

Stadiul aplicării standardelor de calitate  
la îngrijirea vârstnicilor și a măsurilor din Strategia națională  
privind asistența socială a persoanelor vârstnice

2008

## Cuprins

1. Cadrul legislativ referitor la îngrijirea persoanelor vârstnice.....	3
2.Serviciile sociale de care pot beneficia persoanele vârstnice și furnizorii acestora.....	14
3.Standardele de calitate privind serviciile sociale.....	23
4.Situația actuală privind îngrijirea vârstnicilor-exemple în instituții.....	36
5.Rezultatul anchetei directe efectuată la unitățile care desfășoară activități de îngrijire pentru persoanele vârstnice.....	50
6.Concluzii.....	68
7.Propuneri.....	75
Bibliografie.....	81

## CAPITOLUL 1

### CADRUL LEGISLATIV REFERITOR LA ÎNGRIJIREA PERSOANELOR VÂRSTNICE

Asistența socială, componentă a sistemului de protecție socială, are în vedere ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, autoritățile publice ale administrației locale și societatea civilă asigură prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a unor persoane. Asistența socială are ca obiectiv principal protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrare socială.

Cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale s-a elaborat începând cu anul 1990, debutând cu legislația în domeniul protecției copilului. Ulterior s-a reglementat cadrul general al sistemului național de asistență socială și s-au elaborat acte normative sectoriale pentru protecția specifică a diverselor alte categorii sociale defavorizate, ca de exemplu: persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victimele violenței și traficului de persoane etc. Persoanele vârstnice au beneficiat și ele destul de târziu de o lege (Legea 17/2000) care le reglementează accesul la serviciile de asistență socială și medicale destul de târziu.

Persoana vârstnică este definită de Legea nr.17/2000 ca acea persoană care a împlinit vârsta legală de pensionare și beneficiază de asistență socială în situația în care:

- nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

- nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;
- se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

**Nevoia socială** este definită în acest act normativ ca fiind ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață în vederea integrării sociale. Pentru persoanele vârstnice nevoia se definește în relație cu gradul de dependență prin care se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi. Criteriile de încadrare în grade de dependență sunt stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice s-au reglementat: Grila națională pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice și Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) aprobate prin H.G. nr. 886/2000.

Forma unică de asistență socială existentă pentru persoanele vârstnice în perioada de dinainte de anul 1990 a fost îngrijirea vârstnicilor în cămine. Aceste instituții au cunoscut denumiri diverse și s-au aflat inițial în subordinea autorității publice cu responsabilități în domeniul persoanelor cu handicap și al protecției sociale. Deoarece problematica vârstnicilor a fost delimitată de cea a persoanelor cu handicap, Legea nr.17/2000 a prevăzut înființarea căminelor pentru persoane vârstnice prin reorganizarea căminelor pentru bătrâni și pentru pensionari. Totuși prevederea amintită, ca și altele cuprinse în această lege, nu s-au aplicat corespunzător, astfel încât vârstnicii continuă să fie asistați și în prezent în instituții improprii și puține la număr care nu le asigură servicii adecvate nevoilor individuale specifice.

O prevedere importantă a Legii nr. 17/2000, este reprezentată de art. 30, potrivit căruia persoana vârstnică este asistată, la cererea sa ori din oficiu, după caz, în vederea încheierii unui act juridic de înstrăinare, cu titlu oneros sau gratuit, a bunurilor ce-i aparțin, în scopul întreținerii și îngrijirii sale, de un reprezentant al autorității tutelare a consiliului local în a cărei rază teritorială domiciliază persoana vârstnică respectivă.

Sistemul național de asistență socială a fost reglementat pentru toate categoriile sociale de populație prin Legea nr. 705/2001 și ulterior îmbunătățit prin Legea nr. 47/2006 care stabilește organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului având la bază principiile europene de acordare a asistenței sociale în vederea promovării procesului de incluziune socială. Acest ultim act normativ are în vedere și asistența socială a persoanelor vârstnice.

