formularea mai multor sugestii de îmbunătățire a calității serviciului, astfel încât posibilitatea de a alege, autonomia și drepturile beneficiarilor să fie mai bine protejate, astfel:

- **Beneficiarii trebuie să aibă o plajă mai mare de selecție și de control cu privire la oferta de servicii.** Toți APP supuși evaluărilor externe sunt foști AMP care au urmat procedura pentru a deveni APP. În practică, cererile prin care beneficiarii solicitau serviciul au fost doar formalități. Beneficiarii au primit informații minime (în principal, verbale) din partea FSS cu privire la serviciul de APP, drepturile și obligațiile care le revin, alte servicii din comunitate etc. În plus, nivelul redus de dezvoltare a serviciului la nivel local se adaugă pe lista factorilor care limitează capacitatea beneficiarilor de a alege un serviciu. Conform datelor culese de la APP, beneficiarii sunt, în general, considerați incapabili de a înțelege și de a lua decizii în nume propriu, chiar și cu sprijin adecvat, adaptat gradului lor de handicap. Standardele nu cuprind prevederi privind formarea obligatorie a APP, a personalului FSS sau a beneficiarilor pe teme cum sunt procesele decizionale asistate, consimțământul informat și asigurarea posibilității ca beneficiarii să aleagă și să controleze serviciile pe care le primesc.
- **Serviciile prestate de APP trebuie să fie mai mult centrate pe persoană.** Nici APP, nici beneficiarii nu cunoșteau activitățile și planurile de prestare a serviciilor; în general, serviciile APP se rezumă la asigurarea locuinței și condițiilor de trai pentru beneficiari, la sprijinul acordat în activitățile zilnice și la facilitarea accesului la servicii medicale. Managerii de caz monitorizează mai ales condițiile de trai și starea de sănătate ale beneficiarilor, alocând mai puțin timp evaluării măsurii în care beneficiarii duc o viață independentă și au acces la viață în comunitate. În consecință, această situație influențează feedback-ul transmis de beneficiari cu privire la servicii, feedback care este, în toate cazurile, primit în cadrul vizitelor de monitorizare ale managerului de caz.
- **În general, serviciile oferite de APP asigură locuința beneficiarilor, dar ocazii puține de a participa în viața comunității.** Beneficiarii sunt destul de izolați de comunitate, iar viețile lor sociale și culturale se desfășoară mai ales conform celor ale APP și familiilor acestora. Dependența aproape constantă de APP pentru activitățile zilnice (inclusiv cele care au loc în afara locuinței APP), precum și lipsa ocaziilor de a desfășura activități sociale, culturale și de divertisment în comunitate, pot agrava izolarea și marginalizarea și pot submina autonomia și autodeterminarea beneficiarilor. Lipsa serviciilor specifice fiecărei dizabilități și a serviciilor de bază (cazare, formare, posibilități de ocupare în muncă) poate limita și mai mult posibilitățile beneficiarilor de a își valorifica pe deplin potențialul uman. FSS trebuie să se asigure că beneficiarii serviciilor de APP au cunoștință de alte servicii și activități comunitare și, acolo unde nu sunt disponibile, trebuie să planifice dezvoltarea unei game largi de astfel de servicii și oportunități.

## Valoarea și succesul serviciului

**Asistența personală profesionistă continuă să fie un serviciu insuficient dezvoltat la nivel național.** Serviciile evaluate în scopul prezentului raport au un profil mai degrabă omogen, întrucât toți beneficiarii au fost în grija actualilor APP și când aceștia erau asistenți maternali profesioniști. Evaluările complexe au arătat că, dacă AMP nu ar fi făcut trecerea la APP, tinerii cu dizabilități ar fi ajuns, cel mai probabil, în centre rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități. În acest context, APP pare a fi un serviciu care previne instituționalizarea. Cu toate acestea, prevenirea instituționalizării nu este echivalentă cu viața independentă sau includerea în comunitate, întrucât majoritatea beneficiarilor rămân izolați de societate, având dificultăți în accesarea evenimentelor sociale sau culturale sau serviciilor de masă sau specifice

dizabilității. Beneficiarii serviciilor de APP se confruntă cu aceleași bariere ca altor persoane cu dizabilități care trăiesc în comunitate, dar rămân marginalizați, duc vieți segregate și nu pot participa pe deplin în societate. Pentru a se putea bucura de toate drepturile și a avea mai mult control asupra propriilor vieți, beneficiarii serviciilor de APP au nevoie de acces la o gamă mai largă de servicii adaptate în comunitate, inclusiv locuință, ocupare în muncă, educație și prestații sociale adecvate, adaptate nevoilor lor.

Asistența personală este o relație unu-la-unu și un serviciu direcționat asupra persoanei, care poate oferi asistență individualizată tuturor persoanelor cu dizabilități, indiferent de nivelul necesităților acestora. Pentru a respecta cerințele legate de viața independentă, asistența personală trebuie să fie controlată de persoana cu dizabilități care: (i) primește și controlează finanțarea serviciului;<sup>176</sup> (ii) poate contracta serviciul sau acționa ca angajator, proiectând serviciul conform propriilor nevoi; (iii) poate recruta, forma și supraveghea asistentul personal, nefiind obligată să împartă serviciul cu alte persoane; (iv) poate decide cu privire la durata, intensitatea și forma asistenței personale.<sup>177</sup> Serviciul de APP nu este conform cu niciuna dintre cerințele de mai sus: APP sunt contractați direct de DGASPC, beneficiarii au prea puțin control asupra tipului de asistență pe care o primesc și asupra recrutării și formării APP, putând fi constrânși să împartă serviciul cu alți beneficiari.

---

<sup>176</sup> De exemplu, primind un buget individualizat pentru servicii de asistență personală pe care persoana le poate angaja independent.

<sup>177</sup> Idem, alin. 16 (d).

# 3

DEZVOLTAREA SERVICIILOR  
COMUNITARE - PROVOCĂRI ȘI  
DIRECȚII VIITOARE

## 3. Dezvoltarea serviciilor comunitare - provocări și direcții viitoare

Acest capitol prezintă o analiză a situației actuale a serviciilor comunitare oferite persoanelor adulte cu dizabilități în România, având în vedere procesul care a condus la dezvoltarea acestor servicii, precum și aspectele care ar trebui luate în calcul pe viitor pentru a dezvolta o multitudine de servicii care plasează persoanele cu dizabilități în centrul prestației, ca parteneri egali. Procesul este analizat din următoarele perspective: (i) factori care au determinat înființarea serviciilor și specificul acestora; (ii) bariere care au afectat fie dezvoltarea, fie prestarea serviciilor într-un mod centrat pe persoană, cu scopul de a asigura includerea în comunitate și viața independentă.

### 3.1. Modele de dezvoltare a serviciilor

Motivele pentru dezvoltarea serviciilor sunt examinate pornind de la departajarea a trei modele ale schimbării: (i) de sus în jos; (ii) în funcție de oportunități; (iii) de jos în sus.

#### Calea de dezinstituționalizare de sus în jos

**Stimulentul pentru înființarea serviciilor comunitare a fost, în multe cazuri, constrângerea externă, determinată de obligația de a respecta legea, cu consecințe asupra modului de prestare a serviciilor.** Mulți reprezentanți ai FSS și coordonatori de servicii au explicat dezvoltarea serviciilor comunitare (sau lipsa dezvoltării) ca fiind un efect al obligației de a restructura marile instituții rezidențiale, al necesității de conformare cu standardele minime de calitate sau al solicitărilor din partea autorităților locale. Acest tip de dezvoltare reprezintă un model de sus în jos, care acordă atenție doar în secundar și uneori marginal evaluării resurselor comunității sau nevoilor beneficiarilor, concentrându-se mai mult asupra aspectelor tehnice ale ofertei de servicii. Empiric, conformarea legală a însemnat evaluarea și transferul beneficiarilor dintr-un centru în altul,<sup>178</sup> întreruperea prestării serviciilor sociale, actualul proces de reorganizare a serviciilor rezidențiale și comunitare, precum și externalizarea serviciilor.

**Principala consecință a dezvoltării de sus în jos este că principiile dezinstituționalizării sunt rareori adoptate sau aplicate în cadrul unui concept coerent cu privire la îngrijiri.** Dezinstituționalizarea marchează o nouă paradigmă a serviciilor comunitare, promovând principii cum sunt normalizare, includere în comunitate (sau mai bine, declinul segregării), centrare pe persoană, viață independentă, capacitate și autodeterminare.<sup>179</sup> Dezinstituționalizarea și centrarea pe persoană se întemeiază pe principiile de management care definesc și interpretează dizabilitatea mai puțin ca pe o afecțiune, ci mai mult din prisma barierelor în calea participării în comunitate și a lipsei priorității „alegerilor, preferințelor, partajării puterii, drepturilor și includerii”.<sup>180</sup> Cercetările realizate în scopul prezentului raport arată că, deși există unele situații în care principii similare sunt aplicate în înființarea și funcționarea serviciilor

<sup>178</sup> Conform datelor din studiul Băncii Mondiale cu privire la centrele rezidențiale (2020), 61% dintre persoane cu dizabilități din astfel de instituții supuse restructurării au fost sau vor fi transferate în alte centre rezidențiale până în 2021, ca urmare a prevederilor Hotărârii nr. 878/2018, care prevede restructurarea centrelor rezidențiale cu o capacitate de peste 50 de locuri.

<sup>179</sup> Dempsey și Nanverkis (2006: 19-21); Mansell și Ericsson (2013); Braddock și Parish (2001).

<sup>180</sup> Ratti et al. (2016: 64).

comunitare în România, acestea sunt încă în faze incipiente de dezvoltare. Servicii cum sunt echipele mobile și îngrijirile la domiciliu sunt percepute ca modalități de prevenire a instituționalizării, dar modesta lor reprezentare în întreaga țară<sup>181</sup> le face, pentru moment, să fie o alternativă nepractică.

**Reducerea dimensiunilor centrelor rezidențiale este principalul motiv care impulsionează dezvoltarea serviciilor comunitare.** Obiectivul de a reduce capacitatea unui centru rezidențial înseamnă deseori că trebuie identificate rapid soluții pentru transferul beneficiarilor, aceasta însemnând, de regulă, transferarea acestora în alte centre rezidențiale sau în locuințe protejate care pot fi înființate relativ rapid. Majoritatea directorilor de DGASPC intervievați invocă obligația de a restructura centrele rezidențiale mari, impusă prin OUG nr. 69/2018,<sup>182</sup> capacitatea acestora fiind limitată la 50 de locuri. În subsidiar, înființarea unităților de îngrijire rezidențială de capacitate mai mică devine prioritară, în timp ce dezvoltarea serviciilor comunitare este amânată pentru viitor sau este delegată altor factori interesați, cum sunt autoritățile locale și furnizorii privați de servicii. În combinație cu lipsa resurselor financiare și a infrastructurii, precum și cu nivelul scăzut de prioritate acordat persoanelor cu dizabilități în politicile locale privind asistența socială, dezvoltarea serviciilor comunitare nu beneficiază de o planificare adecvată, astfel încât să răspundă nevoilor specifice ale beneficiarilor.

#### Caseta 14: Priorități și presiuni în procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare

„Prioritatea pentru DGASPC este reorganizarea centrelor rezidențiale, iar acesta depinde de fondurile alocate de consiliile locale. Planurile pentru [numele centrelor] au murit undeva pe drum, când consiliul local a refuzat finanțarea.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

„Poate că județul nostru nu este cel mai sărac, dar este cu siguranță unul dintre cele mai precare din țară, iar bugetul trebuie bine administrat, trebuind soluționate toate cererile. Suntem conștienți că avem nevoie de drumuri și de biblioteci, dar și de servicii [sociale].” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Est

„Suntem bombardat zilnic cu cereri de admitere din partea comunității locale, care ne transmite că nu are servicii sociale. Dacă mergem la Hotărârea Guvernului nr. 430/2008, vedem că art. 17 reglementează modalitatea de admitere: primăria trebuie mai întâi să depună un formular în care să arate că nu are servicii sociale și apoi să completeze dosarul cazului. Și asta-i tot. Automat, responsabilitatea revine DGASPC, pe de o parte, dar pe de cealaltă parte, avem o strategie de dezinstituționalizare. Care-i logica aici?” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Est

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu directori ai DGASPC (martie - aprilie 2021).

**Obligația de conformare cu standardele de calitate conduce la o permanentă reorganizare a serviciilor comunitare și la revenirea la centre rezidențiale.** Noile standarde de calitate<sup>183</sup> implică furnizorii publici și privați de servicii în redefinirea serviciilor sociale, în principal prin transformarea locuințelor protejate în centre de recuperare și reabilitare (CRR) și centre de îngrijire și asistență (CIA). Transformarea este însă, în unele cazuri, limitată la denumire și/sau adresă.<sup>184</sup> Oficial, toți participanții la cercetare declară că au îndeplinit cerințele legale aplicabile reorganizării unui serviciu, de la evaluarea beneficiarilor, la asigurarea documentației cerute de lege pentru înființarea centrelor. Cu toate acestea, transformarea locuințelor protejate (considerate un serviciu public în care persoanele ar trebui sprijinite să își dezvolte deprinderile

<sup>181</sup> Așa cum s-a descris deja în capitolele 2.3 și 2.4.

<sup>182</sup> OUG nr. 69/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

<sup>183</sup> Ordinul nr. 82/2019

<sup>184</sup> De exemplu, un FSS din Regiunea Nord-Vest a fost obligat să transforme un serviciu de locuință protejată în CRR, întrucât nu le putea asigura beneficiarilor nici acces la un centru de zi, nici posibilități de ocupare în muncă, conform cerințelor standardului.



necesare unei viitoare vieți independente în comunitate) în centre rezidențiale ridică întrebări privind volatilitatea serviciilor comunitare. Acestea par a fi, în principal, condiționate de prevederi legale, mai mult decât de profilul și nevoile beneficiarilor, fapt care, în ultima instanță, inversează procesul de includere și conduce la reinstituționalizare. Caseta 15 prezintă un exemplu mai detaliat legat de implicațiile redefinirii unui serviciu.

#### Caseta 15: Consecințe neintenționate ale implementării standardelor de calitate

CIA Hârlău a fost înființat în 2005, în parteneriat cu o ONG elvețiană, ca centru de formare a persoanelor cu dizabilități, oferind astfel de programe beneficiarilor dintr-un mare centru rezidențial din oraș (cămin spital). În 2007, în cadrul unui proiect finanțat de Ministerul Muncii, a fost transformat în locuință protejată și centru de zi, găzduind 24 de beneficiari. În 2011, a fost înființat serviciul adiacent de ocupare în unități protejate care, în 2017, când au intrat în vigoare noile standarde de calitate, a fost transformat în centru de zi. Din 2018 până la finele anului 2019, centru s-a transformat în centru de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă (CPVI). Standardele de calitate pentru CPVI, spune coordonatorul serviciului, prevedeau obligația ca toți beneficiarii să fie înscriși într-un program educațional sau să fi finalizat unul. Această cerință era imposibil de respectat, în primul rând, din cauză că beneficiarii erau prea în vârstă pentru a fi înscriși la școală și, în al doilea rând, din cauză că în oraș lipseau programele educaționale pentru adulți. Din 2020, serviciul este organizat ca centru de îngrijire și asistență (CIA). Toate atelierele și formele protejate de ocupare în muncă sunt redefinite ca activități de terapie ocupațională. La momentul interviului, serviciul găzduia 27 de beneficiari.

Întrebată care este forma de organizare pe care o preferă, coordonatoarea serviciului a spus că, probabil, cea de serviciu comunitar, întrucât implică interacțiunea dintre rezidenți și persoanele cu dizabilități din comunitate: „...ar face schimb de opinii cu beneficiarii noștri, care își petrec toată viața în sistemul de protecție. Chiar dacă noi, personalul, încercăm să creăm o atmosferă familială, nimic nu se compară cu istorisirile pe care le aud din comunitate.”

Deși, în încercarea de a asigura conformarea cu standardele de calitate, serviciul a trecut prin reorganizări succesive, beneficiarii și personalul au rămas aceiași. „Angajații nu s-au schimbat prea mult și nici viziunea noastră sau modurile în care lucrăm cu beneficiarii,” explică șefa serviciului. În timp ce, din punct de vedere managerial, faptul că personalul rămâne același are logică, este oarecum curios că beneficiarii considerați potriviți pentru locuința protejată sunt ași și pentru CPVI și CIA.

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu coordonatori de servicii (martie - aprilie 2021).

#### Obligațiile legale impuse de standardele de calitate conduc la dezvoltarea centrelor de zi (CZ).

Standardele minime pentru locuințe protejate cer ca beneficiarilor să li se asigure activități în cadrul unui centru de zi sau al altor servicii comunitare.<sup>185</sup> În consecință, întrucât mulți reclamă lipsa serviciilor comunitare altele decât cele oferite de DGASPC, singura alternativă rămâne înființarea de noi centre de zi. Acolo unde aceste servicii lipsesc, se pot stabili parteneriate cu alte județe sau locuința protejată este închisă și transformată în alt tip de serviciu. O consecință a acestei prevederi este că majoritatea centrelor de zi sunt amplasate în zone urbane, fapt care îngreunează accesul persoanelor care nu au mijloacele financiare necesare deplasării.

**Modelul de dezvoltare în funcție de oportunități depinde de resursele disponibile pe piață, de actorii care pot fi implicați și de resursele care pot fi mobilizate.** Similar rutei de dezinstituționalizare de sus în jos, acest model nu pornește de la ierarhia priorităților comunității sau persoanelor cu dizabilități, ci reacționează la cerințele de finanțare pentru prestarea serviciului (numărul beneficiarilor, tipul serviciului care poate fi înființat etc.). Se remarcă următoarele modele de dezvoltare: (i) DGASPC identifică posibilități de finanțare pentru un anumit tip de serviciu, (ii) serviciile de asistență socială ale primăriei sau (iii) ONG-

<sup>185</sup> Anexa 2 la Ordinul nr. 82/2019 privind aprobarea standardelor specifice minime de calitate obligatorii pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități.

urile solicită și obțin finanțare cu care înființează serviciile. De cele mai multe ori autoritățile locale formează parteneriate, mai degrabă decât să înființeze singure un serviciu. O posibilă consecință este că, pe termen lung, este posibil ca serviciile înființate să nu își demonstreze utilitatea, în special în cazul centrelor de respiro și de criză, în cazul în care au fost dezvoltate fără o evaluare a nevoilor și solicitărilor locale, serviciile fiind închise și integrate în alte tipuri de unități de îngrijire.

#### Caseta 16: Ocazii de dezvoltare a serviciilor comunitare

„În ultimii câțiva ani, viziunea politică asupra serviciilor sociale pentru persoane cu dizabilități s-a schimbat. Am întâlnit mai multă deschidere și disponibilitate din partea unor primari, dar și reticență din parte altora. Am încercat să facem un fel de analiză sau de diagnoză și să analizăm situația persoanelor cu dizabilități din întreaga țară, ca să înțelegem unde pot fi înființate servicii. Ne-am gândit la aceste lucruri având în vedere posibilitățile de finanțare externă.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Vest

„Am identificat nevoile când am început reforma. Am făcut una sau alta, în funcție de măsura în care am reușit să obținem finanțare. În mod normal, ar fi fost bine să le abordăm conform ierarhiei nevoilor. Nu putem face asta științific, conform principiilor teoretice ale asistenței sociale. Trebuie să o facem în funcție de resursele și ocaziile pe care le identificăm.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

„Ideea proiectului a venit de la ONG, iar primăria a fost partener; pe noi nu ne-au întrebat, s-au gândit la asta și ne-au recomandat să contribuim în proiect. Proiectul a cuprins și alte grupuri marginalizate - romi, copii nevoiași. Pentru persoanele cu dizabilități, am oferit activități și tratament la sanatoriu, acesta fiind modul în care am înființat acest serviciu.” - Serviciul de asistență socială, Regiunea Sud-Est

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu directori ai DGASPC și reprezentanți ai DSA (martie - aprilie 2021).

## Dezvoltarea serviciilor comunitare conform modelului de jos în sus

**Dezvoltarea de jos în sus a serviciilor comunitare pentru persoanele cu dizabilități pare a fi traseul mai potrivit pentru dezinstituționalizare.** Modelul se concentrează asupra persoanelor cu dizabilități - serviciile disponibile, nevoile, perspectivele și relațiile cu comunitatea. În același timp, modelul corespunde unei filozofii centrate pe persoană în serviciile de îngrijire. Participanții la cercetare discută despre dezvoltarea organică a modului în care sunt prestate serviciile, întrucât majoritatea relatează că serviciile au fost adaptate nevoilor beneficiarilor. Puține dintre serviciile comunitare cuprinse în această cercetare au fost înființate ca centre pentru copii, pentru ca, la majoratul acestora, să fie transformate în servicii pentru adulți. Alte servicii s-au dezvoltat ca reacție la cererea comunității sau la tendințele în evoluția dizabilităților observate de SECPAH. O observație des întâlnită se referă la absența serviciilor comunitare pentru persoanele adulte cu dizabilități, fapt care, pe termen mediu și lung, poate conduce la admiterea mai multor persoane în sistemul public de protecție. Servicii cum sunt EM sau SID sunt considerate printre cele mai bune soluții pentru prevenirea instituționalizării, întrucât asigură îngrijirile medicale primare în comunitate.