O măsură specială de protecție socială a fost aceea de a subvenționa de la bugetul de stat sau, după caz, de la bugetele locale, asociațiile și fundațiile române care înființează și administrează unități de asistență socială. În acest sens, a fost adoptată Legea nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială. Potrivit Normelor metodologice de aplicare a prevederilor acestei legi, pot beneficia de subvenții asociațiile și fundațiile române care acordă de cel puțin 12 luni servicii de asistență socială în cadru organizat, respectiv printr-un program de asistență socială. Serviciile de asistență socială acordate sunt subvenționate dacă îndeplinesc cumulativ următoarele condiții: se încadrează în liniile de subvenționare prioritare în domeniul asistenței sociale; se desfășoară într-un spațiu adecvat sau la domiciliul persoanelor asistate; sunt utilizate și resurse proprii ale asociațiilor și fundațiilor pentru acordarea serviciilor de asistență socială.

Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008 a fost aprobată prin HG nr.541 din 9 iunie 2005. Acest document programatic și-a propus următoarele:

- reducerea sărăciei și a marginalizării sociale;
- îmbunătățirea standardului de viață pentru persoanele vârstnice;
- asigurarea accesului la sistemul de asigurări sociale proporțional cu nivelul contribuțiilor la sistem;
- reducerea progresivă a numărului persoanelor asistate și încurajarea acestora pentru identificarea de surse alternative de securitate socială;
- asigurarea de condiții pentru egalitatea de șanse și participarea socială a persoanelor cu handicap și a celor provenite din medii defavorizate.

Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, cuprinde un număr de trei obiective generale care se fundamentează pe obiective operaționale concrete, după cum urmează :

**1. Promovarea unui sistem coerent, coordonat și integrat de asistență socială pentru persoanele vârstnice cu obiective operaționale :**

**1.1. Întărirea cadrului administrativ și instituțional, la nivel central și local**

- Crearea la nivel central, în cadrul M.M.F.E.S., a unei structuri cu responsabilități în elaborarea, evaluarea, monitorizarea politicilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice, pentru coordonarea implementării strategiei, funcționării sistemului și relaționarea eficientă cu alte domenii de activitate: sănătate, educație, justiție etc. ;
- Constituirea unui grup de lucru interministerial, cu participarea universităților și institutelor de cercetare, pentru elaborarea de politici și programe sociale privind persoanele vârstnice ;
- Înființarea prin act normativ a unui compartiment specializat, la nivelul fiecărei Direcții județene de asistență socială și protecție a copilului, destinat asistenței sociale a persoanelor vârstnice ;
- Crearea unei baze de date privind persoanele vârstnice ;

- Dezvoltarea de studii și cercetări privind fenomenul îmbătrânirii și consecințele acestuia, precum și privind situația socială a persoanelor vârstnice.

### *1.2. Îmbunătățirea cadrului legislativ privind protecția persoanelor vârstnice*

- Modificarea și completarea Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice în vederea unei abordări integrate a stării sociale a persoanelor vârstnice;
- Elaborarea legislației secundare care derivă din modificarea și completarea Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice referitoare la :
  - armonizarea legislației privind măsurile de asistență socială destinate persoanelor cu handicap, cu legislația privind asistența socială a persoanelor vârstnice;
  - reglementarea unui sistem coerent și unitar de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență a persoanelor vârstnice;
  - reglementarea unui model de servicii integrate privind îngrijirea persoanelor vârstnice;
  - reglementarea standardelor de calitate privind serviciile sociale acordate persoanelor vârstnice, la domiciliu și în sistem rezidențial;
  - elaborarea normativelor de funcționare a căminelor pentru persoane vârstnice, altor centre sociale care oferă îngrijire, asistență și găzduire pe perioade determinate sau nedeterminate, centrelor de zi, locuințelor protejete sau a altor tipuri de unități specializate de asistență;
  - reglementarea tipurilor de convenții și acorduri de parteneriat între autoritățile centrale, locale și reprezentanții societății civile.