**Este necesar să se diversifice serviciile la nivel comunitar.** Pentru a trăi o viață plină și împlinită, persoanele cu dizabilități au nevoie nu doar de mai multe servicii comunitare, ci și de diversificarea acestora, astfel cum au arătat mai mulți intervievați. În unele cazuri, aceste necesități devin evidente atunci când copiii din sistemul de protecție devin majori și au nevoie de mai mult sprijin pentru a face trecerea către viața în comunitate, uneori, după cum arată intervievații, pentru a compensa lipsa unor servicii adecvate în instituțiile în care au fost anterior. În alte situații, serviciile sunt înființate ca urmare a solicitării persoanelor cu dizabilități sau a familiilor acestora ori conform tendințelor de evoluție dizabilităților observate de serviciul de evaluare complexă a adulților cu handicap (SECPAH). De exemplu, echipe mobile sau servicii de îngrijire la domiciliu au fost înființate deoarece specialiștii din cadrul SECPAH

au observat creșterea incidenței anumitor afecțiuni, cum sunt accidentele cerebral vasculare, sau deoarece DGASPC și servicii de asistență socială din primării au primit solicitări de informații privind serviciile sociale disponibile persoanelor cu dizabilități. Pe lângă necesitățile specifice dizabilității, reprezentanții FSS și coordonatorii de servicii au arătat că persoanele cu dizabilități sunt, de regulă, vulnerabili economic, tind să se izoleze sau să fie izolați de cei din jur, nu se pot deplasa cu ușurință și nu au la dispoziție servicii alternative, ceea ce conduce la situații calificate de intervievați ca *discriminare prin omisiune*.

#### **Caseta 17: Perspectiva FSS asupra necesităților persoanelor cu dizabilități**

„Este nerealist să vorbim despre reintegrare când nu avem servicii comunitare. Ar trebui să înființăm mai întâi servicii și abia apoi să reducem, să reorganizăm și să reintegrăm. Vedeti, povestea includerii în comunitate este foarte frumoasă, întrucât ține cont de personalitatea, dorințele și obiectivele de viață ale persoanei. Persoanele cu dizabilități doresc însă să aibă un anumit stil de viață, doresc să fie în centru. Acesta este definit de locuința, familia și prietenii proprii. Vrem să îi ducem în comunitate. Care comunitate este aceea? Familia nu îl vrea înapoi, altminteri nu l-ar fi instituționalizat de la început. Despre ce vorbim? Nu există servicii alternative, nu există comunități care să primească aceste persoane cu brațele deschise.” - Director DGASPC, Regiunea Sud.

„Nu este suficient ca persoanele instituționalizate să locuiască undeva. Aceștia trebuie să se instruiască, să le fie oferite locuri de muncă și posibilități de petrecere a timpului liber. Așa ne-am dezvoltat noi. Așa am ajuns să oferim servicii în toate domeniile vieții persoanelor instituționalizate.” - reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest

„Nu exista un centru pentru persoane cu dizabilități coordonat de primărie. Nu cantitatea impune licențierea unui serviciu.” - Serviciul de asistență socială, Regiunea Centru

„În zonă nu există alternative, centre de tip respiro, nicio posibilitate pentru persoanele cu dizabilități să găsească un loc de muncă. Mulți adulți din comunitate ajung să fie instituționalizați deoarece nu au alternative.” - reprezentant ONG, Regiunea Vest

„Persoanele cu dizabilități trebuie să își găsească locul în lume, nu să lipească și să coloreze hârtii. Trebuie să îi implicăm la capacitatea lor maximă, de la aranjarea propriilor haine, la curățenie, la prepararea hranei. Dacă au abilitatea, ar trebui să-i ajutăm să găsească un loc de muncă sau să se implice în activități lucrative, de pildă, un atelier de împletit coșuri sau un curs de croitorie.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„Locuințele protejate sunt poarta către viața în comunitate. Beneficiarii noștri provin, de regulă, din sistemul de protecție, în principal din asistența maternală, și sunt persoane capabile să se integreze, chiar dacă au dizabilități. Locuințele protejate favorizează dobândirea deprinderilor de viață independentă. - Coordonator de serviciu, Regiunea Nord-Est

„Asociația noastră a fost înființată în anii 1990, după ce o echipă de specialiști din Germania a vizitat orfelinatul. După ce au văzut condițiile de viață, au decis să înființeze o echipă permanentă în țara noastră. Am dezvoltat serviciile în întâmpinarea nevoilor pe termen lung. Se întrebau mereu: «ce se va întâmpla cu acești copii când ajung la majorat?»” - reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC/ONG (martie - aprilie 2021).

#### **Caseta 18: Inventarul serviciilor comunitare necesare**

Specialiștii în domeniu au exprimat necesitatea de a dezvolta mai multe tipuri de servicii comunitare pentru persoane cu dizabilități. Această opinie este formulată în contextul discuțiilor despre necesități pentru care nu există servicii. Inventarul cuprinde recomandări privind îmbunătățirea serviciilor, serviciile cele mai dorite și investițiile pe care participanții le consideră cele mai riscante.

- **Îmbunătățirea serviciilor**

(i) diversificarea serviciilor în ceea ce privește activitățile desfășurate în centrele de zi: persoanele intervievate au exprimat necesitatea de a oferi consiliere juridică, consiliere despre drepturi și beneficii, îmbunătățirea relațiilor cu familia, dotări pentru petrecerea timpului liber și diversificarea activităților de terapie ocupațională prin includerea celor de creație și exprimare artistică.

(ii) îmbunătățirea infrastructurii: repararea sau înlocuirea echipamentelor vechi achiziționate cu fonduri nerambursabile; angajarea mai multor specialiști în centre, în special kinetoterapeuți, logopezi și psihologi.

(iii) extinderea rețelei sau serviciilor comunitare în țară, reproducând modelele de bune practici (în special echipele mobile și serviciile de îngrijire la domiciliu), pentru a deservi o gamă mai largă de beneficiari. Persoanele intervievate au remarcat lipsa accesului la servicii pentru persoanele din mediul rural care, de regulă, au o situație materială mai proastă decât cele de la oraș. Beneficiarii serviciilor oferite de echipele mobile și de îngrijire la domiciliu sunt țintuiți la pat și, de regulă, înregistrează regresse din cauza lipsei de acces la servicii de recuperare funcțională.

- **Cele mai dorite servicii comunitare**

(i) Serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor sunt mai înclinate să exprime necesitatea de dezvoltare a serviciilor comunitare cu o componentă medicală integrată, și anume echipe mobile, servicii la domiciliu, centre de zi și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu.

(ii) DGASPC tinde să prezinte nevoia de servicii cu o componentă rezidențială, în special locuințe protejate și centre de tip respiro. Unii directori intervieuți sugerează dezvoltarea unităților protejate (pentru ocuparea în muncă).

- **Serviciul comunitar cu cel mai mare grad de risc**

Centrele de tip respiro sunt servicii controversate. Deși mulți arată că centrele respiro sunt necesare, acestea nu par a fi sustenabile economic sau eficiente pe termen lung. Înființarea acestor centre, deși există posibilități de finanțare de la ANDPDCA, este considerată, în general, o investiție riscantă. Riscul este calculat pe baza mai multor criterii. În primul rând, participanții asimilează lipsa cererii pentru servicii rezidențiale pe termen scurt cu instabilitatea economică. În al doilea rând, standardele de calitate pentru centrele respiro (un beneficiar în cameră și personal calificat) sunt considerate prea restrictive. În al treilea rând, persoanele intervievate susțin că persoanele cu dizabilități se adresează acestor servicii când este deja prea târziu, putând primi îngrijiri și asistență de calitate doar într-un centru rezidențial. Serviciile de protecție socială din primării consideră centrele de tip respiro ca fiind soluția mai atrăgătoare pentru a oferi asistenți personali concediul de odihnă sau de boală. Cu toate acestea, întrucât majoritatea asistenților personali provin din familiile beneficiarilor, se consideră că sunt reticenți să lase beneficiarii într-un centru, chiar și pentru o perioadă scurtă de timp. „Majoritatea părinților”, explică un reprezentant al ONG, „nu sunt pregătiți emoțional”. Cercetarea a arătat că județele în care s-au înființat centre de tip respiro au fost obligate să înceteze serviciile și să integreze soluțiile pentru situații de criză în serviciile existente.

*Sursa:* Cercetare calitativă desfășurată de Banca Mondială (martie - aprilie 2021)

## 3.2. Dezvoltarea serviciilor - aspecte și bariere

### Responsabilități și resurse

**DGASPC plasează responsabilitatea pentru dezvoltarea serviciilor comunitare pe umerii serviciilor de asistență socială din cadrul primăriilor.** Una dintre cele mai clare constatări ale studiului este negarea responsabilității pentru dezvoltarea serviciilor comunitare. Fără echivoc, DGASPC consideră că responsabilitatea revine serviciilor de asistență socială din cadrul primăriilor. DGASPC cred că serviciile de asistență socială cunosc mai bine comunitățile și sunt mai competente să analizeze nevoile acestora. Totuși, când acestea din urmă încearcă să înființeze servicii comunitare, constată că este dificil să acționeze sub constrângerea normelor impuse de standardele de calitate și de nomenclatura serviciilor

sociale.<sup>186</sup> Legislația neclară face ca instituțiile să poată pasa cu ușurință responsabilitățile, așadar și beneficiarii, de la unele la altele. Ca o soluție, DGASPC ar dori să aibă mai multă putere legală să își exercite funcția și solicite putere de coerciție asupra autorităților locale. Acest tip de argument scoate la lumină o abordare relativ dominantă asupra dizabilității, și anume, modelul medical, care se concentrează asupra afecțiunilor persoanei și modului în care acestea pot fi tratate,<sup>187</sup> mai degrabă decât asupra barierelor sociale în calea includerii și participării sociale, bariere care pot fi îndepărtate prin servicii de sprijin. Persoanele intervievate au făcut diferența între diagnosticul medical și evaluarea socială, delegând diferite instituții să se ocupe de diferite probleme.

#### Caseta 19: Responsabilități pentru dezvoltarea serviciilor comunitare

„Am cerut autorităților locale să înființeze centre de îngrijiri de zi. Nu a vrut nimeni. Au spus că abia au bani pentru salarii, nicidecum pentru înființarea de noi servicii. Nu există măsuri coercitive, nicio modalitate de responsabiliza primăriile.” - Director DGASPC, Regiunea Sud

„Autoritățile locale sunt obligate prin lege să deschidă servicii comunitare, dar sunt încăpățânate. Ar putea să intervină mai bine decât DGASPC, în special în cazurile în care oamenii nu au neapărat nevoie de instituționalizare. Singura propunere pe care autoritățile locale o fac DGASPC este admiterea persoanelor în centrele rezidențiale ale acestei instituții.” – Director DGASPC

„Este nevoie să se înființeze case de nebuni, îmi pare rău că spun asta, dar persoanele cu schizofrenie paranoică nu au ce să caute în comunitate; sunt un pericol pentru ceilalți. Iar primăria din [numele județului] dă prioritate necesităților sociale față de cele medicale. [...] DGASPC este un serviciu de asistență socială, nu unitate de psihiatrie.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

*Sursa:* Interviu calitativ desfășurat de Banca Mondială cu directorii ai DGASPC (martie - aprilie 2021).

**Costurile asociate dezvoltării serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități sunt considerate a fi prea mari.** Costurile mari asociate înființării serviciilor comunitare<sup>188</sup> sunt deseori invocate ca o barieră în calea dezvoltării serviciilor. În general, obținerea finanțării ridică o serie de probleme. În primul rând, nu toate DGASPC au capacitatea tehnică de a scrie proiecte. Reprezentanții DGASPC descriu procesul ca fiind prea complex și prea greu chiar și pentru a fi inițiat. În al doilea rând, majoritatea persoanelor intervievate care vorbesc despre fonduri nerambursabile fac trimitere la programul de interes național (PIN) inițiat de ANDPDCA. Programul, susțin acestea, prevede o contribuție costisitoare din partea consiliilor județene, fapt care determină reticență și chiar refuzul direct al planurilor de dezvoltare a serviciilor. Alte probleme menționate în legătură cu PIN se referă la metodologia vagă și complicată și la acoperirea parțială a costurilor, ceea ce, în unele cazuri, conduce la instituționalizarea prelungită a persoanelor cu dizabilități care au nevoi mai mari de sprijin și pentru care nu s-au putut finanța soluții în comunitate.

**Costurile reale pentru derularea serviciilor împiedică, de asemenea, întreținerea serviciilor și dezvoltarea acestora.** Legislația actuală stipulează un standard de cost pentru fiecare tip de serviciu social

<sup>186</sup> Mai precis, participanții fac trimitere la Ordinul nr. 82/2019 privind aprobarea standardelor specifice minime de calitate obligatorii pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități și la Hotărârea nr. 857/2015 privind clasificarea serviciilor sociale.

<sup>187</sup> A se vedea Adams și Grieder (2004).

<sup>188</sup> Acest argument nu este susținut de lucrările de specialitate privind serviciile comunitare pentru persoane cu dizabilități, acestea arătând că costurile asociate tranziției către servicii comunitare sunt mai mici decât cele necesare funcționării marilor instituții rezidențiale (Castellani 1996; Dempsey și Nanverkis 2006; Axelsson, Granier și Adams 2014), fără a mai lua în calcul eficiența economică a unor servicii care, pot împiedica întru totul instituționalizarea.

(atât rezidențial, cât și comunitar) pentru persoane adulte cu dizabilități.<sup>189</sup> În prezent, standardul de cost este definit ca suma minimă aferentă cheltuielilor anuale necesare pentru furnizarea de servicii sociale, calculată per beneficiar din fiecare tip de serviciu social, luând în considerare standardele minime de calitate și/sau alte criterii prevăzute de lege. Standardul de cost este utilizat pentru a determina sumele alocate bugetelor locale din anumite venituri ale bugetului de stat, pentru a furniza servicii sociale. Așa cum s-a menționat în Capitolul 1, standardele de calitate sunt considerate prea rigide de către FSS pentru a fi îndeplinite cu fondurile disponibile, fapt care îngreunează sau elimină uneori inovația și creativitatea din procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități. Persoanele intervievate au dificultăți să îndeplinească obligația de a găzdui maximum doi rezidenți în cameră sau de a asigura îmbrăcăminte adecvată.

#### Caseta 20: Finanțarea ca barieră în calea dezvoltării serviciilor

„Nici legislația nu prea ajută. Când a fost lansat PIN, opinia noastră era că metodologiile trebuie să fie cât se poate de clare și de simple, dar nu a fost așa. Când este vorba despre cheltuieli publice, situația se schimbă. Am ridicat toate aceste întrebări în legătură cu PIN: Cum se desfășoară procesul de achiziții publice? Care sunt criteriile de selecție? În țara noastră sunt intabulate mii de proprietăți. Cum ar trebui să concepem caietul de sarcini? Acestea pot părea detalii neimportante, dar pot conduce la situații neplăcute pentru funcționarii publici. Consiliul județean a spus pur și simplu nu.” - Director DGASPC, Regiunea Vest

„Toate fondurile disponibile sunt pentru centre comunitare. După evaluarea beneficiarilor noștri, am concluzionat că doar 30 pot fi transferați în locuințe protejate. Restul sunt țintuiți la pat, au probleme medicale complexe, nu au nicio șansă să fie integrați conform standardelor de calitate pentru locuințe protejate.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Est

„De când a fost înființat DGASPC, în 2005, au avut loc multe discuții și dezbateri privind închiderea centrelor rezidențiale și despre cât de important este să fim cât se poate de aproape de persoanele cu dizabilități, de locuințele acestora. Am auzit mesajul și ne-am pus imediat pe treabă. Totuși, avem șanse foarte mici să fim pionieri acum. Când legislația era mai laxă, puteam să înființăm mai multe servicii. Acum însă trebuie să mergem la Nomenclatorul serviciilor sociale și să vedem ce putem să dezvoltăm.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

*Sursa: Interviu calitativ desfășurat de Banca Mondială cu directori ai DGASPC (martie - aprilie 2021).*

**Directorii DGASPC se plâng de lipsa infrastructurii, și anume, teren, clădiri, personal pentru serviciu și parteneri privați în comunitate.** Înființarea serviciilor comunitare depinde de buna colaborare a părților interesate. Există județe în care nu se pot încheia parteneriate între DGASPC și autoritățile locale, astfel încât accesul la terenuri și clădiri este dificil, dacă nu chiar imposibil. Totodată, serviciile comunitare depind de existența și disponibilitatea specialiștilor (asistenți sociali, psihologi, logopezi etc.) care să lucreze în viitoarele centre. DGASPC reclamă lipsa competențelor la nivel județean. În final, există puțini furnizori de servicii privați, ceea ce face dificilă înființarea serviciilor.

<sup>189</sup> Hotărârea Guvernului nr. 426/2020 privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale. Anexa 2. Centrele rezidențiale și locuințele maxim protejate au standarde de cost mai ridicate decât serviciile comunitare, după cum urmează: Centre de îngrijire și asistență pentru persoane adulte cu dizabilități (66.853 RON/an/beneficiar); Centre de recuperare și reabilitare pentru persoane adulte cu dizabilități (67.920 RON); Centre pentru viață independentă pentru persoane adulte cu dizabilități (64.700 RON); Locuințe maxim protejate (60.932 RON); Locuințele minim protejate (33.282 RON); Centre de zi (25.439 și 29.851 RON); Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (16.284 RON); Centre de tip respiro/criză (52.000 RON); Echipe mobile (36.669 RON); Servicii de îngrijire la domiciliu (14.728 RON).

## Parteneri în procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități

Această secțiune discută procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități din prisma problemelor întâlnite și a modelelor ideale de parteneriat. În această analiză vor fi luați în considerare actori din trei categorii: serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor, DGASPC (personal de conducere și coordonatori de servicii) și reprezentanți ai ONG. Autoritățile centrale sunt, de regulă, considerate a fi ANDPDCA și, în unele cazuri, Ministerul Muncii, iar autoritățile locale sunt considerate a fi serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor, DGASPC și consiliile județene. În general, dezvoltarea serviciilor comunitare este un proces izolat, întrucât instituțiile și organizațiile colaborează rareori unele cu celelalte, cu excepția cazului în care sunt obligate prin lege. Există două niveluri de colaborare. **Primul** este cel în care instituțiile colaborează cu entitățile cărora le sunt subordonate. În procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare, serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor cooperează cu consiliile locale, iar DGASPC comunică de rutină cu consiliile județene care sunt ordonatori de credite. Când sunt contractate servicii cu FSS privați, aceștia țin legătura cu DGASPC și serviciile de protecție socială. Acest tip de angrenare este reprodus în continuare în colaborarea cu autoritățile centrale, participanții descriind colaborarea cu ANDPDCA ca fiind pur formală. **Al doilea** nivel de colaborare este mai personalizat și se materializează în soluționarea unor probleme specifice. Conform tuturor actorilor intervievați, un model ideal de colaborare este cel construit pe dialogul reciproc, incluzând atât entitățile publice, cât și pe cele private.

### *Colaborarea cu autoritățile centrale*

**Colaborarea cu autoritățile centrale depinde de tipul actorilor și de obiectivele urmărite.** Serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor descriu colaborarea cu ANDPDCA ca fiind pur formală, aceasta însemnând că este limitată la aspecte administrative. Serviciile de protecție socială interacționează cu autoritățile centrale pentru licențierea serviciilor sau pentru clarificări privind chestiuni legislative specifice. În afara acestor relații, interacțiunile între nivelul local și cel central cu privire la managementul dizabilităților sunt aproape sau total inexistente. Reprezentanții serviciilor de protecție socială spun că, atunci când cer ajutorul ANDPDCA pentru a explica detalii specifice legate de licențiere, primesc asistență meticuloasă și la timp, fapt care sugerează că este loc pentru construirea unor parteneriate mai eficiente între toate părțile implicate. Prin contrast, FSS privați descriu colaborarea lor cu ANDPDCA ca fiind problematică și susțin că ANDPDCA nu are niciun rol în dezvoltarea serviciilor comunitare. Mulți reprezentanți ai ONG intervievați descriu autoritățile centrale ca fiind inflexibile și autoritare, atitudine care, în opinia lor, stânjenește procesul de dezvoltare a serviciilor.

**Serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor și FSS privați simt că vocile lor nu se aud când se elaborează planuri și strategii pentru servicii.** Serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor susțin că doar DGASPC sunt consultate cu privire la probleme legate de dizabilități și consideră că serviciile comunitare nu se pot dezvolta fără cunoștințele și competențele lor. Această problemă se reflectă în modul în care sunt lansate ocaziile de finanțare, unii considerând că programele de finanțare nu sunt adecvat corelate cu nevoile identificate la nivel local. De pildă, serviciile de protecție socială din cadrul primăriilor consideră că reducerea dimensiunilor și reorganizarea marilor centrelor rezidențiale este o prioritate nejustificată. Această opinie este prezentată de DGASPC care solicită implicarea mai activă a serviciilor de protecție socială ale primăriilor în elaborarea strategiilor de dezvoltare. Strategiile de nivel local ar spori nivelul de răspundere al serviciilor de protecție socială din primării pentru dezvoltarea serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități, încurajând participarea acestora. În același timp,

FSS privați acuză faptul că nu sunt consultați când se elaborează strategia națională pentru dizabilități și că ONG-urile care participă sunt selectate arbitrar. Aceștia susțin că numărul de zile alocate dezbaterii publice și transparenței este insuficient, că mecanismele de feedback sunt puține și că nu există indicatori măsurabili și proceduri obiective pentru selectarea ONG-urilor participante.

**Deciziile centralizate privind procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare pun probleme atât FSS privați, cât și celor publici.** FSS privați se plâng de durata procesului de dezvoltare a serviciilor comunitare, în special a acelor finanțate din fonduri nerambursabile. Aceștia semnalează probleme legate de achizițiile publice, colaborarea cu autoritățile centrale și calea oficială de documentare. Totodată, FSS publici sugerează descentralizarea ca soluție pentru facilitarea unui proces mai eficient din punct de vedere al timpului necesar pentru dezvoltarea serviciilor.

#### Caseta 21: Colaborarea dintre FSS și autoritățile centrale

„Nu am primit sprijin din partea autorităților centrale în dezvoltarea serviciilor. Colaborarea noastră a culminat cu răspunsul primit de la Ministerul Muncii, că „dacă nu suntem de acord [ar trebui] să închidem servicii, iar persoanele cu dizabilități nu au un loc în comunitate.” Relația noastră cu ANDPDCA este una de control, amenințări și încetare a serviciilor.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„Rolul DGASPC nu poate fi mai mare decât al serviciilor de protecție socială, care sunt mai aproape de persoanele cu dizabilități. Nu poți dezvolta servicii comunitare dacă nu cunoști beneficiarii. DGASPC nu poate cunoaște toți beneficiarii, întrucât gestionează întreaga populație cu dizabilități din țară.” - Serviciul de protecție socială, Regiunea Sud

„Pentru persoanele cu autism, de pildă, avem nevoie de un plan național, de o strategie. Am început procesul acum zece ani, dar nu am progresat foarte mult. Instituțiile ar trebui să colaboreze și să elaboreze proceduri centrate pe persoană, nu centrate pe serviciu; ar trebui să desfășoare campanii de conștientizare a nevoilor persoanelor cu dizabilități. Tulburările din spectrul autist cu greu pot fi calificate ca fiind dizabilități mintale.” - reprezentant ONG, Regiunea Sud

„Am abordat Ministerul Muncii cu modificări la legislația specifică, iar ei au spus că schimbarea legilor este treaba lor, nu a mea; a mea este să aplic legea așa cum este.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„O parte din problemele noastre provin din modul în care autoritățile centrale folosesc cuvântul *poate*. *Poate* este interpretabil și depinde de viziunea dintr-o comunitate, iar nu de nevoile beneficiarilor. Dacă legiitorul spune că serviciile de protecție socială au obligația de a face ceva, puteți fi siguri că acel ceva se va face. Dacă lăsați lucrurile la toanele unuia sau altuia, este clar că vor fi întotdeauna lucruri mai importante decât serviciile sociale.” - Director DGASPC, Regiunea Sud

„Venind din sectorul privat, simt că poți să rezolvi o mulțime de probleme dând un telefon; îți susții cauza, iar situația ta se poate rezolva. Privind lucrurile din perspectivă instituțională, am înțeles că, chiar dacă există voință, lucrurile nu se fac într-o zi, așa cum se întâmplă în sectorul privat. Ne-a luat doi ani să înțelegem că, chiar dacă un reprezentant spune că, de exemplu, va fi actualizat costul standard, mai sunt încă multe etape ale procesului și mulți actori implicați. Am înțeles lucrurile astea, dar nu suntem de acord.” - reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest

„În 2015, am elaborat primul plan de închidere a unui centru rezidențial. Anul acesta vom inaugura serviciul. Au trecut șase ani. Copiii pe care i-am evaluat în 2015 nu mai sunt în sistemul de protecție. Toate planurile frumoase pe care le-am făcut nu mai sunt valabile. Procesele de achiziții publice au întârziat dezvoltarea. Constructorii au venit, s-au contestat reciproc și apoi s-au contestat din nou. Am avut un alt proiect pentru persoanele cu dizabilități, început în 2006 și finalizat în 2015. Atât de mult a luat să înființăm un serviciu rezidențial.” - reprezentant ONG, Regiunea Vest



„Să vă dau un exemplu de autorizare și licențiere a unui serviciu: era mult mai bine când autorizarea și licențierea unui serviciu se puteau face la nivel județean; circuitul documentelor era mai simplu, ne lua 10 minute să adunăm toate documentele într-un dosar. Acum totul este la București. Comisia se reunește din an în paște, până decid și ne trimit decizia... Dați-ne o șansă să contestăm decizia și așa mai departe... Durează ceva timp.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Est

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC/DAS/ONG (martie - aprilie 2021).

## Colaborarea cu autoritățile locale și alți FSS

**Dezvoltarea serviciilor comunitare pentru persoane cu dizabilități este un proces izolat.** Instituțiile și organizațiile care dezvoltă servicii colaborează rareori unele cu celelalte. Singura formă de colaborare între autoritățile locale și cele județene implicate în gestionarea dizabilităților apare când serviciile de protecție socială și DGASPC își sprijină reciproc obiectivele și își promovează serviciile în rândul beneficiarilor. În afară de aceasta, fiecare susține că serviciile se înființează fără asistență, parteneriat sau colaborare cu alte instituții sau organizații. În lipsa unor mecanisme de colaborare, furnizorii comunică rutinier cu instituțiile către care raportează. În acest sens, serviciile de protecție socială se bazează pe consiliile locale, iar DGASPC pe consiliile județene pentru ajutor cu infrastructura, întrucât consiliile au în atribuții alocarea clădirilor și terenurilor, aprobarea bugetelor, planificarea, criteriile de eligibilitate și regulamentele de funcționare. FSS privați interacționează cu serviciile de protecție socială și cu DGASPC atunci când se contactează servicii.

**DGASPC sunt contestate atât în rolul de furnizori de servicii, cât și în ceea ce privește abordarea lor asupra dizabilității.** În timp ce există un consens general că DGASPC joacă un rol fundamental în dezvoltarea serviciilor comunitare, există și nemulțumiri privind rolurile multiple îndeplinite simultan. FSS privați susțin că DGASPC ar trebui să realizeze evaluări mai cuprinzătoare ale nevoilor, în loc să fie copleșite de obligațiile de a evalua nevoile și de a furniza, coordona și monitoriza servicii. În plus, la contractarea serviciilor, FSS privați reclamă abordarea DGASPC față de dizabilitate, despre care consideră că pune trei tipuri de probleme. În primul rând, se spune că DGASPC aplică o politică tranzacțională în contractarea serviciilor sociale, care se concentrează mai mult asupra costurilor de înființare, decât asupra măsurii în care serviciile răspund nevoilor beneficiarilor. În al doilea rând, se consideră că DGASPC nu mai sunt interesate de persoanele cu dizabilități după ce acestea trec în comunitate și nu mai accesează servicii. În al treilea rând, DGASPC sunt văzute ca infantilizând persoanele cu dizabilități, negându-le orice șansă de a face alegeri, de a avea preferințe și de a se implica activ în modul în care își trăiesc viețile.

### Caseta 22: Nemulțumirile FSS private față de DGASPC

„DGASPC ar trebui să evalueze nevoile și apoi să încheie contracte de servicii. Nu ar trebui să presteze servicii.” - reprezentant ONG, Regiunea Vest

„DGASPC și, în special, comisiile lor de evaluare a persoanelor cu dizabilități, au o abordare birocratică față de persoanele cu dizabilități. Nu sunt interesați de problemele acestora; vor documentația și la revedere. Abia au timp sau intenția de a-ți cunoaște problemele.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„Dacă comisia de evaluare a persoanelor cu dizabilități ar funcționa dincolo de atribuțiile sale birocratice și ar săpa puțin mai adânc pentru a descoperi necesitățile oamenilor și ar face o bază de date cu acestea, [ar fi extraordinar]. În consecință, dacă necesitățile ar fi discutate cu ONG sau alte autorități competente, ca și cu persoanele cu dizabilități și cu reprezentanții acestora, s-ar putea elabora o strategie, iar DGASPC ar vedea cine poate deservi aceste necesități.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„DGASPC nu ne-a ajutat cu nimic. Răspunsul lor a fost întotdeauna direct, spunând că nu este domeniul lor de interes și că, după ce o persoană părăsește instituția, DGASPC nu mai poate face nimic.” - reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest

„Primim toate aceste e-mailuri de la DGASPC: *Schizofrenie, atac cerebral, ficat... Trimiteți-ne costurile, dacă aveți locuri disponibile.* Îi interesează doar costurile, nu istoricul bolii oamenilor, dacă doresc să locuiască în comunitate, care este povestea lor, unde au locuit, dacă sunt sau nu sprijiniți de familie. [În ultimul e-mail] de la DGASPC ne întrebau dacă putem primi 25 de beneficiari, fără niciun fel de informații despre aceștia. [...] Nu sunt obiecte, nu sunt sacoșe de cumpărături pe care le poți muta după cum crezi de cuviință.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu reprezentanți ai ONG (martie - aprilie 2021).

**Se consideră că externalizarea serviciilor prezintă un potențial ridicat pentru dezvoltarea acestora pe viitor.** Acest lucru se aplică în mod special contextelor în care serviciile nu sunt deja externalizate, fie din lipsa furnizorilor privați din zonă, fie din lipsa parteneriatelor între instituțiile publice și cele private. Sunt mai multe căi de interpretare. Pe de o parte, sistemul public de protecție este perceput ca fiind suprasolicitat și având nevoie drastică de schimbări. Toți directorii de DGASPC intervievați reclamă lipsa de inițiativă a autorităților locale cu privire la serviciile comunitare pentru persoane cu dizabilități, în special, și la rolul asistenței sociale, în general. Aceasta se traduce în obligația DGASPC de a instituționaliza persoanele cu dizabilități care nu ar putea să rămână altfel în propriile locuințe. Pe de altă parte, responsabilitatea de a dezvolta serviciile comunitare pentru persoane cu dizabilități nu este clar alocată, fapt care conduce la un ciclu nesfârșit în care responsabilitatea este preluată, alocată și refuzată.

#### **Caseta 23: Externalizarea ca opțiune de dezvoltare a serviciilor**

„DGASPC nu poate să oblige primarul sau orice altă autoritate locală să angajeze un asistent social sau să înființeze un serviciu social. Vorbim și dezbatem; dacă este cineva acolo să ne audă, așa să fie.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Est

„A fost dificil să facem autoritățile locale să înțeleagă ce este asistența socială. Încă nu am terminat, nu toată lumea a înțeles. Dar, în timp, cu fiecare nou ciclu electoral, am desfășurat aceste discuții cu toți primarii, explicându-le utilitatea asistenței sociale și necesitatea de a angaja asistenți sociali. - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

„Externalizarea este viitorul prestării acestor servicii. Sistemul de protecție de stat este copleșit și trebuie să se schimbe. Avem nevoie de diversificarea furnizorilor privați de servicii conform nevoilor oamenilor. Nu sunt suficiente servicii sociale. - Director DGASPC, Regiunea Sud

„Avem nevoie de altă viziune. Serviciile comunitare și parteneriatele sunt indispensabile. Instituțiile de stat sunt singure în acest proces. Societatea civilă ar trebui să fie conștientizată, există resurse, doar că noi nu știm cum să le accesăm. Există această reticență; ne lipsește motivația, se pare că plutim în această inerție.” - Director DGASPC, Regiunea Sud

*Sursa:* Interviu calitative desfășurate de Banca Mondială cu directorii ai DGASPC (martie - aprilie 2021).

**În unele cazuri, însă, externalizarea conduce la nemulțumiri și animozitate între furnizorii privați și publici de servicii.** Câteva DGASPC sunt în proces de reorganizare datorită externalizării serviciilor, ceea ce conduce la tensiuni neașteptate între furnizorii de servicii. În județele în care serviciile DGASPC sunt subcontractate, procesul nu a fost atât de reușit pe cât se aștepta, în special din cauza diferențelor de filozofie privind îngrijirile. FSS privați sunt considerați de reprezentanții DGASPC a avea o viziune diferită asupra persoanelor cu dizabilități, antrenându-i în activități sub abilitățile lor și, în unele situații, alegând beneficiarii cu cele mai mari niveluri de autonomie personală și cu cele mai mari șanse de a trăi independent. În fine, a fost evidențiată prezența unui dublu standard în licențierea serviciilor sociale din

sectorul privat și a celor din sectorul public, reprezentanții DGASPC considerând că este mai ușor pentru un ONG să înființeze un serviciu și să acceseze fonduri externe. Semnificativ, experiența reprezentanților ONG intervievați evidențiază o situație mai degrabă inversă.

#### Caseta 24: Provocări legate de externalizarea serviciilor

##### ○ Viziunea asupra dizabilității

„Activitățile în care ONG angajează persoanele cu dizabilități nu sunt pentru aceștia. Fac mai ales jocuri pentru copii, mult sub capacitatea lor. Noi [furnizorii de servicii publice] încercăm să oferim exact serviciile de care au nevoie persoanele cu dizabilități, ne concentrăm asupra inserției pe piața forței de muncă, pe socializare, reabilitare... chestii practice. Nu este în regulă doar să te joci cu ei sau să le dai rechizite de colorat.”

##### ○ Colaborarea între serviciile comunitare private și publice

„Am observat că multe ONG care derulează proiecte finanțate din fonduri europene au o perspectivă pe termen scurt; desfășoară niște activități cu beneficiarii, își fac proiectele și mâine pleacă. Și toată lumea-i fericită că și-a încasat banii. Nu le pasă ce se întâmplă cu persoanele cu dizabilități. Iar povara cade pe umerii noștri, noi trebuie să lucrăm în fiecare zi cu beneficiarii, să-i însoțim la muncă, și facem asta pe timpul și pe banii noștri, cu mașinile noastre. Angajatorii pe noi ne sună când un beneficiar este în criză; nu o să sune niciodată o ONG.”

##### ○ Suprapunerea serviciilor oferite

„Există unele proiecte care se suprapun cu oferta furnizorilor publici de servicii: beneficiarii dintr-o locuință protejată merg la un centru de zi înființat de o ONG într-un proiect. Ne suprapunem. Noi încercăm să oferim un serviciu, iar ei, altul. Dar este foarte dificil de coordonat, iar cea mai mare nemulțumire a noastră este că se presupune că noi prestăm acele servicii. ONG ar trebui să furnizeze servicii pentru persoanele cu dizabilități care trăiesc în comunitate.

*Sursa:* Interviu calitativ desfășurat de Banca Mondială cu directorii ai DGASPC (martie - aprilie 2021).

**Deși încărcată de dificultăți și nemulțumiri, colaborarea în procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare rămâne obiectivul majorității FSS.** Deși prezintă o gamă largă de obstacole în calea colaborării cu actorii relevanți din comunitate pentru planificarea eficace a dezvoltării serviciilor comunitare, FSS rămân hotărâți să își conjuge eforturile în acest proces cu cele ale altor părți interesate locale. O imagine a relațiilor ideale de colaborare cuprinde deseori trimiteri la: (i) dialog și transparență; (ii) analiza nevoilor; (iii) posibilități de finanțare; (iv) participarea comunității; (v) prestarea serviciilor într-un mod centrat pe persoană (pentru descrieri mai detaliate ale fiecărui aspect, a se vedea Caseta 25).

#### Caseta 25: Elemente pentru relații ideale de colaborare în dezvoltarea serviciilor comunitare

##### ○ Dialog și transparență

Datele din interviuri arată că următoarele grupuri de părți interesate participă la înființarea serviciilor comunitare: ANDPDCA, DGASPC, serviciile de protecție socială, consiliile locale, consiliile județene, ONG sau alți furnizori privați, comunitatea, persoanele cu dizabilități. Deși pot avea priorități diferite, toți acești actori își exprimă dorința de a fi mai activ implicați în procesul de tranziție către comunitate. Părțile interesate susțin că ANDPDCA ar trebui să stabilească mecanisme de consultare și feedback și să fie mai transparentă în procesele de comunicare. Aceasta este în aceeași măsură o critică și o oportunitate, demonstrând că managementul dizabilităților este o chestiune care preocupă toți actorii antrenați în acest proces și că aceștia ar fi dispuși să aloce din timpul, energia și resursele lor pentru înființarea unor servicii cu adevărat utile. În plus, ANDPDCA ar trebui să interacționeze mai mult cu consiliile locale și județene pentru a le convinge să considere tranziția către servicii comunitare o prioritate, fapt care ar putea construi o punte între partidele politice, limitând influențele politice asupra modului de dezvoltare a serviciilor comunitare. Dialogul a fost unul dintre cuvintele cheie rostite repetat în discuțiile despre parteneriatul ideal și despre angajamentul public față de serviciile pentru persoane cu dizabilități. Implicarea activă a tuturor părților interesate ar conduce la un nivel superior de satisfacție privind serviciile, sporirea calității îngrijirilor și la sustenabilitatea serviciilor pe termen lung.

- **Analiza nevoilor**

Dezvoltarea unui serviciu comunitar începe de la o analiză cuprinzătoare a nevoilor beneficiarilor. DGASPC și serviciile de protecție socială, autorități mai implicate în managementul dizabilităților la nivel local și județean, dețin cel mai mare nivel de competență pentru analiza nevoilor. Ideal, susțin participanții la cercetare, cele două instituții ar trebui să colaboreze pentru a identifica nevoile și a le corela cu resursele comunității. ONG, fie furnizori de servicii, grupuri de autoreprezentare sau organizații ale persoanelor cu dizabilități, ar trebui implicate ca parteneri activi în proces. Rezultatele ar trebui puse la dispoziția tuturor părților interesate.

- **Posibilități de finanțare**

O evaluare complexă a nevoilor conduce la identificarea sau crearea posibilităților adecvate de finanțare. Programul de interes național lansat de ANDPDCA a atras atenția a 27 de proiecte, iar actuala posibilitate de înființare a centrelor de tip respiro este considerată în continuare o investiție riscantă. Participanții la cercetare solicită surse de finanțare conforme cu necesitățile lor. Această recomandare are potențialul de a spori interesul pentru depunerea propunerilor de proiecte, în perspectiva creării unor servicii comunitare mai sustenabile pentru persoanele cu dizabilități. În plus, persoanele intervievate au solicitat ca metodologiile să fie mai explicite, mai simple și mai accesibile. Această cerință își poate avea originea în lipsa de cunoștințe sau abilități a funcționarilor publici de a scrie și depune cereri de finanțare. O posibilă soluție ar fi organizarea mai multor cursuri pe tema accesării finanțărilor nerambursabile.

- **Participarea comunității**

Furnizorii trebuie să asigure participarea comunității locale în procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare. Vrând, nevrând, localnicii nu înțeleg pe deplin ce înseamnă dizabilitatea și sunt încă sceptici față de acceptarea persoanelor cu dizabilități în comunitate. Există nenumărate exemple de situații în care serviciile au reușit să determine implicarea persoanelor din comunitate. Acesta este, într-adevăr, un proces cronofag, construit pe baza campaniilor de conștientizare, pe forme de ajutor mutual, pe schimburi și reciprocitate. În cazurile în care s-a reușit implicarea comunității, succesul s-a datorat participării unor organizații cum este biserica și asociațiile religioase.

- **Abordarea centrată pe persoană în prestarea serviciilor**

Serviciile comunitare pentru persoane cu dizabilități trebuie să aspire la și să promoveze principiile abordării centrate pe persoană. Cercetările arată că mai este loc de îmbunătățiri în ceea ce privește formarea personalului, adoptarea planificării centrate pe persoană la nivel de politici, precum și definirea dizabilității intelectuale conform actualelor standarde.

*Sursa:* Cercetare calitativă desfășurată de Banca Mondială (martie - aprilie 2021).

## Prestarea serviciilor pe baza abordării centrate pe persoană

**Centrarea pe persoană este un aspect esențial al dezvoltării și prestării serviciilor, care pornește de la ierarhizarea nevoilor și preferințelor persoanelor cu dizabilități în funcție de prioritatea acestora.** Planificarea centrată pe persoană este o abordare cu rădăcini în efortul de a „înțelege experiența de viață a persoanelor cu dizabilități de dezvoltare și de a lucra cu acestea și cu aliații lor pentru a schimba în bine această experiență”.<sup>190</sup> Trecerea de la abordările centrate pe serviciu la cele centrate pe persoană se fundamentează pe tensiunea dintre afecțiune și capacitate. Cu alte cuvinte, furnizorii trebuie să se concentreze asupra capacității și talentelor, iar nu pe deficitul persoanei, și să determine cele mai bune modalități prin care persoanele cu dizabilități pot fi sprijinite să își valorifice talentele, iar cele care se angajează să ajute persoanele cu dizabilități să își descopere și să își îndeplinească viziunile și visele pentru viitor.<sup>191</sup> În acest scop, este nevoie de un transfer de putere de la personal și profesioniști ai sănătății către

<sup>190</sup> O'Brien, O'Brien și Mount (1997).

<sup>191</sup> Idem

persoană, familia, prietenii și comunitatea acesteia,<sup>192</sup> pe baza principiilor participării, autodeterminării, alegerii personale, capacitării și respectului.<sup>193</sup>

#### Caseta 26: Principiile centrării pe persoană

1. Persoana se găsește în centru.
2. Familia și prietenii sunt parteneri în planificare.
3. Planul reflectă ceea ce este important pentru persoană, capacitatea sa și sprijinul de care are nevoie.
4. Planul se materializează în acțiuni care se referă la viață, nu doar la servicii, reflectând ce este posibil, nu doar ce este disponibil.
5. Planul are ca efect ascultarea permanentă, învățarea și continuarea acțiunilor.