### *1.3. Stabilirea unui sistem de finanțare care să asigure dezvoltarea măsurilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice*

- Reglementarea unui sistem de finanțare transparentă, care să asigure continuitatea serviciilor destinate persoanelor vârstnice și elaborarea proiecțiilor bugetare prin intermediul planurilor anuale de acțiune ;
- Îmbunătățirea mecanismului de alocare a fondurilor din bugetul de stat și bugetele locale, prin evidențierea distinctă a sumelor destinate măsurilor de asistență socială în favoarea persoanelor vârstnice ;

- Atragerea resurselor financiare internaționale sau dezvoltarea de programe cu finanțare rambursabilă sau nerambursabilă necesare susținerii sistemului de asistență socială destinat persoanelor vârstnice .

#### *1.4.Dezvoltarea resurselor umane din domeniul asistenței sociale privind persoanele vârstnice*

- Evaluarea resurselor umane existente, precum și a nevoilor de formare a personalului;
- Dezvoltarea de noi competențe la locul de muncă și recunoașterea acestora, prin introducerea lor în COR :reglementarea standardelor ocupaționale pentru personalul care activează în domeniul asistenței sociale și a serviciilor sociale;
- Inițierea de programe de pregătire inițială și continuă și elaborarea curriculei de formare în funcție de abilitățile ce trebuie dezvoltate ;
- Promovarea formelor de instruire a îngrijirilor din rețeaua informală și reglementarea modalităților de certificare a îngrijitorilor, din rețeaua formală și informală, după absolvirea cursurilor de formare ;
- Reglementarea statutului asistenței medicale comunitare.

### **2. Combaterea riscului de excluziune socială a persoanelor vârstnice și creșterea calității vieții acestora cu obiective operaționale :**

#### *2.1.Dezvoltarea și diversificarea prestațiilor sociale*

- Facilitarea accesului persoanelor vârstnice la ajutoare financiare acordate pentru situații punctuale : acoperirea cheltuielilor curente cu întreținerea, căldura, consumul de apă, gaze sau curent electric, amănajarea spațiului de locuit, mici reparații, ajutor în cazul schimbării domiciliului, achiziția de proteze și orteze, procurarea de medicamente ;
- Introducerea unei prestații și/sau unei prime de asigurare pentru situația de dependență a persoanei vârstnice ;



- Introducerea unor compensații financiare sau a unor facilități pentru îngrijitori în vederea promovării îngrijirii în familie ;
- Acordarea de facilități pentru susținerea lucrărilor de adaptare a locuinței în funcție de nevoile persoanei vârstnice dependente.

## *2.2.Dezvoltarea și diversificarea serviciilor sociale*

- Elaborarea și implementarea de programe naționale privind prevenirea îmbătrânirii precoce și a situației de dependență : promovarea dezvoltării de cabinete de asistență socială în cadrul spitalelor și întărirea colaborării asistentului social cu medicul de familie, orientarea serviciilor de îngrijire primară spre modelul social de abordare a pacientului ;
- Elaborarea planurilor anuale județene de măsuri destinate protecției sociale a persoanelor vârstnice ;
- Facilitarea accesului persoanelor vârstnice, indiferent de mediul de rezidență, la serviciile sociale și de sănătate ;
- Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative de tipul : centre de zi, cluburi, locuințe protejate, adăposturi, centre de reabilitare, servicii de tip respite ;
- Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri de lungă durată pentru persoanele vârstnice dependente ;
- Dezvoltarea unui set de servicii comprehensive,socio-medicale, pentru prevenirea,intervenția precoce, tratamentul și îngrijirea persoanelor vârstnice cu afecțiuni mintale ;
- Dezvoltarea serviciilor paliative ;
- Dezvoltarea programelor de consiliere a persoanelor vârstnice referitor la beneficiile asigurărilor privind riscul de bătrânețe,de dependență,de sănătate, precum și în ceea ce privește alegerea celor mai eficiente scheme de asigurări ;

- Promovarea parteneriatului cu organizațiile neguvernamentale și încurajarea inițiativelor private în domeniu prin asigurarea de facilități fiscale, reglementarea condițiilor de concesiune a serviciilor de către serviciile publice, eliminarea birocrăției ;
- Dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență și îngrijire prin reabilitarea căminelor pentru persoane vârstnice și construcția de noi cămine.