*Sursa: Sanderson (2000).*

**Majoritatea serviciilor comunitare adoptă o definiție medicală a dizabilității, ceea ce înseamnă că accentul se pune pe afecțiunile persoanei, mai degrabă decât pe capacitățile și necesitățile acesteia.** Majoritatea persoanelor cu dizabilități au probleme medicale complexe, iar FSS tind, în general, să facă priorități din aceste nevoi, fapt care conduce la o înțelegere fragmentată a persoanei. Medicalizarea dizabilității se produce implicit, întrucât este înrădăcinată în instrumentele folosite pentru evaluarea inițială care, în unele cazuri, favorizează istoricul medical și diagnosticul. Planurile personalizate sunt formulate pornind de la evaluarea inițială, reproducând la nesfârșit categorii medicale. Organizațiile de activiști intervievate critică această abordare, argumentând că îngrijirile nu trebuie oferite conform unei rețete universale, iar centrele comunitare trebuie să țină cont de personalitatea, temperamentul și diferența persoanei.

**Activitățile oferite persoanelor cu dizabilități în comunitate depind de serviciile, infrastructura și personalul disponibile.** În esență, în abordarea centrată pe serviciu, persoana este încadrată în rubricile programului. Literatura de specialitate atrage atenția asupra faptului că „persoanele cu dizabilități trebuie să trăiască în locuințe, nu în programe, și trebuie să lucreze la locuri de muncă, nu în ateliere”.<sup>194</sup> Beneficiarii sunt uneori acceptați într-o anumită locuință protejată sau într-un anumit centru de zi pentru că acestea sunt singurele servicii disponibile în zonă. Chiar dacă există servicii în alt oraș sau în altă comună, criteriile de eligibilitate îi „leagă” deseori de serviciile din localitatea unde au domiciliul. Această situație se întâlnește însă rareori, întrucât nu există servicii dintre care persoanele cu dizabilități să poată alege. Posibilitățile de alegere sunt limitate la ceea ce este disponibil. Cele mai nefericite cazuri relatate de persoanele intervievate sunt cele în care o persoană trece din sistemul de protecție a copiilor în cel de protecție a adulților. Odată ce ajunge la majorat și nu se mai califică pentru a beneficia de servicii în sistemul de protecție a copiilor, tânărul știe foarte puține lucruri despre serviciile pentru adulți, consecința fiind că, în multe situații, înregistrează regrese în tratament sau terapia fizică. La cealaltă extremă, activitățile desfășurate sunt la fel de vaste cum este personalul angajat de un serviciu. Există numeroase cazuri în care beneficiarii fac kinetoterapie, de pildă, chiar dacă nu au nevoie sau nu doresc acest tip de intervenție, pur și simplu pentru că centrul a angajat un specialist.

**La stabilirea sprijinului acordat persoanelor cu dizabilități, personalului serviciului tinde să decidă în numele beneficiarilor.** Aceasta înseamnă că persoanele cu dizabilități nu dețin controlul asupra asistenței și serviciilor pe care le primesc, puterea de decizie revenind personalului. Procesul de evaluare a beneficiarilor și de stabilire a sprijinului este descris ca unul în care, de regulă, echipe multidisciplinare se

<sup>192</sup> Sanderson (2000).

<sup>193</sup> O'Brien și O'Brien (2000).

<sup>194</sup> Mansell și Ericcson (1996: xii).

întâlnesc și discută despre persoană. Abordarea centrată pe persoană sugerează o schimbare a perspectivei, de la discuția *despre persoană* la *discuția cu persoana*.<sup>195</sup> Personalul serviciului are uneori dificultăți în a accepta autonomia beneficiarilor și, după cum observă coordonatorii de servicii și FSS, principala tendință pe care trebuie să o depășească angajații este de a trata persoanele cu dizabilități ca pe copii, iar nu ca pe adulți. Problema își are rădăcinile în atitudinea personalului față de persoanele cu dizabilități, consecințele manifestându-se sub forma restricționării accesului la servicii, în condițiile în care personalul joacă rolul de „cerberi”.

**Famiiliile, în special părinții, sunt considerate a fi prea protectoare, fapt care îngreunează tranziția persoanei către viața autonomă sau independentă.** FSS descriu familiile nu doar ca fiind supraprotectoare, ci și ca ezitante în a permite persoanelor să dea curs ocaziilor de ocupare în muncă, de a se deplasa în afara centrului comunitate sau de a interacționa cu comunitatea. Această atitudine este însă dăunătoare când este vorba despre aplicarea principiilor asistenței centrate pe persoană. Membrii familiei trebuie să fie parteneri egali în stabilirea viziunii unei persoane asupra viitorului și în planificarea sprijinului pentru aceasta. Respingerea contribuției familiei pe motivul că este excesiv de protectoare reduce șansele acesteia de a se implica și ignoră cunoștințele enorme pe care aceasta le poate avea despre persoana în cauză.

**Procedural, cu ajutorul studiilor privind nivelul de satisfacție, furnizorii se asigură că serviciile sunt centrate pe persoană și că persoanele cu dizabilități sunt antrenate în organizarea și funcționarea serviciilor.** Standardele de calitate impun tuturor furnizorilor de servicii să administreze tuturor beneficiarilor chestionare privind satisfacția. Studiile însă măsoară nivelul satisfacției după prestarea serviciului, de obicei, la un an după admiterea beneficiarilor, fiind astfel un instrument ineficient pentru promovarea posibilității de a alege, spre deosebire de feedback-ul primit periodic sau permanent care poate influența mai eficient calitatea serviciilor prestate. Datele nu sunt întotdeauna centralizate<sup>196</sup> și nu este întotdeauna clar dacă se produc schimbări ca urmare a culegerii acestora. Mai mult, chestionarele sunt uneori date și semnate, beneficiarii exprimându-și rareori nemulțumirea față de servicii. Întrucât, în multe situații, angajații serviciului ajută beneficiarii să completeze chestionarele, calitatea datelor culese poate fi afectată de un nivel considerabil de subiectivitate. Datele calitative au evidențiat un furnizor de servicii unde chestionarele erau completate anonim de beneficiari împreună cu voluntari sau studenți. În cadrul aceluiasi serviciu, angajații erau concediați pe baza reacțiilor negative ale beneficiarilor, dar acest exemplu în care se iau măsuri în urma feedback-ului primit de la beneficiari este mai degrabă izolat. În general, chestionarele privind satisfacția par a fi instrumente folosite pentru a da persoanelor cu dizabilități iluzia alegerii.

**Noțiunea de viață independentă are definiții diverse de la furnizor la furnizor, fapt care o face neadecvată pentru stabilirea obiectivelor, planificarea asistenței și măsurarea rezultatelor pentru persoanele cu dizabilități.** FSS și coordonatorii de servicii definesc viața independentă ca însemnând: interacțiunea dintre personal și persoană; a face noi cunoștințe; a merge la biserică sau la alte servicii comunitare; obținerea unui scaun rulant sau a altor dispozitive asistive; gestionarea timpului; gestionarea banilor; găsirea unei locuințe; găsirea și ocuparea unui loc de muncă. Definițiile iau în considerare dizabilitatea, domiciliul, participarea familiei, serviciile disponibile. Pentru ca acest concept să aibă un

<sup>195</sup> A se vedea Smull et al. (2005) despre Essential Lifestyle Plan, un instrument oficializat și larg folosit al abordării centrate pe persoană. Instrumentul explică diferența dintre a vorbi despre și a vorbi cu persoana în planificarea asistenței individuale.

<sup>196</sup> Aspecte legate de culegerea și analizarea datelor privind nivelul de satisfacție a beneficiarilor față de serviciile primite sunt tratate în capitolele anterioare pe tema serviciilor comunitare.

impact semnificativ, ar trebui cuantificat, astfel încât progresele să poată fi măsurate pe baza unor criterii specifice persoanei și pe baza normelor actuale privind înțelegerea și definirea dizabilității. Doar 36% dintre locuințele protejate au asigurat formarea personalului pe tema „viață independentă” în 2020,<sup>197</sup> dar în absența materialelor și formatorilor certificați, nu este clar cum se asigură corespondența dintre cursuri și principiile vieții independente și nici în ce măsură prestarea serviciilor este fundamentată în practică pe aceste principii.

#### Caseta 27: Modul în care FSS înțeleg abordarea centrată pe persoană

- **Accent pe afecțiune**

„Personalul trebuie să învețe să presteze aceste servicii în funcție de specificul bolii, fie aceasta neuromotorie, mintală sau de altă natură. Avem nevoie de un plan de dezvoltare fundamentat pe natura dizabilității și trebuie să instruiem familiile.” - Serviciul de protecție socială, Regiunea Centru

„Includerea în comunitate este exclusă. 98% din ei au probleme medicale grave. Nu poți să faci asistență socială și nici abilitare și reabilitare cu ei.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Vest

„Ne-am evaluat beneficiarii acum doi ani și am aflat care le sunt cerințele, acolo unde pot fi modificate.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Vest

- **Limitarea posibilității de a alege**

„Beneficiarii noștri au diverse probleme mintale. Unii dintre ei doresc lucruri pe care nu le putem oferi. Tot aud despre reintegrare în comunitate, vor să meargă acolo, dar neavând servicii pe care le pot accesa, pe lângă mulțimea de probleme medicale, preferăm să-i ținem la noi în centru, mai degrabă decât să le dăm drumul în comunitate. Ferească Domnul, ar putea ajunge fără adăpost sau exploatați.” - Coordonator de serviciu, Regiunea Sud

„Problema nu este dacă persoanele cu dizabilități sunt sau nu discriminate. Eu aș regândi întreaga problemă. Există oferte de servicii pentru persoanele cu dizabilități? Dacă există și ele nu au acces, atunci, da, aș spune că sunt discriminate. Dacă nu există, îmi este greu să înțeleg cum poate o persoană să se simtă discriminată dacă nici măcar nu știe la ce servicii poate avea acces.” - reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest

„Nu putem vorbi despre integrare în comunitate când nu există o rețea de servicii. Acestea sunt doar idealuri la care noi, cei care știm cum ar trebui să fie lucrurile, aspirăm.” - Serviciul de protecție socială, Regiunea Centru

„Dacă s-ar construi centrul de zi, ar fi mai bine. Nu știu de vreun serviciu în orașul nostru, așa că orice în plus este binevenit. Însă nu este suficient pentru persoanele cu dizabilități. Centrul de zi pe care îl avem este la peste 40 de km distanță. Psihologul vine de trei ori pe săptămână, iar ergoterapeutul, de două.” - Director DGASPC, Regiunea Sud-Est

„Serviciul nostru luptă pentru beneficiari, dar suntem oarecum limitați. Ideal, ar trebui să existe modalități prin care să putem ajuta oamenii integrați în comunitate. Nu există servicii care să ne ajute să-i ajutăm și să avem oarecare control în același timp, să vedem cum se descurcă.” - Coordonator de serviciu, Regiunea Nord-Est

- **Decizii substituite**

„Echipa multidisciplinară este solidă, iar primul pas pentru specialiști a fost să vadă ce pot oferi. Au reușit să se cunoască mai bine reciproc, pentru a putea discuta despre beneficiari, și fac tot ce pot pentru a oferi sprijin conform nevoilor beneficiarilor.” - Coordonator de serviciu, Regiunea Centru

„Insistăm asupra abilităților practice și a ceea ce oamenii pot face. Dacă o persoană are abilități practice, punem accentul pe lucrul manual. Trebuie să ne dăm seama care sunt punctele lor forte și să lucrăm cu ei. Dacă nu, se pierd în pictat și desenat. Încercăm să-i tratăm ca pe adulți.” - Coordonator de serviciu, Regiunea Nord-Vest

<sup>197</sup> Date din studiul realizat în 100 de locuințe protejate de Banca Mondială în perioada aprilie - mai 2021.

„Chiar dacă au 25 de ani, sunt îndrumați să citească Scufița Roșie, fără a se ține cont că poate ar vrea să afle mai multe despre fete sau muzică sau mai știu eu ce. Aceasta este principala problemă a sistemului educațional: nu te învață despre lucrurile astea, iar când găsești de lucru într-un centru, procedezi cum crezi de cuviință, chiar dacă acolo există o echipă care te sprijină.” - reprezentant ONG, Regiunea Centru

„Întâlnim colegi care nu cred că este important să lucreze cu beneficiarii în scopul vieții independente. Să vă dau un exemplu. Ne-am străduit enorm să învățăm personalul cum să lucreze cu beneficiarii. Am sugerat să le deschidem conturi bancare și să le dăm responsabilitatea de a plăti 5 lei pe lună pentru menținerea contului. [Personalul s-a opus, spunând] „De ce ar face asta? Lăsați sărmanii oameni în pace, știu eu mai bine.” [...] Trebuie să consiliem și angajații, și beneficiarii, iar asta necesită timp. De ce aș repeta de 100 de ori? Repetă de atâtea ori de câte este necesar pentru ca ei să înțeleagă și să își îmbunătățească comportamentul.” - Director DGASPC, Regiunea Nord-Vest

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC/ONG și cu coordonatori de servicii (martie - aprilie 2021).

## Integrarea și complementaritatea serviciilor

**Apar dovezi la nivel internațional că serviciile integrate pot conduce la rezultate mai bune pentru beneficiari, în special pentru cei cu cerințe complexe.** Deși există mai multe abordări asupra integrării serviciilor (a se vedea Caseta 28), când este folosit, cuvântul „integrare” se referă de obicei la fuzionarea a două sau mai multe servicii publice, cum ar fi social, medical, educație, ocupare și prestații în bani, pentru a evita lacunele, duplicările și suprapunerile în prestarea serviciilor.<sup>198</sup> Alte beneficii ale integrării serviciilor se referă la rentabilitatea, accesibilitatea și calitatea serviciilor, atât din perspectiva beneficiarilor, cât și a furnizorilor de servicii.<sup>199</sup> În sens larg, expresia „servicii integrate” se referă la o serie de operațiuni menite să îmbunătățească coordonarea serviciilor și rezultatele pentru beneficiari. În sens mai specific, integrarea reprezintă o serie de abordări și de modele menite să genereze conectare, corelare și colaborare în cadrul și între servicii la nivel financiar, administrativ, organizațional, operațional și clinic.<sup>200</sup> Persoanele cu dizabilități pot fi nevoite să aleagă dintr-o varietate de servicii integrate, ca o strategie eficientă pentru depășirea unor situații complexe de viață prin soluții de colaborare, și utilizarea mai bună a resurselor, cu rezultate îmbunătățite pentru beneficiari.<sup>201</sup> Integrarea serviciilor se poate realiza în diverse moduri, printre care: managementul cazului (evaluarea, planificarea și coordonarea prestării serviciului pentru fiecare persoană), ghișeu unic (o singură persoană de contact pentru toate serviciile) și diverse tipuri de parteneriat sub forma echipelor multidisciplinare sau colaborării între două sau mai multe organizații.<sup>202</sup>

<sup>198</sup> Serviciile individuale, cum sunt serviciile sociale și serviciile de ocupare în muncă, pot fi eficiente și eficiente pentru clienți în mod independent, dar pot exista lacune sau duplicări în ofertă. Serviciile particulare oferă o imagine imperfectă a cerințelor fiecărei persoane sau familii în ansamblu, fapt care poate conduce la soluții ineficiente la problemele individuale. În loc să colaboreze, instituțiile și serviciile lor se suprapun frecvent. Taylor (2009).

<sup>199</sup> OECD (2015: 20-24).

<sup>200</sup> Richardson & Patana (2012).

<sup>201</sup> Lara Montero et al. (2016)

<sup>202</sup> Idem



**Caseta 28: Abordări asupra integrării serviciilor**

**Integrarea verticală** a serviciilor este posibilă prin colaborarea diferitelor niveluri de îngrijire (spital, clinică și servicii medicale comunitare, de exemplu). Integrarea verticală se poate referi la organizare, finanțare sau management.

Pe de altă parte, **integrarea orizontală** combină servicii, profesii și organizații din mai multe sectoare, anterior disociate, pentru a oferi servicii mai bune clienților cu diverse dezavantaje și nevoi complexe. Integrarea orizontală poate avea loc la nivel național, regional, local sau operațional, putând fi realizată prin:

- *localizare comună* (toate instituțiile în același loc, reducând astfel deplasările și costurile pentru utilizatorii serviciilor)
- *colaborare* (un pas esențial în reducerea lacunelor în servicii pentru utilizatorii acestora - înseamnă că furnizorii de servicii colaborează prin schimb de informații și formare profesională, creând o rețea de furnizori, cu scopul de a impulsiona calitatea serviciilor)
- *cooperare* (cea mai amplă formă de integrare, definită ca situația în care specialiștii comunică și lucrează la cazul unui beneficiar, de exemplu, în mici echipe clinice sau reprezentând mai multe servicii).

*Sursa: Richardson & Patana (2012). Integrated Services and Housing Consultation; OECD (2015), Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*

**Mulți furnizori de servicii nu consideră o prioritate integrarea și complementaritatea serviciilor pentru persoane cu dizabilități.** Mai mulți reprezentanți ai DGASPC au subliniat faptul că se concentrează asupra restructurării serviciilor rezidențiale, iar nu asupra integrării sau sporirii complementarității ofertei de servicii. Această situație este îngrijorătoare, întrucât arată că restructurarea și dezvoltarea serviciilor care să răspundă nevoilor de sprijin ale persoanelor cu dizabilități în afara instituțiilor rezidențiale nu sunt văzute ca procese reciproc constitutive. Bariera cel mai des menționată în calea complementarității și integrării este lipsa diverselor servicii din comunitate. Astfel, integrarea și complementaritatea par a fi secundare dezvoltării serviciilor, în timp ce, de fapt, ar trebui văzute ca mergând mână în mână. Cu toate acestea, integrarea și complementaritatea, precum și calitatea vieții persoanelor cu dizabilități, sunt limitate de lipsa accesului la locuințe sociale, de numărul mic de servicii la domiciliu licențiate și de numărul insuficient al asistenților sociali și managerilor de caz.

**Pentru a facilita integrarea și complementaritatea serviciilor sociale, persoanele cu dizabilități și îngrijitorii acestora trebuie să primească informații actualizate periodic privind serviciile sociale, alți furnizori de servicii și autoritățile publice.** Mai mulți furnizori de servicii sociale au evidențiat necesitatea de a înființa o bază de date online cu serviciile relevante (medicale și sociale), în care toți furnizorii de servicii s-ar putea înregistra, prezentând clar serviciile oferite, responsabilitățile și structurile de finanțare. Reprezentanții ONG au evidențiat necesitatea de înființare a unui birou finanțat din fonduri publice la nivel local care ar culege toate informațiile necesare privind diverșii furnizori de servicii și la care persoanele cu dizabilități și îngrijitorii acestora ar putea apela pentru îndrumări.

**Caseta 29: Recomandare privind o bază de date națională/locală a serviciilor**

Lipsa cunoștințelor privind serviciile disponibile este considerată de participanții la cercetare ca un tip de discriminare. O soluție propusă de câțiva specialiști din domeniu este înființarea unei baze de date naționale sau locale în care să fie înscrise toate serviciile. Directorul unui serviciu de asistență socială susține că cel mai simplu lucru „ar fi ca, după ce primesc certificatul de dizabilitate, persoanele cu dizabilități să vadă toate serviciile disponibile pentru ei. Lucrurile ar fi foarte clare. S-ar gândi așa: «Am nevoie de educație sau formare profesională. Unde pot să mă duc? Există centrul acesta de includere sau pot să mă adresez serviciului de asistență socială,

deoarece ei îmi plătesc prestațiile și-mi dau cupoane de transport. Pot să merg la cutare sau cutare serviciu pentru terapie ABA.» Se pierd în marea de nevoi comunitare și rămân singuri cu problemele.” (Serviciul de asistență socială, Regiunea Centru). Un reprezentant al unui ONG sugerează o idee similară: „Nu există suficiente informații cu privire la ofertele disponibile. Nu poți să deschizi un website cum este [www.dizabilitati.ro](http://www.dizabilitati.ro), să dai click pe tipul tău de dizabilitate și să găsești furnizorii publici și privați de servicii. Sau cel puțin să te direcționeze către un număr de telefon unde poți să suni. Nu există. Nu există o campanie în scris privind viața persoanelor cu dizabilități în orașul nostru. Nu un ziar ca atare, ci un magazin lunar în care fiecare ONG să poată să scrie un articol, să își prezinte serviciile și să li se recunoască succesele sau eșecurile.” (Reprezentant ONG, Regiunea Nord-Vest)

Această idee nu este nouă. Regatul Unit a introdus un registru național al serviciilor în care persoanele cu dizabilități pot, de pildă, să găsească centre de zi după codul poștal al acestora.<sup>203</sup> Services Australia își propune să ofere informații despre toate serviciile sub motto-ul „Vom simplifica serviciile guvernamentale, astfel încât dumneavoastră să vă puteți vedea de viață”,<sup>204</sup> iar National Disability Services<sup>205</sup> oferă un registru similar cu peste 1.200 furnizori de servicii neguvernamentali.