### *2.3.Prevenirea și combaterea abuzului și neglijării persoanelor vârstnice*

- Elaborarea de reglementări specifice privind prevenirea oricăror forme de abuz și neglijare a persoanei vârstnice;
- Organizarea de campanii de informare și dezvoltare a unor centre de consiliere a persoanelor vârstnice asupra riscului de a fi supuși la diverse forme de abuz sau neglijare și consecințelor acestuia ;
- Crearea de servicii sociale specializate destinate victimelor abuzului ;

## **3. Promovarea participării persoanelor vârstnice la viața socială cu obiective operaționale :**

### *3.1.Dezvoltarea și împlinirea personală*

- Dezvoltarea unei rețele de centre de consiliere pentru pregătirea asupra impactului socio-economic al pensionării și alte aspecte caracteristice vârstei a treia ;
- Organizarea de campanii naționale/locale de informare și mediatizare privind consecințele îmbătrânirii pentru sensibilizarea publicului larg și pentru valorizarea rolului persoanelor vârstnice în societate și familie ;
- Dezvoltarea de programe pentru combaterea izolării și încurajarea reintegrării sociale a vârstnicului ;
- Suport acordat vârstnicilor pentru îmbunătățirea propriei situații socio-economice prin proiecte generatoare de venituri, programe educaționale și ocupaționale ;

- Identificarea și promovarea de locuri de muncă destinate persoanelor vârstnice.

### *3.2. Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața societății*

- Dezvoltarea și programe de parteneriat cu reprezentanții mișcării asociative a persoanelor vârstnice pentru susținerea accesului acestora la toate aspectele vieții socio-economice ;
- Promovarea mișcării de voluntariat în rândul persoanelor vârstnice prin instituirea de facilități financiare sau alte forme de recunoaștere a activității voluntare ;
- Facilitarea implicării de către comunitate a persoanelor vârstnice în luarea deciziilor cu privire la acțiunile și măsurile ce le sunt destinate.

În contextul aderării României la Uniunea Europeană în anul 2007, politica națională de dezvoltare a României se racordează din ce în ce mai strâns la politicile, obiectivele, principiile și reglementările comunitare în domeniu, în vederea asigurării unei dezvoltări socio-economice de tip „european” și reducerea cât mai rapidă a disparităților semnificative față de Uniunea Europeană.

Planul Național de Dezvoltare (PND) pentru perioada 2007-2013 este instrumentul fundamental prin care România va încerca să recupereze cât mai rapid disparitățile de dezvoltare socio-economică față de țările din Uniunea Europeană. Acesta este un concept specific politicii europene de coeziune economică și socială (Cohesion Policy) și reprezintă documentul de planificare strategică și programare financiară multianuală, elaborat într-un larg parteneriat, care va orienta și stimula dezvoltarea socio-economică a României în conformitate cu Politica de Coeziune a Uniunii Europene.

În acest context principiile generale pe care se întemeiază și care stau la baza acordării asistenței sociale pentru persoanele vârstnice sunt următoarele:

- a) **respectarea demnității umane** - fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității;

- b) **universalitatea** - fiecare persoană are dreptul la asistență socială, în condițiile prevăzute de lege;
- c) **solidaritatea socială** - comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale;
- d) **parteneriatul** - instituțiile publice și organizațiile societății civile cooperează în vederea organizării și dezvoltării serviciilor sociale;
- e) **subsidiaritatea** - statul intervine atunci când inițiativa locală nu a satisfăcut sau a satisfăcut insuficient nevoile persoanelor;
- f) **participarea beneficiarilor** - care sunt implicați direct în procesul de decizie și acordare a serviciilor sociale;
- g) **transparența** - în raporturile dintre beneficiari și autoritățile publice locale;
- h) **nediscriminarea** - prin respectarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

Îmbătrânirea populației accentuează o problemă resimțită deja în societatea românească: persoanele vârstnice au nevoie de îngrijire medicală și asistență personală cu mult peste resursele de care dispun atât ele însele, cât și sistemul de asigurări sociale și de sănătate, precum și de asistența socială. Bugetul de stat nu a reușit să contribuie suficient, până în prezent, pentru susținerea financiară a acestor nevoi specifice ale persoanelor vârstnice.

Așa cum este binecunoscut, în domeniul protecției sociale a populației, Consiliul Europei a adoptat, la 3 mai 1996, Carta Socială Europeană, care vizează dreptul la protecția sănătății, la securitatea socială și medicală, cât și dreptul de a beneficia de servicii sociale. Carta a fost semnată de România la 15 mai 1997 și a fost ratificată prin Legea nr. 74/1999. Potrivit art. 23 al Cartei, care reglementează dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială, statele semnatare se angajează să promoveze măsuri care să permită persoanelor vârstnice să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit, atât timp cât doresc și cât este posibil, măsurile privitoare în primul rând la îngrijirea sănătății persoanelor vârstnice și la serviciile socio-medicale de care acestea au nevoie.

Așadar, măsurile guvernamentale în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice trebuie să asigure și în România elaborarea unui cadru coerent și specific care să țină seama de prevederile Cartei Sociale Europene.

Țările Europene se confruntă cu o îmbătrânire demografică importantă, ponderea persoanelor peste 65 de ani fiind cea mai pronunțată pe plan mondial. Drept consecință asistăm la o creștere semnificativă a numărului persoanelor vârstnice, care sunt nevoite să trăiască independent, fără a beneficia de asistența și îngrijirea necesară pentru o viață demnă. Situația este mai gravă în țările Europei Centrale și de Est, printre care și România unde rețelele de asistență socială și de sănătate sunt slab organizate și se asociază unui grad de sărăcie gravă a persoanelor vârstnice, concomitent cu o intensă migrație a forței de muncă tinere, deci a membrilor familiilor persoanelor care necesită îngrijire și asistență. Problema se complică în mediul rural unde infrastructura și gradul de dezvoltare al serviciilor în general, și al asistenței sociale și de sănătate în special, se situează cu mult sub cele ale unui sistem european de protecție socială.

## CAPITOLUL 2

### **SERVICIILE SOCIALE DE CARE POT BENEFICIA PERSOANELE VÂRSTNICE ȘI FURNIZORII ACESTORA**

Serviciile sociale sunt o componentă a sistemului de protecție socială și se realizează prin măsuri de sprijin țintite asupra unor nevoi strict individualizate, având drept rezultat soluționarea mai rapidă și cu mai mare eficiență a situațiilor de risc social. Situația actuală a sistemului de asistență socială se poate caracteriza printr-un cadru legislativ care favorizează incluziunea socială și accesul la drepturile fundamentale, cum sunt: asistența socială, ocuparea, sănătatea, educația etc. Totodată, au fost dezvoltate programe destinate susținerii familiei și a altor categorii de persoane defavorizate.

Serviciile sociale comunitare care se asigură în baza Legii nr. 17/2000 constau în: îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu; îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice; îngrijire în centre de zi. Serviciile comunitare care, potrivit legii, sunt asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu constau în servicii sociale (vizând în principal prevenirea marginalizării și sprijinirea reintegrării sociale), servicii sociomedicale (pentru ajutor la realizarea igienei personale, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice) și servicii medicale (sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu, consultații stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale).

Organizarea serviciilor sociale și sociomedicale revine consiliilor locale și sunt asigurate fără plata persoanelor vârstnice care nu au venituri sau ale căror venituri sunt mai mici de 5 ori decât nivelul net lunar luat în calcul la acordarea ajutorului social pentru o persoană singură.

Serviciile medicale susmenționate sunt acordate în baza reglementărilor legale în vigoare privind asigurările sociale de sănătate, respectiv în baza Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Privitor la jurisdicția sistemului național de asistență socială reglementat de Legea nr.47/2006, decizia de stabilire a dreptului la servicii sociale poate fi contestată la comisia de mediere socială. Comisia de mediere socială este obligată a se pronunța în termen de cel mult 30 de zile de la data înregistrării cererii, printr-o decizie, aceasta din urmă decizie putând fi atacată, la rândul său, în termen de 30 de zile de la data emiterii, potrivit prevederilor Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ.