*Sursa: Cercetare calitativă desfășurată de Banca Mondială (martie - aprilie 2021).*

**Integrarea serviciilor care răspund diverselor nevoi ale persoanelor cu dizabilități trebuie organizată astfel încât, prin segregare și izolare în comunitate<sup>206</sup>, prin prestarea serviciilor într-un mediu izolat, să nu constituie o încălcare a dreptului la viață în comunitate.** O parte dintre furnizorii de servicii DGASPC subliniază că în instituțiile rezidențiale se prestează servicii integrate, ținând cont de faptul că diversele activități (recuperare și reabilitare, medicale, de pregătire profesională etc.) sunt oferite de beneficiari în același loc. În timp ce instituțiile rezidențiale pot răspunde anumitor nevoi ale persoanelor cu dizabilități în timp ce acestea locuiesc acolo, instituționalizarea nu poate asigura includerea în comunitate și încalcă dreptul la viață independentă. Similar, printre alte exemple de servicii prestate integrat care sunt incompatibile cu includerea și participarea în comunitate menționate de partenerii noștri în interviuri se numără activitățile din centre de zi, locuințele protejate și activitățile de recuperare oferite ca parte a aceluiași complex de servicii în care persoanele cu dizabilități sunt ținute cu prea puține legături cu lumea de afară sau cu serviciile pentru populația generală.

**Planul individual de servicii (PIS) constituie un instrument adecvat, dar prea puțin folosit pentru planificarea unei abordări integrate asupra prestării serviciilor pentru persoane cu dizabilități.** Planul individual de servicii este documentul care prezintă obiective pe termen mediu și lung și modalitățile prin care se vor realiza asistența, intervențiile, activitățile și serviciile prevăzute în programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS).<sup>207</sup> Persoanele intervievate au arătat că PIS trebuie utilizat ca o ocazie de a planifica un serviciu integrat pentru persoanele cu dizabilități.

**ONG au reușit mai bine să aplice o abordare individualizată și integrată asupra serviciilor necesare persoanelor cu dizabilități.** Pe de o parte, în acest scop, a fost necesară planificarea și definirea serviciilor necesare și aspirațiilor persoanei cu luni sau săptămâni înainte, cu participarea acesteia. În termeni

<sup>203</sup> A se vedea <https://www.gov.uk/day-care-centres>

<sup>204</sup> A se vedea <https://www.servicesaustralia.gov.au>

<sup>205</sup> A se vedea <https://www.nds.org.au/>

<sup>206</sup> Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliul Europei (2012).

<sup>207</sup> Legea nr. 448/2006. O analiză detaliată a utilizării PIS se găsește în „Raport de analiză a implementării planurilor individualizate pentru persoanele adulte cu dizabilități,” corespunzător livrabilului nr. 7 din cadrul Acordului privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la suport pentru accelerarea tranziției persoanelor cu dizabilități de la servicii rezidențiale la servicii la nivelul comunității (P168518).

concreți, această abordare a permis oamenilor să opteze pentru transferul din instituții sau servicii rezidențiale către servicii comunitare, precum și să solicite asistență în obținerea și păstrarea unui loc de muncă și a unei locuințe. Integrarea a implicat identificarea serviciilor sociale relevante și a ofertelor sau oportunităților pertinente prezente pe piață (piața închirierilor de locuințe, pe OLX, anunțuri oferte de locuri de muncă etc.), precum și sprijinirea persoanelor în gestionarea acțiunilor următoare (întâlnirea cu proprietarul, pregătirea pentru interviul la angajare etc.).

## Managementul cazului

**Asigurarea integrării serviciilor este una dintre sarcinile managerilor de caz.** Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale definește managementul de caz ca metoda de integrare și coordonare a tuturor activităților sociale destinate grupurilor vulnerabile.<sup>208</sup> În special, managerul de caz trebuie să coordoneze, monitorizeze și evalueze implementarea planurilor individuale de servicii (PIS). FSS s-au referit la managerii de caz și asistenții sociali ca fiind cei mai importanți actori în facilitarea integrării și complementarității serviciilor pentru persoane cu dizabilități. Este îngrijorător faptul că acesta este grupul profesional considerat suprasolicitat și afectat de insuficiența personalului, precum și de dificultăți în recrutarea specialiștilor pentru posturile vacante.

**Managerii de caz răspund de evaluarea beneficiarilor și de facilitarea accesului acestora la servicii comunitare.** Conform standardelor de calitate<sup>209</sup>, managerul de caz are sarcina de a evalua sau a coordona evaluarea serviciilor educaționale, sociale, medicale, de locuire, de ocupare și altele din comunitatea în care trăiesc beneficiarii, cu sprijinul asistenților sociali locali sau a membrilor comisiilor multidisciplinare. Activitatea managerului de caz cuprinde și evaluarea măsurii în care serviciile sunt accesibile beneficiarilor. Rezultatele evaluării se încorporează în raportul de evaluare a beneficiarului, care evidențiază atât resursele disponibile în comunitate (inclusiv servicii sociale și servicii de masă), cât și problemele legate de acces.

**Managementul de caz joacă un rol central și pentru asigurarea abordării centrate pe persoană în prestarea serviciului.** Managementul cazului implică integrarea și coordonarea serviciilor sociale adresate persoanelor cu dizabilități. Activitățile de management al cazului trebuie desfășurate cu respectarea autonomiei individuale și demnității inalienabile ale persoanelor cu dizabilități, precum și a drepturilor acestora la viață independentă și la luarea propriilor decizii.<sup>210</sup> Astfel, managerii de caz lucrează cu persoanele cu dizabilități la elaborarea planurilor individuale ale acestora, trebuind să fie actori cheie în trecerea la servicii comunitare. În prezent, managerii de caz întâlniți în număr mare la nivelul serviciilor coordonate de DGASPC, al serviciilor sociale coordonate de autoritățile publice (DAS/SPAS), cei mai mulți fiind asistenți sociali. Doar unul dintre ONG intervievate a menționat conlucrarea cu managerii de caz.

**Angajarea managerilor de caz rămâne o problemă pentru majoritatea furnizorilor de servicii.** În unele cazuri, DGASPC nu reușesc să angajeze manageri de caz care să lucreze cu persoanele cu dizabilități din centre rezidențiale sau din comunitate, din cauza lipsei resurselor financiare. Acest fapt a condus la dificultăți în obținerea acreditării serviciilor sociale ale DGASPC. Mecanismele de finanțare a posturilor de

<sup>208</sup> Art. 6 litera u).

<sup>209</sup> Ordinul nr. 814/2019, standardul 2, cerința minimă 8.

<sup>210</sup> A se vedea Standardele specifice minime obligatorii de calitate privind aplicarea metodei managementului de caz în protecția persoanelor adulte cu dizabilități din 9.08.2019.

manager de caz depind de fondurile direcționate de consiliile județene, iar lipsa acestor fonduri periclitează procesul de angajare, întrucât instituțiile trebuie, iar uneori nu reușesc, să „convingă” consiliul județean să finanțeze aceste posturi.

**Activitățile de management al cazului se desfășoară ineficace, din cauza numărului insuficient de specialiști cu profiluri adecvate și, în consecință, din cauza volumului de muncă nerealist.** Deși legislația prevede un raport de 1 manager de caz la 50 de beneficiari care locuiesc în centre rezidențiale sau în comunitate,<sup>211</sup> prevederile legii nu sunt întotdeauna clare pentru unii furnizori de servicii. Chiar și atunci când autoritățile publice (direcțiile de asistență publică) încearcă să respecte raportul obligatoriu, eforturile sunt stânjenite de lipsa resurselor pentru a angaja specialiști, lipsă care determină desemnarea ca manager de caz a singurului asistent social angajat. De asemenea, în anumite județe, lipsa personalului corespunzător calificat pentru managementul cazului a condus la desemnarea ca manageri de caz a asistenților sociali și psihologilor deja angajați în instituții rezidențiale ori a unor manageri de caz care nu au contact direct cu clienții. După cum au arătat persoanele intervievate, suprasolicitarea managerilor de caz și aparenta lipsă a managerilor de caz care să lucreze cu persoanele cu dizabilități în comunitate conduce la lipsa cunoștințelor despre situații individuale, îngreunând în continuare coordonarea, monitorizarea și evaluarea cu eficacitate a aplicării planurilor individuale de servicii.

## Disponibilitatea personalului calificat pentru dezvoltarea serviciilor comunitare

**Majoritatea furnizorilor de servicii sociale și unii furnizori privați de servicii au semnalat dificultățile cu care se confruntă în asigurarea unui număr suficient de angajați în organizațiile lor.** Principalul motiv invocat a fost lipsa candidaților cu calificări corespunzătoare care să ocupe posturile vacante publicate. Problema atragerii unor angajați calificați este și mai stringentă în anumite regiuni geografice/județe, precum și în cazul posturilor pentru care se cer anumite studii universitare. Cel puțin un DGASPC a considerat că stabilirea unui parteneriat cu o universitate pentru a oferi stagii de practică și a angaja proaspeți absolvenți ai acesteia, în timp ce altele s-au gândit la parteneriate cu organisme ale profesiilor (Colegiul Psihologilor sau Colegiul Asistenților Sociali) pentru a asigura formarea profesională a specialiștilor. Problema atragerii unui număr suficient de angajați este chiar și mai gravă în cazul ONG care nu pot oferi același nivel de salarizare pentru același nivel de competență și de calificare ca FSS publici. Chiar dacă ONG ar reuși să atragă suficient personal, acestea au convingerea că personalul lor este insuficient remunerat. Ca soluție la problema asigurării personalului calificat, un ONG a organizat un program acreditat de formare pentru anumite calificări: asistent social, asistent personal și infirmieră.

**Se consideră că legislația în domeniul dezvoltării serviciilor comunitare este ambiguă și trebuie modificată.** FSS au semnalat probleme legate de lipsa de aplicabilitate și de neclaritatea standardelor de calitate. Aceștia susțin că atunci când solicită clarificări din partea autorităților centrale, răspunsurile primite sunt ambigue. Obstacolul considerat cel mai dificil de depășit este legat de personalul care ar trebui angajat în centrele comunitare. Mai întâi, specialiștii sunt greu de găsit și angajat în orașele mici și

---

<sup>211</sup> Hotărârea nr. 797/2017 din 8 noiembrie 2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal.

în comune iar unii furnizori de servicii au fost obligați să înceteze serviciile. Apoi, există diferențe de interpretare cu privire la personalul necesar pentru funcționarea centrelor de zi. Mai multe persoane intervievate remarcă dispariția posturilor de psihopedagogi din organigrame și delegarea evaluării beneficiarilor către autoritățile publice din domeniul social în loc de asistenții sociali angajați ai centrelor. Mai mult, FSS privați care își desfășoară activitatea în mai multe județe susțin că legea este interpretată diferit de la județ și județ.

**Deficitul de personal poate continua să pună probleme pentru dezvoltarea serviciilor comunitare în viitor.** Chiar când nivelul de ocupare a posturilor erau considerate satisfăcătoare, furnizorii de servicii au reclamat dificultăți în asigurarea personalului pentru extinderea serviciilor comunitare. Domenii specifice de competență profesională au fost puternic afectate de deficitul de personal, mai ales asistenți sociali și psihologi (la nivel local), logopezi (în anumite județe), terapeuți ocupaționali (din lipsa structurilor formale de instruire) și specialiști în lucrul cu persoanele cu autism (la nivel național, cu excepția Municipiului București).

**Personalul care lucrează în instituții rezidențiale pentru persoane cu dizabilități trebuie să beneficieze de formare adecvată pentru a evita reproducerea formelor instituționalizate de prestare a serviciilor.**<sup>212</sup>

Un număr considerabil de furnizori publici și privați subliniază nevoia de reinstruire al personalului pentru a garanta dreptul la viață independentă a persoanelor cu dizabilități care folosesc aceste servicii. Angajații actuali ai serviciilor sociale pentru persoane cu dizabilități (rezidențiale și comunitare) sau alte servicii sociale (de exemplu, pentru copii) vor trebui să își dezvolte competențe noi și diferite, pentru a putea sprijini cu succes persoanele cu dizabilități în realizarea dreptului lor la viață independentă. Scopul reinstruirii a fost descris ca însemnând schimbarea atitudinilor, mentalităților și modalităților consacrate de lucru în instituțiile rezidențiale și alte unități de protecție socială. Se consideră că noile competențe înseamnă: (i) înțelegerea principiilor vieții independente și, mai larg, a drepturilor persoanelor cu dizabilități; (ii) depășirea tendinței de a stabili relații de subordonare cu persoanele cu dizabilități; (iii) acceptarea și încurajarea autonomiei persoanelor cu dizabilități și a dreptului lor de a decide în toate chestiunile legate de viețile lor. În practică, aceasta înseamnă desfășurarea sarcinilor zilnice de rutină (hrănire, alegerea hainelor etc.) împreună și în coordonare cu clienții, iar **nu pentru** aceștia.

**Lipsesc resursele adecvate pentru instruirea personalului.** Majoritatea furnizorilor de servicii au evidențiat importanța învățării pe tot parcursul vieții și a perfecționării profesionale continue a personalului (cu și fără studii superioare) în procesul de tranziție la servicii comunitare, precum și a dorinței personalului de a participa la programe de formare. Cu toate acestea, furnizorii de servicii au raportat și lipsa resurselor pentru formare profesională. În plus, mai mulți FSS s-au plâns de calitatea programelor de formare disponibile, subliniind lipsa de relevanță a acestora pentru activitățile curente. Pentru ca programele de formare profesională să devină adecvate pentru lucrul cu persoane cu dizabilități, FSS consideră că acestea trebuie să aibă legătură mai puternică cu experiența din teren și să cuprindă abordări practice în procesele de predare și învățare (de exemplu, analiza studiilor de caz).

**Formarea profesională a personalului poate fi asigurată în programe naționale și prin promovarea cooperării regionale, naționale și internaționale între furnizorii de servicii.** Cea mai bună soluție pentru

<sup>212</sup> European Union for Fundamental Rights (2018: 56).

a răspunde necesităților de instruire ale personalului, după cum au sugerat reprezentanții FSS, constă într-un program național adresat tuturor angajaților care lucrează direct și zi de zi cu persoane cu dizabilități, indiferent de pregătirea formală a acestora (de exemplu, pentru îngrijitori). Mulți FSS consideră că schimburile de experiență cu alți furnizori de servicii la nivel regional, național și internațional constituie ocazii valoroase de învățare și dezvoltare profesională în contextul dezinstituționalizării. Personalul DGASPC a stabilit canale informale pentru schimbul de cunoștințe cu alte DGASPC din aceeași regiune, în timp ce unele ONG au organizat vizite anuale la FSS din străinătate sau programe de schimb de lucrători (subliniind beneficiile atât din prisma veniturilor mai mari, cât și a competențelor dobândite). Astfel de inițiative trebuie încurajate și oficializate, întrucât par a conduce la ocazii valoroase de învățare și perfecționare profesională.

## Asistență personală

**Asistența personală este unul dintre serviciile esențiale pentru viața independentă, dar există dificultăți privind asigurarea accesului la servicii.** Conform legilor în vigoare,<sup>213</sup> persoanele cu dizabilități grave pot beneficia de asistent personal sau pot opta pentru alocația de îngrijire. În martie 2020, doar 32% dintre persoanele eligibile pentru asistență personală sau alocație de îngrijire au beneficiat de servicii (74.186 persoane), cu disparități mari între țări și localități.<sup>214</sup> Angajarea asistenților personali este considerabil mai costisitoare decât alocațiile de întreținere și reprezintă o povară financiară pentru autoritățile locale, conform reprezentanților DAS intervievați. În consecință, primăriile tind să ofere persoanelor cu dizabilități și îngrijitorilor acestora alocații, mai degrabă decât asistenți personali angajați sau exercită presiuni asupra asistenților personali să înceteze contractele de muncă, ceea ce conduce la sporirea poverii asupra familiilor persoanelor cu dizabilități, întrucât majoritatea asistenților personali sunt membrii ai familiei.<sup>215</sup>

**Calitatea îngrijirilor și sprijinului oferite de asistenții personali diferă foarte mult.** FSS intervievați au subliniat rolul esențial pe care asistenții personali îl joacă în sprijinul persoanelor cu dizabilități care trăiesc în comunitate. Cu toate acestea, FSS care lucrează direct cu beneficiari care au asistenți personali semnalează dificultăți în menținerea comunicării eficiente și dialogului privind recuperarea acestora. În plus, FSS care oferă servicii prin intermediul echipelor mobile și îngrijiri la domiciliu au arătat că, în unele cazuri, asistenții personali nu asigură persoanelor cu dizabilități un nivel corespunzător de îngrijiri și igienă. Aceste probleme trebuie să fie prioritare în formarea asistenților personali. În 2019, doar 10 județe au oferit cursuri de formare care au cuprins mai puțin de 2% din asistenții personali din respectivele județe.<sup>216</sup> În unele situații, FSS privați compensează acest neajuns instruind ei înșiși asistenții personali ai beneficiarilor lor cu privire la modul de asigurarea a îngrijirilor medicale și personale.

<sup>213</sup> Legea nr. 448/2006. Asistenții personali sunt angajați de primării cu salariul minim net, la nivelul alocației lunare de îngrijire (în prezent, 1.348 lei) plus beneficii suplimentare.

<sup>214</sup> Banca Mondială (2021: 222).

<sup>215</sup> Conform interviurilor realizate de Banca Mondială cu directori de DGASPC pentru „Raport complex de diagnoză a centrelor rezidențiale publice pentru persoane adulte cu dizabilități,” corespunzător livrabilului nr. 3,1 din cadrul Acordului privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la suport pentru accelerarea tranziției persoanelor cu dizabilități de la servicii rezidențiale la servicii la nivelul comunității (P168518) (2020: 45)

<sup>216</sup> Banca Mondială (2021: 224).

## Accesul la serviciile adresate populației generale (educație, locuire, sănătate)

**Asigurarea accesului la serviciile comunitare incluzive este esențială pentru viața independentă și poate reduce nevoia de servicii specifice dizabilităților.** Accesul la servicii comunitare este indispensabil pentru a trăi pe deplin inclus în societate, constituind o obligație prevăzută la art. 19 din CDPD a ONU. În plus, cu cât sunt mai incluzive serviciile de mase (educație, sănătate, ocupare, transport), cu atât este mai puțin necesar să se dezvolte servicii care răspund exclusiv nevoilor persoanelor cu dizabilități.<sup>217</sup> De exemplu, instruirea personalului sanitar cu privire la modul de comunicare și de lucru cu persoane cu dizabilități poate reduce nevoia de servicii specializate de reabilitare de zi, fiind mai „rentabil și evitând riscul de segregare și substandardizare a unui serviciu specializat”.<sup>218</sup> Mulți dintre furnizorii locali de servicii intervievați au evidențiat faptul că persoanele cu dizabilități continuă să fie discriminate la nivel local la accesarea serviciilor de sănătate și de educație, precum și la căutarea unui loc de muncă. Măsurile menite să sporească nivelul accesibilității și caracterului incluziv al serviciilor generale pentru persoane cu dizabilități trebuie să devină priorități, ca pași importanți în procesul de dezvoltare a serviciilor specifice pentru dizabilități.

**Furnizorii de servicii se bazează mai ales pe asistenții sociali pentru a facilita accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile destinate populației generale.** Unele servicii apelează la infirmieri pentru facilitarea accesului la servicii medicale. Mulți dintre FSS intervievați au creat rețele de medici de familie și de medici specialiști, precum și parteneriate pe termen lung cu agențiile județene de ocupare a forței de muncă (AJOFM) cu scopul de a asigura formarea profesională și accesul persoanelor cu dizabilități pe piața forței de muncă. Unii furnizori sunt angrenați în sprijinirea persoanelor cu dizabilități să solicite locuințe sociale și să se întoarcă la școală prin programe de tip *A doua șansă* și/sau parteneriate cu inspectoratele școlare județene.

**Lipsa locuințelor sociale pentru persoane cu dizabilități continuă să determine dificultăți semnificative.** Accesul la locuințe sociale într-un termen rezonabil este esențial pentru asigurarea condițiilor de viață independentă pentru persoanele cu dizabilități care nu doresc să trăiască în locuințe protejate, dar nu își permit să închirieze o locuință pe piața liberă. Persoanele cu dizabilități, printre alte grupuri marginalizate, reprezintă una dintre categoriile eligibile pentru atribuirea locuințelor sociale, cărora autoritățile locale le pot acorda prioritate în alocarea locuințelor disponibile.<sup>219</sup> Cu toate acestea, mulți FSS au observat că, deși sprijină persoanele cu dizabilități în alcătuirea dosarului pentru obținerea unei locuințe sociale, acest demers este, de multe ori, nerealist, întrucât nu sunt disponibile<sup>220</sup> suficiente locuințe sociale și listele de așteptare sunt foarte lungi. Creșterea numărului de locuințe sociale și asigurarea priorității persoanelor cu dizabilități trebuie să fie o prioritate în dezvoltarea serviciilor la nivel local, precum și o componentă integrantă a politicii naționale în domeniul locuințelor sociale.

<sup>217</sup> Comitetul CDPD (2017: 32). Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei (2012).

<sup>218</sup> Comitetul CDPD (2017: 33).

<sup>219</sup> Banca Mondială, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (2015).

<sup>220</sup> În special în zonele urbane. A se vedea Banca Mondială, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (2015: 23).