De regulă, asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a personalului de specialitate din cadrul consiliilor locale, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice.

Dreptul la asistența socială se stabilește pe baza unei anchete sociale care se elaborează luându-se în considerare toate datele privind afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții. Nevoile persoanelor vârstnice care și-au pierdut total sau parțial autonomia, nevoi ce pot fi de natură medicală, sociomedicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se propune măsura de asistență socială justificată de situația de fapt constatată.

În vederea asigurării îngrijirilor medicale la domiciliu pentru persoanele în vârstă, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire specializat. Autorizarea persoanelor fizice și juridice care acordă servicii de îngrijiri la domiciliu este reglementată de Normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii, aprobate prin Ordinul nr. 318/2003. Potrivit art. 4 din aceste norme, beneficiază de îngrijiri medicale la domiciliu persoanele cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici. Îngrijirea la domiciliu se efectuează numai la indicația medicilor, iar furnizorii de îngrijiri medicale au obligația de a comunica medicului care a recomandat aceste servicii situația evoluției stării de sănătate a pacientului îngrijit.

Pentru serviciile comunitare acordate în cămine, accesul unei persoane vârstnice se face avându-se în vedere următoarele criterii de prioritate: necesită îngrijire medicală permanentă deosebită care nu poate fi asigurată la domiciliu; nu se poate gospodări singură; este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale; nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

În cadrul căminelor pentru persoane vârstnice se asigură condiții corespunzătoare de găzduire și de hrană, îngrijiri medicale, recuperare și readaptare, activități de ergoterapie și de petrecere a timpului liber, asistență socială și psihologică. Serviciile medicale asigurate în cămin constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei imobilizate; servicii de îngrijire-infirmierie; asigurarea medicamentelor; asigurarea cu dispozitive medicale; consultații și îngrijiri stomatologice.

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine este necesar să reprezinte o măsură de asistență socială care se dispune numai cu titlu de excepție.



Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine, precum și susținătorii legali ai acestora, au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere. În cazul persoanelor vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, contribuția de întreținere este suportată din bugetele locale sau județene, după caz.

În raport cu situația sociomedicală și cu resursele economice de care dispun, persoanele vârstnice pot beneficia de servicii pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții, după cum urmează :

### **1. Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu**

Aceste servicii comunitare de îngrijire se pot grupa în următoarele categorii :

a) **servicii sociale** privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și a gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;

b) **servicii socio-medicale** privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

c) **servicii medicale**, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

d) **serviciile comunitare de consiliere**, în vederea prevenirii marginalizării sociale și pentru reintegrare socială, se asigură fără plata unei contribuții, ca un drept fundamental al persoanelor vârstnice, de către asistenții sociali.

**Serviciile de îngrijire la domiciliu** presupun servicii sociale, socio-medicale și medicale. Îngrijirea medicală necesită personal specializat și este

reglementată de legislația în domeniul sănătății, se finanțează prin decontare din fondurile asigurărilor sociale de sănătate, pe baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor acestuia.

Serviciile sociale și socio-medicale se acordă de către **furnizori acreditați din rețeaua proprie a direcțiilor generale de asistență socială** din subordinea consiliilor județene, precum și de organizațiile neguvernamentale cu care acestea încheie parteneriate și sunt finanțate de la bugetul local, bugetul de stat sau din sursele proprii ale sectorului neguvernamental.

Îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice este capabilă să suplimenteze îngrijirea și asistența informală prestată de aparținători, vecini și voluntari cu servicii profesionale eficiente și costuri moderate. În același timp este un factor de consolidare al societății civile, reușind să îmbine responsabilitățile private ale familiei și comunității, cu responsabilitățile în domeniul social și de sănătate ale autorităților locale, regionale și naționale.