**Programele naționale de educație trebuie să fie incluzive și direcționate către necesitățile persoanelor cu dizabilități.** Facilitarea accesului persoanelor cu dizabilități la educație este o altă provocare majoră cu care se confruntă FSS și ONG. Mai mulți FSS și coordonatori de servicii au menționat că au încercat să faciliteze accesul persoanelor cu dizabilități la programul *A doua șansă*, program desfășurat de Ministerul Educației și adresat persoanelor care nu au finalizat ciclul de învățământ primar sau secundar, dar nu se mai pot înscrie din cauza limitărilor de vârstă.<sup>221</sup> Lipsa accesibilizării și adaptărilor pentru nevoile persoanelor cu dizabilități și experiențele în general negative ale acestora au fost unele dintre problemele menționate cu referire la inclusivitatea programului. Experiențe similare au fost raportate și în încercările de a facilita accesul persoanelor cu dizabilități la cursurile de formare organizate de agențiile județene de ocupare a forței de muncă (AJOFM), care impuneau anumite niveluri de educație care nu fuseseră atinse de persoanele cu dizabilități provenite din școli speciale.

## Sprijinirea familiilor și îngrijitorilor

**În ciuda recentelor eforturi de restructurare a marilor instituții rezidențiale, una dintre principalele rute pe care persoanele cu dizabilități ajung să trăiască în comunitate este reintegrarea în familie.** Conform FSS, procesul este, în practică, în mare parte centrat pe condițiile materiale ale familiei și pe beneficiile finale la care pot avea acces după reintegrarea reușită, iar nu pe aspirațiile persoanei cu dizabilități de a fi inclusă în comunitate. Mai mult, această cale către viața în comunitate este deschisă doar persoanelor cu dizabilități instituționalizate care au familii cu suficiente resurse materiale și dispuse să le aducă acasă, constituind de fapt o discriminare a celor care nu dispun de astfel de sprijin.

**Beneficiarii și familiile acestora sunt considerați reticenți față de transferul dintr-un centru rezidențial într-unul comunitar.** Istoricul și frecvența vizitelor familiei la centrul rezidențial și creșterea numărului de solicitări de instituționalizare a persoanelor cu dizabilități venite din partea autorităților locale conduc la incertitudini cu privire la măsura în care familiile doresc includerea în comunitate a membrilor lor cu dizabilități. Aceasta reprezintă o sursă majoră de îngrijorare pentru cei care dezvoltă sau planifică dezvoltarea unor servicii comunitare și care consideră familiile ca fiind parteneri în planificarea asistenței personalizate. În plus, se consideră că nici beneficiarii nu sunt mai înclinați către a se transfera într-un alt serviciu, poate localizat în altă localitate. Pentru a asigura tranziția către viața în comunitate, trebuie sprijiniți îngrijitorii, prin evaluarea și soluționarea întregii game de nevoi ale acestora,<sup>222</sup> precum trebuie sprijinite și persoanele cu dizabilități, pentru a le capacita să ia decizii în mod autonom și să identifice sprijinul de care au nevoie.<sup>223</sup>

## Conlucrarea cu comunitățile

**Comunitățile nu se remarcă drept actori importanți în procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare.** Comunitatea în care se planifică sau se dezvoltă un serviciu este menționat ca actor important doar în cazurile în care se opune inițiativei. Înființarea unui serviciu este un proces bazat pe oportunitate, care ia în calcul resursele disponibile (clădiri, terenuri, fonduri, aprobarea consiliilor locale și județene), mai

<sup>221</sup> Ministerul Educației (n.d.).

<sup>222</sup> Grupul european de experți pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2012: 131-132).

<sup>223</sup> Grupul european de experți sugerează că procesul de creștere a încrederii și îmbunătățirea abilităților de luare a deciziilor în ceea ce privește mediul de viață al persoanelor cu dizabilități din comunitate poate fi abordat și prin asigurarea accesului la informații, sfaturi și sprijin cu privire la beneficiile și provocările vieții independente, în special de la alte persoane cu dizabilități care trăiesc deja pe cont propriu și care poate au experimentat ei înșiși instituționalizarea. (2012: 122).



degrabă decât unul care ține cont de nevoile comunității sau care planifică antrenarea activă a beneficiarilor în relații cu comunitatea. Această disociere este evidentă atunci când coordonatorii de servicii observă reticență și ostilitate față de persoanele cu dizabilități sau se confruntă cu dificultăți în găsirea și obținerea unui loc de muncă pentru beneficiari.

**Comunitatea în care se pot dezvolta servicii este percepută ca fiind reticentă să accepte persoanele cu dizabilități.** Comunitățile locale sunt considerate reticente să trăiască alături de persoane cu dizabilități, dar mai tolerante în cazul serviciilor comunitare pentru copii. Există mai multe situații în care, fie prin organizarea de proteste, fie prin coalizarea cu autoritățile locale, comunitatea se opune construirii unor servicii comunitare pentru persoane adulte cu dizabilități. În general, persoanele intervievate susțin că dezvoltarea unui serviciu comunitar trebuie să țină cont de faptul că serviciile urmează a fi prestate în comunitate, iar personalul trebuie instruit pentru a putea tempera opinia publică, spre deosebire de centrele rezidențiale, amplasate în locuri mai izolate, departe de clădirile de locuit din comunitate.

### Caseta 30: Reticența comunității

„Trebuie să începem să ne schimbăm percepția că persoanele dezavantajate trebuie izolate, separate de comunitate sau că trebuie adunate toate într-un loc, departe de oamenii normali. Acestea sunt prejudecățile cu care încă ne confruntăm.” - Director DGASPC, Regiunea Sud

„Nu ne place să recunoaștem că, atunci când vine vorba de viața persoanelor cu dizabilități în comunitate, ne confruntăm atât cu reticența localnicilor, cât și a autorităților locale. Dacă, în cazul copiilor, autoritățile locale sunt mereu deschise să ne ofere o grădiniță, un spațiu pentru afterschool sau o clădire pe care să o transformăm în locuință de tip familial, situația se schimbă dramatic când este vorba despre persoane adulte cu dizabilități. Nu spun că sunt intolerante, dar copiii și adulții sunt tratați diferit.” - Director DGASPC, Regiunea Vest

*Sursa:* Interviu desfășurate de Banca Mondială cu reprezentanți ai DGASPC (martie - aprilie 2021).

**Lucrul cu comunitățile este, așadar, deosebit de important pentru a depăși opoziția față de serviciile comunitare și pentru a asigura includerea persoanelor cu dizabilități în comunitate.** În special în procesul de dezinstituționalizare, serviciile comunitare trebuie dezvoltate ținând cont și de caracteristicile și nevoile comunităților de destinație, precum și de riscurile anticipate.<sup>224</sup> Munca privind includerea în comunitate ar trebui să se concentreze pe crearea de comunități locale incluzive, cu rețele sociale puternice („capital social”), care aduc avantaje pentru întreaga comunitate: instituții politice puternice, dezvoltare economică îmbunătățită, sănătate îmbunătățită și servicii publice mai eficiente.<sup>225</sup> Acesta nu a fost însă un demers sistematic și planificat din partea furnizorilor publici de servicii ca parte a procesului de dezvoltare a serviciilor comunitare, contactul cu comunitățile fiind mai degrabă accidental și sporadic. În plus, sunt necesare eforturi pentru a facilita contactele dintre localnicii din comunitățile în care există servicii și persoanele cu dizabilități care folosesc aceste servicii, pentru a evita izolarea și segregarea și a facilita participarea și includerea în comunitate.<sup>226</sup>

**FSS publici s-au angajat rareori în campanii de conștientizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități.** Când s-au implicat în astfel de campanii, activitățile au fost minore (fluturași, programe la posturi locale de radio etc.) sau au însemnat participarea alături de ONG sau agenți economici. Campanii mai eficiente s-au desfășurat în mai multe municipii și orașe, cu scopul de a spori vizibilitatea persoanelor cu dizabilități,

<sup>224</sup> People First of Canada/Canadian Association for Community Living (2010: 134).

<sup>225</sup> Pye și Sayce (2014).

<sup>226</sup> Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliul Europei (2012: 39).

prin organizarea de baluri, campionate de baschet etc. Mai mult, FSS publici și-au promovat serviciile (inclusiv cele rezidențiale) în campanii de promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, fapt care a condus la confuzii între cele două teme. Pe de altă parte, stereotipurile par a se fi transformat după ce localnicii au ajuns să cunoască persoanele cu dizabilități care locuiesc în aceeași comunitate și folosesc serviciile disponibile în aceasta.

### 3.3. Concluzii și recomandări

**Până acum, dezvoltarea serviciilor a fost determinată mai mult de factori externi.** Majoritatea serviciilor s-au dezvoltat ca urmare a obligației de a reduce dimensiunea marilor instituții rezidențiale, precum și ca reacție la disponibilitatea fondurilor specifice. În unele cazuri, serviciile, cum ar fi centrele de zi pentru beneficiari din locuințe protejate, s-au dezvoltat cu scopul de a îndeplini standardele de calitate. Foarte puține servicii au fost înființate ca răspuns la nevoile persoanelor cu dizabilități în comunitate, cum ar fi echipele mobile și serviciile la domiciliu. Aceste modele de dezvoltare au condus la subdimensionarea și la lipsa diversității serviciilor (locuințele protejate și centrele de zi sunt cele mai numeroase tipuri de servicii).

**Subdezvoltarea serviciilor are mai multe cauze:** (i) neclaritatea atribuțiilor și responsabilităților, precum și pasarea responsabilității privind dezvoltarea serviciilor între principalii actori; (ii) centralizarea excesivă a procesului de dezvoltare a serviciilor; (iii) lipsa personalului corespunzător calificat și a resurselor materiale și financiare; (iv) lipsa competențelor tehnice la nivel local; (v) deficitul de parteneriate cu FSS privați; (vi) rezistența comunităților față de dezvoltarea serviciilor și față de acceptarea persoanelor cu dizabilități.

**Centrarea pe persoană este rareori un principiu al dezvoltării și prestării serviciilor.** Majoritatea serviciilor comunitare adoptă o definiție medicală a dizabilității, ceea ce înseamnă că accentul se pune pe afecțiunile persoanei, mai degrabă decât pe capacitățile și necesitățile acesteia. În plus, accesul la servicii și activități este determinat de disponibilitatea acestora, de infrastructură și de personal, mai degrabă decât de nevoile persoanelor cu dizabilități. De fapt, nevoile de sprijin sunt, în general, evaluate și stabilite de către personalul serviciului, fără participarea beneficiarului, în cadrul unor discuții *despre* persoană, iar nu *cu* aceasta. Familiile tind să fie excluse ca fiind exagerat de protectoare, nefiind implicate ca parteneri în planificarea serviciului.

**Integrarea serviciilor nu este o prioritate pentru FSS.** Accentul pus exclusiv pe reducerea dimensiunii centrelor rezidențiale, împreună cu disponibilitatea limitată a serviciilor pentru persoane cu dizabilități și cu inaccesibilitatea serviciilor de masă la nivel local transformă sarcina integrării serviciilor într-o misiune imposibilă. Această situație este agravată de lipsa bazelor de date sau a birourilor care ar putea oferi informații privind serviciile disponibile, precum și de numărul insuficient de manageri de caz responsabili cu integrarea serviciilor și cu promovarea abordării centrate pe persoană în prestarea serviciilor.

**Accesul la servicii comunitare de masă este limitat.** Persoanele cu dizabilități continuă să fie discriminate la nivel local la accesarea serviciilor de sănătate și de educație, precum și la căutarea unui loc de muncă. În același timp, lipsa locuințelor sociale pentru persoane cu dizabilități continuă să determine dificultăți semnificative. Inaccesibilitatea serviciilor de masă menține sau chiar sporește cererea de servicii speciale pentru persoane cu dizabilități, constituind o barieră în calea includerii și participării active în comunitate a acestora.

Analiza din cadrul prezentului raport a condus la o serie de recomandări:

- Trebuie dezvoltate mai multe servicii comunitare, mai multe opțiuni dintre care persoanele cu dizabilități (inclusiv cele din serviciile rezidențiale) să poată alege. Lipsa opțiunilor face beneficiarii

vulnerabili - este mai probabil să accepte servicii de slabă calitate și mai puțin probabil să reclame sau să raporteze probleme/ abuzuri;

- Trebuie dezvoltate servicii care să răspundă nevoilor persoanelor cu dizabilități, pentru prevenirea instituționalizării și asigurarea includerii în societate, mai degrabă decât ca reacție la disponibilitatea fondurilor sau la cerințele legale. Serviciile trebuie dezvoltate pe baza unor evaluări reale ale nevoilor comunității și a unor consultări reale și transparente cu toate părțile interesate, inclusiv cu persoanele cu dizabilități, familiile acestora și ONG-uri;
- Principiul centrării pe persoană trebuie să stea la baza tuturor serviciilor: evaluarea nevoilor, planificare, monitorizare și feedback.
- Autoritățile locale și DGASPC trebuie să implementeze un sistem coordonat de culegere a datelor privind necesarul de servicii la nivel local (prin evaluări realizate de SECPAH, managerii de caz etc.), care trebuie actualizate periodic și care pot fundamenta strategiile județene pentru dezvoltarea serviciilor;
- Dezvoltarea serviciilor ar trebui să fie concepută într-o manieră adaptată - luând în considerare nevoile persoanelor care sunt sau vor fi dezinstituționalizate, precum și pentru prevenirea instituționalizării celor din comunitate. O abordare sistemică a proiectării și furnizării serviciilor trebuie să ia în considerare integrarea serviciilor atât pe verticală, cât și pe orizontală;
- Investiții în personal: formare profesională adecvată, creșterea salariilor, condiții de muncă mai bune;
- Măsurile menite să sporească nivelul accesibilității și caracterului incluziv al serviciilor generale pentru persoane cu dizabilități trebuie să devină priorități, ca pași importanți în procesul de dezvoltare a serviciilor specifice pentru acestea. Planificarea dezvoltării serviciilor trebuie să aibă la bază o analiză cuprinzătoare accesibilității serviciilor de masă;
- Sunt necesare mai multe campanii de conștientizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, pentru a atenua rezistența comunităților față de dezvoltarea serviciilor și pentru a asigura includerea și participarea deplină, pe picior de egalitate, a persoanelor cu dizabilități în societate. În plus față de creșterea gradului de conștientizare, ar trebui planificată și realizată munca de includere în comunitate într-un mod mai specific, pentru a identifica nevoile comunității și beneficiile suplimentare ale dezinstituționalizării.

## Bibliografie

1. Adams, N. și Grieder, D. M. (2004). *Treatment planning for person-centered care: The road to mental health and addiction recovery*. Elsevier.
2. Adunarea Generală a Națiunilor Unite (2019). *Raportul întocmit de Raportorul special privind drepturile persoanelor cu dizabilități: Notă a Secretarului general*. Cea de-a șaptezeci și patra sesiune, A/74/186. Disponibil la: <https://undocs.org/A/74/186>
3. Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (2018) *From Institutions to Community Living for persons with disabilities: perspectives from the ground*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, p. 56. Disponibil la: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives_en.pdf)
4. Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială (2019). *Inspecția socială. Raport de activitate*. Extras. Disponibil la: [https://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2020/07/RAPORT-ACTIVITATE\\_DIS\\_2019.pdf](https://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2020/07/RAPORT-ACTIVITATE_DIS_2019.pdf)
5. Alzheimer's Society (n.d.). *Types of replacement care*. Disponibil la: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/types-replacement-care>
6. Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (2003). *Gradul de implementare a standardelor de calitate pentru serviciile furnizate în instituțiile de protecție specială pentru persoanele cu handicap*. Raport.
7. Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (2020). *Rapoarte ale vizitelor de monitorizare efectuate de organismul de control*. Disponibil la: <http://andpdca.gov.ro/w/rapoarte-de-control/>
8. Axelsson C., Granier, P. & Adams, L. (2014). *Beyond De-institutionalisation: The Unsteady Transition towards an Enabling System in South East Europe*. Disability Monitor Initiative South East Europe.
9. Banca Mondială (2020). *Raport de diagnostic complex privind situația centrelor rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități (Volumul 1)*.
10. Banca Mondială (2021). *Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități din România*. București: Banca Mondială
11. Banca Mondială, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (2015). *Raport al proiectului pilot EIR: Analiză cu privire la locuințele sociale din România*. Disponibil la: [http://sgg.gov.ro/docs/File/UPP/doc/analiza\\_impact/Analiza%20privind%20locuintele%20sociale%20in%20Romania.pdf](http://sgg.gov.ro/docs/File/UPP/doc/analiza_impact/Analiza%20privind%20locuintele%20sociale%20in%20Romania.pdf)
12. Braddock, D. L. & Parish, S. L. (2001). History of disability. *Handbook of disability studies*, pp. 11-68.
13. Braithwaite, J. (2011). *The essence of responsive regulation*. University of British Columbia Law Review. 44(3): 475-520.
14. BreakingNews (2021). *Funding of €5m earmarked for nine new respite houses across country*. Disponibil la: <https://www.breakingnews.ie/ireland/funding-of-e5m-earmarked-for-nine-new-respite-houses-across-country-1085554.html>
15. Burford, G. & Adams, P. (2004). Restorative Justice, Responsive Regulation and Social Work. *The Journal of Sociology & Social Welfare*. 31(1), Art. 3. Disponibil la: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol31/iss1/3>

16. Care Alliance Ireland (n.d.). *Statement of Priorities - Budget 2020*. Guiding support for family carers.
17. Castellani, P. (1996). Closing institutions in New York State. în: Mansell, J., Ericsson, K. (editori) *Deinstitutionalization and Community Living*. Springer, Boston, MA., pp. 31-48.
18. Chiriacescu, D. (2008). Shifting the paradigm in social service provision: making quality services accessible for people with disabilities in South East Europe. *Disability Monitor Initiative South East Europe – Rights, Social Innovation and Policy Reforms*.
19. Citizens Information. (n.d.). *Respite care*. Disponibil la: [https://www.citizensinformation.ie/en/health/health\\_services/health\\_services\\_for\\_people\\_with\\_disabilities/respice\\_care.html](https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/health_services_for_people_with_disabilities/respice_care.html)
20. Clift, E. (2015). *How a rapid response team is supporting people to remain at home. Nursing older people*. 27(10).
21. Cojocariu, B. I. & Kokić, N. (2018). *Briefing on the use of EU funds for independent living*. European Network on Independent Living. Disponibil la: [http://enil.eu/wp-content/uploads/2018/04/EU-Funds-Briefing\\_web0903.pdf](http://enil.eu/wp-content/uploads/2018/04/EU-Funds-Briefing_web0903.pdf)
22. Cole, A., Williams, V. et al. (2007) *Having a good day? A study of community-based day activities for people with learning disabilities*. Social Care Institute for Excellence, pp. 6-7.
23. Council of Europe Commissioner for Human Rights (2012). *The right of people with disabilities to live independently and be included in the community. Issue paper*, pp. 32-40. Disponibil la: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1917847>
24. Comisia Europeană (2018). Ghid pentru indicatorii calitativi pentru monitorizarea și evaluarea calității serviciilor sociale, *Serviciul de Sprijin pentru Reforme Structurale – SRSS/SC2017/003 Lot 1 “Asistență tehnică adresată Ministerului Muncii și Justiției Sociale din România în domeniul beneficiilor de asistență socială și serviciilor sociale”*. Disponibil la: [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Rapoarte\\_si\\_studii\\_MMPS/DPSS/2019\\_-\\_SRSS\\_-\\_Componenta2\\_-\\_Evaluarea\\_functionarii\\_si\\_eficacitatii\\_serviciilor\\_sociale\\_-\\_1.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Rapoarte_si_studii_MMPS/DPSS/2019_-_SRSS_-_Componenta2_-_Evaluarea_functionarii_si_eficacitatii_serviciilor_sociale_-_1.pdf)
25. Comisia Europeană (2020). *Home-based formal long-term care for adults and children with disabilities and older persons*. Notă de documentare.
26. Comisia Europeană (2021). *Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. Developing independent living and reinforcing community-based services*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, p. 9.
27. Comitetul CDPD *Comentariul General nr. 1 Articolul 12: Recunoașterea egală în fața legii*, CDPD/C/GC/1
28. Comitetul CDPD (2017). *Comentariul General nr. 5 la articolul 19: Living independently and being included in the community [Viața independentă și includerea în comunitate]*, CDPD/C/GC/5.
29. Comitetul pentru Protecție Socială (2010). *A Voluntary European Quality Framework for Social Services*.
30. Council on Quality and Leadership(2010). *What Really Matters. A Guide to Person Centered Excellence*.
31. Dempsey, I. J.și Nankervis, K. (editori). (2006) *Community disability services: An evidence-based approach to practice*. Purdue University Press, pp. 19-21.
32. ENIL and GUE/NGL (2020). *Lost in Interpretation: The Use of ESI Funds during 2014 – 2020 and the impact on the right of persons with disabilities to independent living*. Disponibil la: [https://enil.eu/wp-content/uploads/2020/12/Study\\_EP\\_EN\\_09122020.pdf](https://enil.eu/wp-content/uploads/2020/12/Study_EP_EN_09122020.pdf)

33. Ericsson, K. & Mansell, J. (1996). Introduction: towards deinstitutionalization. în: Mansell, J., Ericsson, K. (editori) *Deinstitutionalization and Community Living*. Springer, Boston. Disponibil la: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4517-4\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4517-4_1)
34. Ericsson, K. & Mansell, J. (2013). *Deinstitutionalization and community living: intellectual disability services in Britain*. Scandinavia and the USA. Springer.
35. Eurocarers (n.d.). *Country profiles: Ireland*. Disponibil la: <https://eurocarers.org/country-profiles/ireland/>
36. European Quality in Social Services (2017). *EQUASS 2018. Principles, Criteria and Indicators*.
37. Fleming P., McGilloway S. & Barry S. (2016). Day Service Provision for People with Intellectual Disabilities: A Case Study Mapping 15-Year Trends in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 30(2): 383-394.
38. Grupul de experți europeni pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea bazată pe comunitate (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. Guidance on implementing and supporting a sustained transition from institutional care to family-based and community-based alternatives for children, persons with disabilities, persons with mental health problems and older persons in Europe* [Linii directoare comune la nivel european pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea bazată pe comunitate. Îndrumare cu privire la implementarea și sprijinirea unei tranziții susținute de la îngrijirea instituțională la îngrijirea asigurată de familie și la alternative de îngrijire în cadrul comunității pentru copii, persoane cu dizabilități, persoane cu afecțiuni mentale și vârstnici din Europa] Belgia: Bruxelles.
39. Grupul de experți europeni pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea bazată pe comunitate (2014). *Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care. [Instrument pentru utilizarea fondurilor Uniunii Europene pentru tranziția de la îngrijirea instituțională la cea bazată pe comunitate]* (Versiune revizuită). Disponibil la: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/toolkit-10-22-2014-update-web.pdf>
40. Healthdirect Australia (2020). *Respite care*. Disponibil la: <https://www.healthdirect.gov.au/types-of-respite>
41. Hoge, M.A., Davidson, L. & Sledge, W.H. (1997) Alternatives to acute hospitalization. în *Managed Mental Health Care in the Public Sector: A Survival Manual. Chronic Mental Illness*. Vol. 4 (Minkoff, K. & Pollack, D., editori). Amsterdam: Harwood Academic Publishers, pp. 191–204.
42. Illinois Respite Coalition (n.d.). Emergency Respite Care. *Creating a safety net for Caregivers in Crisis*. Disponibil la: <http://www.illinoisrespitecoalition.org/emergency-respite.html>
43. Inclusion Europe (2003). *Achieving Quality. Consumer involvement in quality evaluation of services*. Report.
44. International Disability Alliance (IDA) (2012). *IDA Recommendations on China, CDPD Committee, 8th Session, p. 9.* Disponibil la: [https://www.ecoi.net/en/file/local/1339656/1930\\_1373469619\\_ida-china-CDPD8.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1339656/1930_1373469619_ida-china-CDPD8.pdf)
45. Kuske, S., Roes, M. & Bartholomeyczik, S. (2016). Handover between home and respite care concerning people with dementia: An online survey. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 112: 27-35.
46. Lara Montero, A., Van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman, M. M. & Nies, H. (2016). *Integrated social services in Europe*. Brighton: European Social Network.