## **2. Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice în cămine**

Căminele pentru persoanele vârstnice acordă următoarele servicii:

a) **servicii sociale**, care constau în : consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă individuală ;

b) **servicii sociomedicale**, care constau în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;

c) **servicii medicale**, respectiv: consultații și tratamente la cabinetul medical sau în instituții medicale de profil și la patul persoanei dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

Căminele pentru persoanele vârstnice funcționează în subordinea consiliilor locale și județene, precum și în cadrul organizațiilor neguvernamentale care sunt furnizorii de servicii.

### **3. Serviciile comunitare asigurate de cantinele de ajutor social.**

**Cantinele de ajutor social** sunt unități de asistență socială, care **funcționează în subordinea consiliilor locale** și prestează servicii sociale gratuite sau contra cost persoanelor vârstnice aflate în situații economico – sociale deosebite.

Cantinele de ajutor social asigură următoarele servicii:

- a) pregătirea și servirea zilnic a două mese (prânzul și cina);
- b) aprovizionarea persoanelor contra cost, de la sediul cantinei cu produse agroalimentare de bază, la prețurile la care acestea au fost achiziționate;
- c) transportul gratuit al hranei la domiciliu pentru persoanele vârstnice care nu se pot deplasa;
- d) pregătirea și distribuirea hranei prin centre mobile, pentru situații deosebite (calamități naturale, izolare geografică, sinistrare etc.).

Persoanele îndreptățite să beneficieze de serviciile cantinei de ajutor social sunt cele fără venituri, precum și cele care realizează venituri ce se situează sub nivelul venitului net lunar pentru o persoană singură luat în calcul la stabilirea ajutorului social. Acestea din urmă suportă plata unei contribuții de 30% din venitul pe persoană, fără însă a se depăși costul meselor servite.

### **4. Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în unitățile de asistență medico – socială**

Potrivit prevederilor HG. nr. 412/2003, „unitățile de asistență medico – sociale sunt instituții publice specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, medicale și sociale persoanelor cu nevoi medico – sociale”.

Instituțiile de asistență medico – sociale se înființează ca instituții rezidențiale sau de zi.

Persoanele care beneficiază de **servicii furnizate în unitățile de asistență medico – sociale** sunt persoane cu nevoi personalizate care necesită supraveghere, asistare, îngrijire, tratament, precum și servicii de inserție și reinserție socială.

În Instrucțiunile nr. 1/507/2003 de aplicare a Normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico – sociale, aprobate prin HG nr. 412/2003, precizează că beneficiarii serviciilor acordate în unitățile de asistență medico – sociale sunt „persoanele cu afecțiuni cronice care necesită permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care, din cauza unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrarea socială”.

Internarea în aceste unități se realizează la recomandarea unităților sanitare sau la solicitarea persoanelor fizice ori juridice, în baza evaluării acestora printr-o grilă de evaluare. Evaluarea medico – socială se realizează de către personalul din unitățile sanitare și de către cel din serviciul de asistență socială din cadrul unităților administrativ – teritoriale în care își au domiciliul persoanele solicitante.

**Serviciile medicale și de îngrijire** asigurate de unitățile de asistență medico – sociale în calitate de furnizori sunt reglementate ca fiind următoarele:

Evaluarea la internarea în unitate;

- Efectuarea de măsurători antropometrice;
- Acordarea primului ajutor;
- Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura, respirație, puls, tensiune arterială, diureză, scaun;
- Toaleta persoanei internate: parțială, totală la pat, totală la baie, cu ajutorul dispozitivelor de susținere;