47. Lundqvist, L.O., Ivarsson, A.B., Rask, M., Brunt, D. & Schröder, A. (2018). The attendees' view of quality in community-based day centre services for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 25(3): 162.
48. Mental Health Today (2014). *Crisis Resolution Teams – how are they performing?*. Disponibil la: <https://www.mentalhealthtoday.co.uk/crisis-resolution-teams-how-are-they-performing>
49. Mind (2018). *Crisis services and planning for a crisis*. Disponibil la: <https://www.mentalhealthtoday.co.uk/crisis-resolution-teams-how-are-they-performing>
50. Ministerul Educației (n.d.). *Programul „A doua șansă”*. Disponibil la: <https://www.edu.ro/a%20doua%20sansa>
51. Ministerul Muncii și Protecției Sociale (2018). *Ghid de bune practici pentru 100 de servicii sociale în România în anul 2018 – Anul Centenar al Marii Uniri*. Disponibil la: [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMJS/Transparenta/Ghid\\_bune\\_practici\\_servicii\\_sociale\\_28012019.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMJS/Transparenta/Ghid_bune_practici_servicii_sociale_28012019.pdf)
52. Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopție (2020) *Buletinul statistic*. Disponibil la: <http://andpdca.gov.ro/w/date-statistice-persoane-cu-dizabilitati/>
53. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. (n.d.). *2016-2020 Strategia națională privind protecția specială și integrarea socială a persoanelor cu handicap din România*.
54. MLitt, B. M. și Canavan, J. (2007). *Towards best practice in the provision of respite services for people with intellectual disabilities and autism*. Galway: Child and Family Research Centre, NUI Galway.
55. National Economic and Social Council (2011). *Quality and Standards in Human Services in Ireland: Overview of Concepts and Practice*. Nr. 124, decembrie 2011.
56. National Economic and Social Council (2012). *Quality and Standards in Human Services in Ireland: Disability Services*. Nr. 132, octombrie 2012.
57. National Federation of Voluntary Service Providers (2019). *Funding Crisis in Disability Services. Drivers and deficits in Intellectual Disability Services Statement of Priorities - Budget 2020*. Care Alliance Ireland.
58. National Health Service (NHS) UK (n.d.). *Carers' breaks and respite care*. Disponibil la: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carer-breaks-and-respite-care/>
59. O'Brien, C. L., O'Brien, J. și Mount, B. (1997). Person-Centered Planning Has Arrived or... Has It?. *Mental Retardation*. 35(6): 480.
60. O'Brien, C.L. și O'Brien, J. (2000). The origins of person-centered planning: a community of practice perspective. în S. Holburn and P. Vietze (editori). *Person-Centered Planning: Research, Practice, and Future Directions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
61. OECD (2015). *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-en>
62. Parker, C., Cojocariu, B. I. & Kokić, N. (2017). *European Union Structural and Investment Funds and the Transition from Institutional Care to Community Living: Towards a More Effective Monitoring and Complaints System*. *European Network on Independent Living*. Disponibil la: [http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/07/OurRightsCampaign-Briefing\\_FINAL.pdf](http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/07/OurRightsCampaign-Briefing_FINAL.pdf)
63. People First of Canada - Canadian Association on for Community Living (2010). *The Right Way – A Guide to closing institutions and reclaiming a life in the community for people with intellectual*



- disabilities*, p. 134. Disponibil la: <https://inclusioncanada.ca/wp-content/uploads/2018/05/The-Right-Way.pdf>
64. Power, A., Lord, J. și DeFranco, A. (2013). *Active Citizenship and Disability: Implementing the Personalisation of Support*. Cambridge: Cambridge University Press.
  65. Pye, M. și Sayce, L. (2014). *Inclusive Communities. A guide for Disabled People's Organisations*. Disability Rights UK. Disponibil la: <https://www.disabilityrightsuk.org/sites/default/files/pdf/InclusivecommunitiesDPOguide.pdf>
  66. Ratti, V., Hassiotis, A., Crabtree, J., Deb, S., Gallagher, P. & Unwin, G. (2016). The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in developmental disabilities*. 57: 63-84.
  67. Ratzka, A. (ed.) (2004). *Model National Personal Assistance Policy*. A Project of the European Center for Excellence in Personal Assistance (ECEPA). Independent Living Institute, Sweden.
  68. Richardson, D. și Patana, P. (2012). *Integrated Services and Housing Consultation. Integrating service delivery: why, for who, and how?* Document de discuție. Versiune preliminară.
  69. Robinson, C. și Stalker, K. (1993). Patterns of provision in respite care and the Children Act. *The British Journal of Social Work*. 23(1): 45-63. Disponibil la: [https://www.slhd.nsw.gov.au/carers/you\\_break.html](https://www.slhd.nsw.gov.au/carers/you_break.html)
  70. Sanderson, H. (2000). *Person-centered planning: Key features and approaches*. York, Joseph Rowntree Foundation.
  71. Smull, M. W., Sanderson, H., Sweeney, C., Skelhorn, L., George, A. & Bourne, M. (2005). *Essential lifestyle planning for everyone*. Learning Community-Essential Lifestyle Planning.
  72. Smyer, T. și Chang, B. L. (1999). A typology of consumers of institutional respite care. *Clinical Nursing Research*. 8(1): 26-50.
  73. Raportorul special privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2017). *Raportul întocmit de Raportorul special privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Acces la sprijin pentru persoane cu dizabilități întemeiat pe drepturi*, A/HRC/34/58. Pct. 86. Disponibil la: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/Provisionofsupporttopersonswithdisabilities.aspx>
  74. Spencer, L. și Stevenson, J. (2002). *Developing intermediate care: A guide for health and social services professionals*. Londra (Regatul Unit): King's Fund.
  75. Sydney Local Health District (n.d.). *Taking a Break (Respite) is Important*. Disponibil la: [https://www.slhd.nsw.gov.au/carers/you\\_break.html](https://www.slhd.nsw.gov.au/carers/you_break.html)
  76. Tarricone, R. & Tsouros, A. D. (editori) (2008) *Home care in Europe: the solid facts*. Biroul regional pentru Europa al OMS.
  77. Taylor, A. (2009). Good Practices in providing integrated employment and social services in Central and Eastern Europe. *Versiune preliminară a raportului pentru OIM*.
  78. Wall, M. (2021). Analysis: Collapse of voluntary disability providers is major worry for HSE. în *The Irish Times*. Disponibil la: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/analysis-collapse-of-voluntary-disability-providers-is-major-worry-for-hse-1.4528661>

## Legislație

- Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului.
- Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.
- Legea asistenței sociale nr. 292/2011.
- Legea nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 754/9 noiembrie 2012.
- Legea nr. 177/2019 din 10 octombrie 2019 pentru modificarea și completarea Legii nr. 197/2012
- Hotărârea nr. 857/2015 privind nomenclatorul serviciilor sociale.
- Hotărârea nr. 797 din 8 noiembrie 2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială.
- Decizia nr.601 din 16 iulie 2020 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art.164 alin.(1) din Codul civil. Disponibilă la: [https://www.ccr.ro/wp-content/uploads/2021/01/Decizie\\_601\\_2020.pdf](https://www.ccr.ro/wp-content/uploads/2021/01/Decizie_601_2020.pdf)
- Ordonanța de Urgență nr.69 din 17 iulie 2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.
- Hotărârea Guvernului nr. 118/2014 din 19 februarie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 197/2012.
- Hotărârea Guvernului nr. 548 din 27 iulie 2017 privind aprobarea condițiilor de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului personal profesionist.
- Hotărârea Guvernului nr. 50 din 28 ianuarie 2015 privind organizarea, funcționarea și atribuțiile Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități.
- Hotărârea Guvernului nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale.
- Hotărârea Guvernului nr. 1002/2019 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii.
- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 113/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Plăți și Inspecție Socială.
- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 82/16 noiembrie 2016 pentru aprobarea Statutului special al funcției publice specifice de inspector social și pentru modificarea și completarea unor acte normative.
- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 102/29 iunie 1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap.
- Ordinul nr. 22/29 ianuarie 2003 privind aprobarea Standardelor de calitate pentru serviciile furnizate în instituțiile de protecție specială a persoanelor cu handicap.
- Ordinul nr. 205/ 17 iunie 2005 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru centre rezidențiale pentru persoane adulte cu handicap, centre de zi pentru persoane adulte cu handicap și locuințe protejate pentru persoane adulte cu handicap.
- Ordinul nr. 383/2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori.
- Ordinul nr. 559/2008 privind aprobarea Standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale, centrele de zi și locuințele protejate pentru persoane adulte cu handicap.
- Ordinul nr. 2126/2014 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice.

- Ordinul nr. 67/ 21 ianuarie 2015 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități.
- Ordinul nr. 1887/2016 din 15 septembrie 2016 privind stabilirea contribuției lunare de întreținere datorate de adulții cu handicap asistați în centrele rezidențiale publice pentru persoane adulte cu handicap sau de susținătorii acestora.
- Ordinul nr. 1069/13 februarie 2018 privind aprobarea Standardelor minime obligatorii pentru asigurarea îngrijirii și protecției adulților cu handicap grav sau accentuat la asistentul personal profesionist.
- Ordinul nr 1.690/21 mai 2018 pentru aprobarea Procedurii de monitorizare și control al activității asistentului personal profesionist.
- Ordinul nr. 814/2019 privind modificarea anexei nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1468/2018.
- Ordinul nr. 1218/2019 din 9 august 2019 pentru aprobarea Standardelor specifice minime obligatorii de calitate privind aplicarea metodei managementului de caz în protecția persoanelor adulte cu dizabilități, publicat în Monitorul Oficial nr. 814/8.10.2019. Disponibil la: [http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/218720#id\\_porA212\\_ttl](http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/218720#id_porA212_ttl)
- Ordinul nr. 82/2019 privind aprobarea Standardelor minime de calitate serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități.
- Hotărârea Guvernului nr. 136/2020 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii.

ANEXE

# Anexe

## Tabele sumative ale standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale destinate persoanelor cu dizabilități

**TABELUL A1. Standardele minime de calitate pentru serviciile de tip locuință protejată**

Tipul de servicii	Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul de criterii utilizate în evaluare
Locuință protejată	I. Managementul serviciului social	1. Organizare și funcționare	18	10
		2. Găzduire	27	8
		3. Alimentație	15	1
		4. Asistență pentru sănătate	16	5
	II. Accesarea serviciului	1. Informare	10	2
		2. Admitere	11	2
		3. Dosarul personal al beneficiarului	8	2
		4. Suspendarea/încetarea acordării serviciilor	12	3
	III. Evaluare și planificare	1. Evaluare	11	2
		2. Planul personal de viitor	10	1
3. Monitorizare		6	2	
IV. Activități și servicii	1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	2. Consiliere psihologică	10	1
		3. Abilitare și reabilitare	11	1
		4. Îngrijire și asistență	11	1
		5. Deprinderi de viață independentă (consolidarea abilităților cognitive)	9	0
		6. Deprinderi de viață independentă (consolidarea deprinderilor zilnice)	7	0
		7. Deprinderi de viață independentă (consolidarea deprinderilor de comunicare)	8	0
		8. Deprinderi de viață independentă (dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de mobilitate)	8	0
		9. Deprinderi de viață independentă (dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de auto-îngrijire)	9	0
		10. Deprinderi de viață independentă (dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de îngrijire a propriei sănătăți)	9	0

	11. Deprinderi de viață independentă (dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de auto-gospodărire)	9	0
	12. Deprinderi de viață independentă (dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de interacțiune)	11	0
	13. Deprinderi de viață independentă (dobândirea independenței economice)	8	0
	14. Educație/pregătire pentru muncă	13	0
	15. Integrare și participare socială și civică	13	0
V. Protecție și drepturi	1. Respectarea drepturilor beneficiarilor	2	1
	2. Managementul situațiilor de risc	5	1
	3. Codul de etică	5	1
	4. Protecția împotriva neglijării, exploatării, violenței și abuzului	9	3
	5. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	7	3
	6. Asistență în caz de deces	6	1
	7. Sesizări și reclamații	5	1
	8. Satisfacția beneficiarilor	4	1
	Total	331	54

Sursa: Anexa 2 la Ordinul nr. 82/2019

**TABELUL A2. Standarde minime de calitate pentru servicii sociale centrele de criză și de tip respiro**

Tipul de servicii	Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul de criterii utilizate în evaluare	
Centre de tip respiro/centre de criză	I. Managementul serviciului social	1. Organizare și funcționare	18	10	
		2. Găzduire	23	8	
		3. Alimentație	7	1	
		4. Asistență pentru sănătate	13	5	
	II. Accesarea serviciului	1. Informare	10	2	
		2. Admitere	7	2	
		3. Dosarul personal al beneficiarului	8	2	
		4. Suspendarea/încetarea acordării serviciilor	9	3	
	III. Evaluare și planificare	1. Evaluare anterioară admiterii în CRes/Evaluare post-admitere în Ccdz	9	2	
		2. Planul personalizat	4	1	
		3. Monitorizare	6	2	
			1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	7	1

IV. Activități și servicii	2. Consiliere psihologică	10	1
	3. Îngrijire și asistență	12	1
	4. Program obișnuit de viață	10	1
V. Protecție și drepturi	1. Respectarea drepturilor beneficiarilor	2	1
	2. Managementul situațiilor de risc	5	1
	3. Codul de etică	5	1
	4. Protecția împotriva neglijării, exploatării, violenței și abuzului	9	3
	5. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	7	3
	6. Asistență în caz de deces	6	1
	7. Sesizări și reclamații	5	1
	8. Satisfacția beneficiarilor	4	1
Total		196	54

Sursa: Anexa 3 la Ordinul nr. 82/2019

**TABELUL A3. Standardele minime de calitate pentru serviciul de îngrijire la domiciliu**

Tipul de servicii	Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul de criterii utilizate în evaluare
Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități	I. Managementul serviciului social	1. Organizare și funcționare	19	8
	II. Accesarea serviciului	1. de natură tehnică	8	2
		2. Admitere	9	3
		3. Dosarul personal al beneficiarului	7	2
		4. Încetarea acordării serviciilor	3	1
	III. Evaluare și planificare	1. Evaluare	12	3
		2. Planul personalizat	7	1
		3. Monitorizare	4	2
	IV. Activități și servicii	1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	9	1
		2. Îngrijire personală	10	2
		3. Hrănire și hidratare	10	1
		4. Integrare și participare socială și civică	11	1
	V. Protecție și drepturi	1. Respectarea drepturilor beneficiarilor	2	1
		2. Managementul situațiilor de risc	5	1
		3. Codul de etică	5	1
		4. Protecția împotriva neglijării, exploatării, violenței și abuzului	9	3

5. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	8	3
6. Sesizări și reclamații	5	1
7. Satisfacția beneficiarilor	3	1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>38</b>

Sursa: Anexa 4 la Ordinul nr. 82/2019

#### TABELUL A4. Standardele minime de calitate pentru serviciul echipă mobilă

Tipul de servicii	Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul de criterii utilizate în evaluare
<b>Echipa mobilă</b>	I. Managementul serviciului social	1. Organizare și funcționare	19	9
	II. Accesarea serviciului	1. Informare	8	2
		2. Admitere	9	3
		3. Dosarul personal al beneficiarului	7	2
		4. Încetarea acordării serviciilor	3	1
	III. Evaluare și planificare	1. Evaluare	12	3
		2. Planul personalizat	7	1
		3. Monitorizare	4	2
	IV. Activități și servicii	1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	8	1
		2. Consiliere psihologică	10	1
		3. Facilitarea independenței beneficiarului	8	1
		4. Dezvoltarea mobilității personale	9	1
	V. Protecție și drepturi	1. Respectarea drepturilor beneficiarilor	2	1
		2. Managementul situațiilor de risc	5	1
		3. Codul de etică	5	1
		4. Protecția împotriva neglijării, exploatării, violenței și abuzului	8	3
		5. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	7	3
		6. Sesizări și reclamații	5	1
		7. Satisfacția beneficiarilor	3	1
	<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>38</b>

Sursa: Anexa 5 la Ordinul nr. 82/2019



**TABELUL A5. Standardele minime de calitate pentru centre de zi**

Tipul de servicii	de Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul de criterii utilizate în evaluare
<b>Centre de zi/ Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu</b>	I. Managementul serviciului social	1. Organizare și funcționare	19	11
		2. Siguranță și confort pentru beneficiari	16	7
		3. Alimentație, îngrijire și asistență	12	0
		4. Asistență pentru sănătate	3	1
	II. Accesarea serviciului	1. de natură tehnică	10	2
		2. Admitere	8	2
		3. Dosarul personal al beneficiarului	8	2
		4. Încetarea acordării serviciilor	8	1
	III. Evaluare și planificare	1. Evaluare	10	3
		2. Planul personalizat	10	3
		3. Monitorizare	6	2
	IV. Activități și servicii	1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	8	1
		2. Consiliere psihologică	11	1
		3. Abilitare și reabilitare	13	2
		4. Deprinderi de viață independentă	11	2
		5. Dezvoltarea abilităților lucrative, pregătirea pentru muncă, angajarea în muncă și sprijin pentru menținerea locului de muncă	17	1
		6. Integrare și participare socială și civică	10	1
		7. Recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	10	1
	V. Protecție și drepturi	1. Respectarea drepturilor beneficiarilor	2	1
		2. Managementul situațiilor de risc	5	1
		3. Codul de etică	5	1
		4. Protecția împotriva neglijării, exploatării, violenței și abuzului	9	3
		5. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	7	3
6. Sesizări și reclamații		5	1	
7. Satisfacția beneficiarilor		4	1	
	Total	227	54	

Sursa: Anexa 6 la Ordinul nr. 82/2019

**TABELUL A6. Standardele minime de calitate pentru serviciile oferite de asistentul personal profesionist**

Tipul de servicii	Module	Standarde	Numărul de cerințe minime	Numărul maxim de puncte acordate în cursul evaluării
<b>Asistent personal profesionist</b>	Serviciul prin intermediul căruia APP oferă îngrijire și protecție	1. Serviciul prin intermediul căruia persoana cu handicap grav sau accentuat beneficiază de îngrijire și protecție din partea APP	12	4
	II. Accesarea serviciului	2. Informare	6	1
		3. Admitere	3	1
		4. Dosarul personal al beneficiarului	8	1
		5. Suspendarea/încetarea acordării serviciilor	10	1
	III. Îngrijirea și protecția adultului cu handicap grav sau accentuat la asistentul personal profesionist	6. Planul individual de servicii și programul individual de reabilitare și integrare socială	3	1
		7. Găzduire, accesibilitate și igienă	13	1
		8. Hrană și alimentație	6	1
		9. Sănătate și mobilitate	13	1
		10. Intimitate și confidențialitate	3	1
		11. Luarea deciziilor și autodeterminarea	4	1
		12. Activități și participare	13	1
	IV. Management și relații inter-instituționale	13. Formare și angajare în muncă	6	1
		14. Respectarea drepturilor și demnității individuale	3	1
		15. Responsabilul de caz	5	1
		16. Managementul situațiilor de risc	5	1
		17. Protecția împotriva exploatării, violenței și abuzului	7	1
		18. Protecția împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante	7	1
		19. Sesizări și reclamații	5	1
	Total	120	1 punct per standard = 22 puncte	

Sursa: Ordinul nr. 1069/2018.

## Tabele-Anexă

**Tabelul-Anexă 1: Profilul serviciilor de tip locuință protejată care au făcut obiectul sondajului în vederea evaluării: Locuințe maxim protejate (LMP) și locuințe minim protejate (LmP) (2020, date oferite de furnizorii de servicii)**

		Nr. de servicii			Număr total de beneficiari în 2020		
		Total	LMP	LmP	Total	LMP	LmP
Nr. total	Total	100	89	11	703	641	62
Capacitatea (cerința variază între beneficiari)	2-4	7	4	3	28	19	9
	5-9	70	67	3	458	443	15
	10	21	16	5	192	154	38
	10+	2	2	0	25	25	0
Mediul de reședință	Urban	58	51	7	408	373	35
	Rural	42	38	4	295	268	27
Județ:	Alba	9	9		70	70	
	Argeș	7	7		41	41	
	Bacău	8	8		57	57	
	Bihor	5	4	1	29	27	2
	Botoșani	1	1		7	7	
	Brașov	4	3	1	30	24	6
	Brăila	3	3		28	28	
	București	6	5	1	32	30	2
	Cluj	2		2	18		18
	Constanța	21	20	1	146	140	6
	Dâmbovița	11	11		75	75	
	Dolj	4	4		41	41	
	Harghita	3	1	2	15	9	6
	Hunedoara	2	2		12	12	
	Iași	4	4		22	22	
	Olt	2	1	1	10	10	
	Suceava	2	1	1	16	16	
	Mureș	1	1		10	10	
	Sălaj	2	2		14	14	
	Suceava	1	1		30	8	22
	Vaslui	2	2		70	70	
	Vrancea	4	1	3	41	41	

**Tabelul-Anexă 2: Profilul beneficiarilor serviciilor de tip locuință protejată: locuințe minim protejate și locuințe maxim protejate (2020, date oferite de furnizorii de servicii)**

Împărțire pe sexe	Total locuințe protejate		Locuințe maxim protejate		Locuințe minim protejate	
	N	%	N	%	N	%
Bărbați	317	44,9	294	45,9	23	37,1
Femei	386	55,1	347	54,1	39	62,9
TOTAL	703	100	641	100	62	100

Distribuția pe grupe de vârstă	Total locuințe protejate		Locuințe maxim protejate		Locuințe minim protejate	
	N	%	N	%	N	%
18-19 ani	11	1,6	11	1,7	0	0,0
20-24 ani	95	13,5	86	13,4	9	14,5
25-29 ani	123	17,5	114	17,8	9	14,5
30-34 ani	124	17,6	119	18,6	5	8,1
35-39 ani	96	13,7	88	13,7	8	12,9
40-44 ani	82	11,7	81	12,6	1	1,6
45-49 ani	66	9,4	57	8,9	9	14,5
50-54 ani	38	5,4	32	5,0	6	9,7
55-59 ani	19	2,7	12	1,9	7	11,3
60-64 ani	13	1,8	11	1,7	2	3,2
65-69 ani	15	2,1	14	2,2	1	1,6
70-74 ani	8	1,1	7	1,1	1	1,6
75-79 ani	6	0,9	4	0,6	2	3,2
80-84 ani	5	0,7	3	0,5	2	3,2
85 ani și peste	2	0,3	2	0,3	0	0,0
TOTAL	703	100	641	100	1555	100

**Distribuția în funcție de gradul de handicap**

	Total locuințe protejate		Locuințe maxim protejate		Locuințe minim protejate	
	N	%	N	%	N	%
Scăzut	11	1,6	8	1,2	3	4,8
Mediu	151	21,5	123	19,2	28	45,2
Ridicat	397	56,5	371	57,9	26	41,9
Sever	144	20,5	139	21,7	5	8,1
Fără certificat de handicap	0	0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	703	100	641	100	62	100

**Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate**

	Total locuințe protejate	Locuințe maxim protejate	Locuințe minim protejate
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

			N	%	N	%
Fizică	22	3,1	18	2,8	4	6,5
Somatică	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Auditivă	1	0,1	1	0,2	0	0,0
Vizuală	3	0,4	2	0,3	1	1,6
Intelectuală	484	68,8	439	68,5	45	72,6
Psiho-socială	101	14,4	98	15,3	3	4,8
Asociate	88	12,5	79	12,3	9	14,5
HIV/SIDA	4	0,6	4	0,6	0	0,0
Boli rare	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Surdocecitate	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	703	100	641	100	62	100

**Distribuție în funcție de**

**perioada petrecută ca Total locuințe protejate Locuințe maxim protejate Locuințe minim protejate rezident în actuala LP**

			N	%	N	%
0-2 ani	173	24,6	159	24,8	14	22,6
2-5 ani	156	22,2	137	21,4	19	30,6
5-10 ani	218	31,0	207	32,3	11	17,7
	156	22,2	138	21,5	18	29,0
TOTAL	703	100	641	100	62	100

**Distribuția pe medii de rezidență**

	Total locuințe protejate		Locuințe maxim protejate		Locuințe minim protejate	
	N	%	N	%	N	%
Urban	408	58%	373	58,19%	35	56,45%
Rural	295	42%	268	41,81%	27	43,55%
TOTAL	703	100	641	100	62	100

**Distribuția în funcția de**

**existența capacității Total locuințe protejate Locuințe maxim protejate Locuințe minim protejate juridice**

			N	%	N	%
Cu capacitate juridică	645	91,8	588	91,7	57	91,9
Fără capacitate juridică	58	8,2	53	8,3	5	8,1
TOTAL	703	100	641	100	62	100

Tabelul-Anexă 3: Profilul beneficiarilor din centrele de criză și de tip respiro (2020, date furnizate de centre)

	Serviciul 1	Serviciul 2
<b>Împărțire pe sexe</b>		
Bărbați	6	13
Femei	3	5
<b>Distribuția pe grupe de vârstă</b>		
18-19 ani	0	3
20-24 ani	1	4
25-29 ani	0	0
30-34 ani	0	1
35-39 ani	2	1
40-44 ani	0	1
45-49 ani	2	5
50-54 ani	0	0
55-59 ani	3	2
60-64 ani	0	0
65-69 ani	1	1
<b>Distribuția în funcție de gradul de handicap</b>		
Mediu	1	4
Accentuat	5	13
Sever	3	1
<b>Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate</b>		
Intelectuală (mintale)	7	5
Psihosociale (psihice)	0	6
Asociate	2	7
<b>Distribuția în funcție de situația familială</b>		
Fără familie cunoscută	4	4
Cu asistent cunoscut	5	14
<b>Distribuția pe medii de rezidență</b>		
Urban	6	0
Rural	3	18
<b>Număr total de beneficiari</b>	<b>9</b>	<b>18</b>

**Tabelul-Anexă 4: Profilul beneficiarilor de servicii de tip echipă mobilă (2020, date furnizate de echipele mobile)**

	Serviciul 1	Serviciul 2
<b>Împărțire pe sexe</b>		
Bărbați	19	8
Femei	14	15
<b>Distribuția pe grupe de vârstă</b>		
18-19 ani	0	0
20-24 ani	3	3
25-29 ani	1	2
30-34 ani	1	0
35-39 ani	2	0
40-44 ani	5	0
45-49 ani	2	0
50-54 ani	2	5
55-59 ani	2	2
60-64 ani	4	2
65-69 ani	1	0
70-74 ani	4	6
75-79 ani	5	0
80-84 ani	1	1
85 ani și peste	0	2
<b>Distribuția în funcție de gradul de handicap</b>		
Mediu	1	1
Accentuat	6	5
Ridicat	26	17
<b>Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate</b>		
Fizică	28	21
Somatică	1	1
Intelectuală	1	0
Asociate	3	1
<b>Distribuția în funcție de situația personală</b>		
Îngrijit de familie	32	9
Cu asistent personal	1	10
Cu asistent personal profesionist	0	4
<b>Distribuția pe medii de rezidență</b>		
Urban	17	18
Rural	16	5
<b>Număr total de beneficiari</b>	<b>33</b>	<b>23</b>

**Tabelul-Anexă 5: Profilul beneficiarilor de servicii de tip îngrijire la domiciliu (2020, date furnizate de îngrijire la domiciliu)**

	Serviciul 1	Serviciul 2
<b>Împărțire pe sexe</b>		
Bărbați	26	1
Femei	60	13
<b>Distribuția pe grupe de vârstă</b>		
18-19 ani	0	0
20-24 ani	1	0
25-29 ani	0	0
30-34 ani	0	0
35-39 ani	0	0
40-44 ani	1	0
45-49 ani	0	0
50-54 ani	3	0
55-59 ani	2	0
60-64 ani	6	0
65-69 ani	13	2
70-74 ani	16	0
75-79 ani	15	1
80-84 ani	16	3
85 ani și peste	13	8
<b>Distribuția în funcție de gradul de handicap</b>		
Scăzut	0	1
Mediu	10	1
Accentuat	46	1
Ridicat	30	3
Fără certificat de handicap	0	8
<b>Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate</b>		
Fizică	48	2
Somatică	14	0
Vizuală	6	2
Intelectuală	12	0
Asociate	0	1
Psiho-socială	6	1
<b>Distribuția în funcție de situația personală</b>		
Îngrijit de familie	85	0
Cu asistent personal	0	0
Cu asistent personal profesionist	0	0
Trai independent	1	14
<b>Distribuția pe medii de rezidență</b>		
Urban	86	14
Rural	0	0
<b>Număr total de beneficiari</b>	<b>86</b>	<b>14</b>



Tabelul-Anexă 6: Profilul beneficiarilor de servicii de tip APP în cadrul celor două DGASPC-uri

	Serviciul 1	Serviciul 2
<b>Împărțire pe sexe</b>	6	8
Bărbați	3	1
Femei		
<b>Distribuția pe grupe de vârstă</b>		
18–19 ani	1	0
20–24 ani	8	4
25–29 ani	0	5
<b>Distribuția în funcție de gradul de handicap</b>		
Accentuat	3	0
Ridicat	6	9
<b>Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate</b>		
Mintală	4	7
Psihiatrică	1	0
Asociate	4	1
Afecțiuni rare		1
<b>Distribuția în funcție de situația familială</b>		
Cu familie cunoscută	8	0
Fără familie cunoscută	1	9
<b>Distribuția pe medii de rezidență</b>		
Urban	2	8
Rural	7	1
<b>Număr total de beneficiari</b>	9	9

Tabelul-Anexă 7: Profilul centrelor de zi și al centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu

	Numărul de centre			Număr total de beneficiari în 2020			
	Total	Centre de zi	Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	Total	Centre de zi	Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	
	34	22	12	2700	1145	1555	
Capacitate (număr minim de beneficiari/zi)	Sub 8	1	1	0	16	16	0
	8	12	8	4	797	404	393
	10-19	6	2	4	304	72	232
	20-29	7	6	1	530	221	309
	30+	8	5	3	1053	432	621
Mediul de reședință	Urban	33	21	12	2694	1139	1555
	Rural	1	1	0	6	6	0
Județ:	Alba	1	1	0	11	11	0

Argeş	2	0	2	96	0	96
Bihor	1	1	0	16	16	0
Botoşani	1	0	1	74	0	74
Bucureşti	7	6	1	478	169	309
Cluj	2	1	1	88	24	64
Constanţa	1	1	0	138	138	0
Covasna	1	0	1	60	0	60
Dâmboviţa	2	1	1	228	73	155
Dolj	2	2	0	406	406	0
Galaţi	3	3	0	107	107	0
Harghita	2	1	1	78	6	72
Hunedoara	2	2	0	118	118	0
Ialomiţa	1	0	1	416	0	416
Maramureş	1	0	1	168	0	168
Olt	2	1	1	124	20	104
Suceava	2	1	1	65	28	37
Timiş	1	1	0	29	29	0

Sursa: Sondajul Băncii Mondiale cu privire la serviciile asigurate în cadrul comunităţii (2021)

**Tabelul-Anexă 8: Profilul beneficiarilor centrelor de zi și ai centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2020, date furnizate de centre)**

Împărțire pe sexe	Centre de zi		Centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	
	Număr	Procent	Număr	Procent%
Bărbați	563	49,2	821	52,8
Femei	582	50,8	734	47,2
TOTAL	1145	100	1555	100
Distribuția pe grupe de vârstă	N	%	N	%
18-19 ani	38	3,3	21	1,4
20-24 ani	101	8,8	64	4,1
25-29 ani	128	11,2	92	5,9
30-34 ani	132	11,5	85	5,5
35-39 ani	117	10,2	117	7,5
40-44 ani	117	10,2	79	5,1
45-49 ani	88	7,7	105	6,8
50-54 ani	89	7,8	238	15,3
55-59 ani	63	5,5	161	10,4
60-64 ani	87	7,6	207	13,3
65-69 ani	71	6,2	196	12,6
70-74 ani	71	6,2	93	6,0
75-79 ani	24	2,1	49	3,2
80-84 ani	12	1,0	26	1,7
85 ani și peste	7	0,6	22	1,4

TOTAL	1145	100	1555	100
<b>Distribuția în funcție de gradul de handicap</b>				
	N	%	N	%
Scăzut	22	1,9	80	5,1
Mediu	122	10,7	223	14,3
Accentuat	652	56,9	793	51,0
Ridicat	346	30,2	419	26,9
Fără certificat de handicap	3	0,3	40	2,6
TOTAL	1145	100	1555	100
<b>Distribuția în funcție de tipul de dizabilitate</b>				
	N	%	N	%
Fizică	318	27,8	897	57,7
Somatică	113	9,9	103	6,6
Auditivă	8	0,7	1	0,1
Vizuală	7	0,6	34	2,2
Intelectuală	355	31,0	177	11,4
Psiho-socială	177	15,5	60	3,9
Asociate	156	13,6	235	15,1
HIV/SIDA	2	0,2	3	0,2
Boli rare	6	0,5	3	0,2
Surdocecitate	0	0,0	2	0,1
TOTAL	1145	100	1555	100
<b>Distribuția în funcție de situația personală</b>				
	N	%	N	%
Trăiesc împreună cu familia	761	66,5	1096	70,5
Trai independent	72	6,3	145	9,3
Cu asistent personal	61	5,3	84	5,4
Cu asistent personal profesionist	6	0,5	0	0,0
Locuință protejată	183	16,0	0	0,0
Centru rezidențial	61	5,3	230	14,8
Alte situații de locuire	1	0,1	0	0,0
TOTAL	1145	100	1555	100
<b>Distribuția pe medii de rezidență</b>				
	N	%	N	%
Urban	937	81,8	1327	85,3
Rural	208	18,2	228	14,7
TOTAL	1145	100	1555	100
<b>Distribuția în funcția de existența capacității juridice</b>				
	N	%	N	%
Cu capacitate juridică	946	82,6	1444	92,9
Fără capacitate juridică	199	17,4	111	7,1
TOTAL	1145	100	1555	100

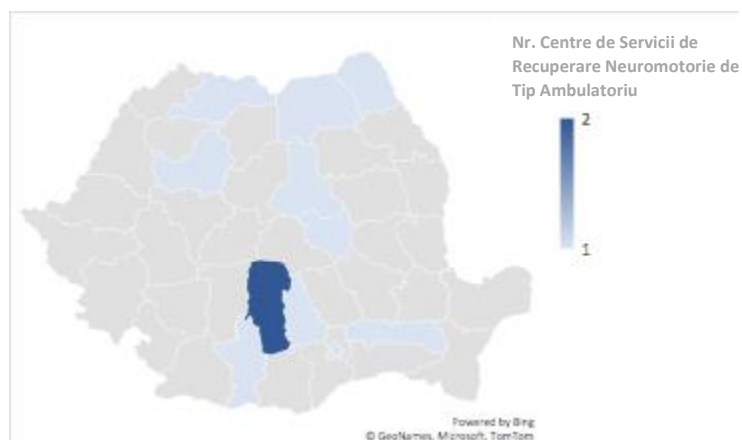
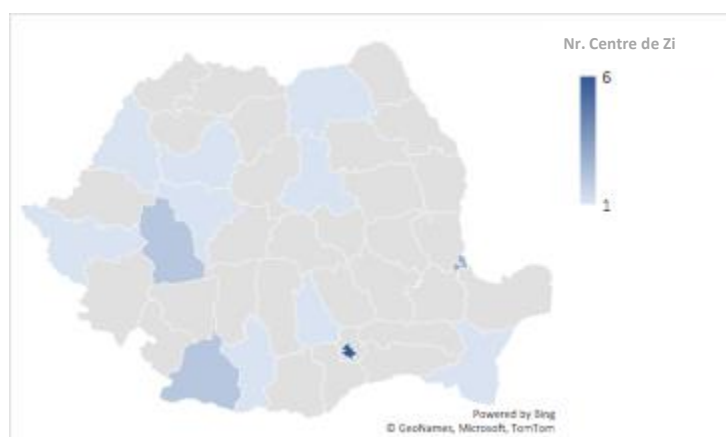
Sursa: Sondajul Băncii Mondiale cu privire la serviciile asigurate în cadrul comunității (2021)

Tabelul-Anexă 9: Frecvența întâlnirilor între beneficiari și responsabilii de caz

Numărul de beneficiari care se întâlnesc cu responsabilii de caz cu următoarea frecvență...	N			% din numărul total de beneficiari		
	Total	CZ	CSRN A	Total	CZ	CSRN A
... săptămânal	306	187	119	38,2	40,5	35,1
... O dată la două săptămâni	115	61	54	14,4	13,2	15,9
... Lunar	215	182	33	26,8	39,4	9,7
... O dată la câteva luni	93	17	76	11,6	3,7	22,4
... Altă frecvență, precizați	72	15	57	9	3,2	16,8
<b>Total</b>	<b>801</b>	<b>462</b>	<b>339</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

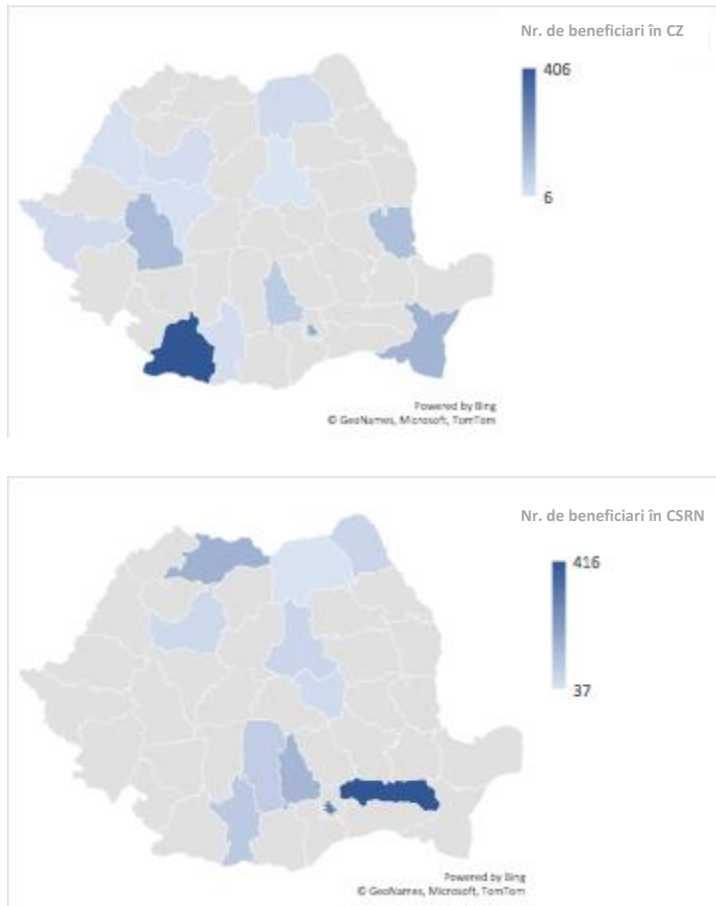
Sursa: Sondajul Băncii Mondiale cu privire la serviciile asigurate în cadrul comunității (2021)

Figura-Anexă 1: Distribuția geografică a centrelor de zi și a centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2020, date furnizate de centre)



Sursa: Sondajul Băncii Mondiale cu privire la serviciile asigurate în cadrul comunității (2021)

**Figura-Anexă 2: Distribuția geografică a centrelor de zi și a centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu (2020, date furnizate de centre)**



Sursa: Sondajul Băncii Mondiale cu privire la serviciile asigurate în cadrul comunității (2021)

**Competența face diferența!**

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă  
cofinanțat de Uniunea Europeană din Fondul Social European