- Administrarea medicamentelor per os, intravenos, intramuscular, subcutanat, intradermic, prin perfuzie endovenoasă, pe suprafața tegumentelor și a mucoaselor, prin seringă automată;
- Efectuarea de imunizări;
- Masurarea glicemiei cu glucometrul;
- Recoltarea de produse biologice;
- Clisma cu scop evacuator;
- Clisma cu scop terapeutic;
- Alimentare artificială pe sonda gastrică sau nazogastrică și pe gastrostomă;
- Spalatura vaginală;
- Masajul limfedemului;
- Mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase locale, utilizarea colacilor de cauciuc și a ruloarelor pentru evitarea escarelor de decubit;
- Schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie pentru evitarea complicațiilor pulmonare;
- Mobilizare, masaj, bandaj compresiv, aplicații medicamentoase locale pentru evitarea complicațiilor vasculare la membrele inferioare;
- Îngrijirea plăgilor simple și suprainfectate;
- Îngrijirea escarelor multiple;
- Îngrijirea tubului de dren;
- Îngrijirea canulei traheale;
- Îngrijirea ochilor, mucoasei nazale și a mucoasei bucale;
- Suprimarea firelor de sutură;
- Îngrijirea stomelor și fistulelor;
- Evacuarea manuală a fecaloamelor;
- Aplicarea de pampers, ploscă, bazinet;
- Aplicarea de prișnițe și cataplasme;
- Calmarea și tratarea durerii;
- Kinetoterapie individuală;
- Examinare și evaluare psihologică.

La acestea se adaugă serviciile recomandate la externarea din unitățile sanitare cu paturi, cuprinse în biletele de ieșire, scrisori medicale și planuri de recuperare.

**Serviciile sociale** stabilite pentru a beneficia persoanele internate în unitățile de asistență medico – sociale sunt următoarele:

- asigurarea unui nivel maxim posibil de autonomie și siguranță;
- asigurarea unor condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea;
- asigurarea menținerii capacităților fizice și intelectuale;
- asigurarea consilierii și informării atât a asistaților, cât și a familiilor acestora privind problematica socială (probleme familiale, psihologice și altele asemenea);
- intervenții pentru prevenirea și combaterea instituționalizării prelungite;
- stimularea participării la viața socială;
- facilitarea și încurajarea legăturilor interumane, inclusiv cu familiile proprii;
- organizarea de activități psihosociale și culturale;
- identificarea mediilor în care poate fi integrată persoana internată timp îndelungat.

În scopul asigurării serviciilor de îngrijire, medicale și sociale, unitățile de asistență medico – socială încheie convenții de parteneriat sau contracte cu **furnizorii publici ori privați care furnizează astfel de servicii.**

## CAPITOLUL 3

### STANDARDELE DE CALITATE PRIVIND SERVICIILE SOCIALE

Conceptul de “calitate” îl folosim atunci când dorim să apreciem un produs, un serviciu, o persoană sau orice altceva în raport cu care avem un anumit interes. Spunem astfel că am achiziționat un produs de „foarte bună calitate”, că a fost executat un serviciu de „o calitate excelentă” sau că o anumită persoană nu este de „foarte bună calitate” în măsura în care nu ne-a fost satisfăcut „interesul” avut față de acel produs/ serviciu/ persoană.

Conceptul de “calitate” îl reprezintă de fapt “interesul” față de obiectul/subiectul în cauză. În lipsa “interesului”, conceptul de “calitate” nu are obiect. „Interesul” este forma prin care ne manifestăm o „nevoie” de care suntem mai mult sau mai puțin conștienți.

Totodată, o „nevoie” poate fi satisfăcută în măsura în care există o anumită „competență” care să asigure satisfacerea acesteia. Putem fi apreciați ca fiind „competenți”, suntem „o organizație competentă” în măsura în care satisfacem anumite cerințe/ nevoi (exprimate sau nu) a celor interesați de rezultatele activității noastre.

În acest context, putem afirma: **„calitatea” este strict condiționată de nivelul de „competență”**. Putem spune că un produs/ serviciu este de „calitate înaltă” (aduce satisfacții înalte) dacă cel care l-a produs/ furnizat este „competent”.

Considerând „calitatea” ca măsură a satisfacției obținute, un furnizor de servicii sociale care satisface în totalitate cerințele și așteptările beneficiarilor este apreciat ca fiind un furnizor „puternic orientat spre calitate”.

Investiția în competența furnizorului de servicii sociale (în tehnică, în tehnologie, personal) reprezintă principala condiție a asigurării succesului.

Responsabilitatea furnizorului se referă la datoria sau obligația acestuia de a-și îndeplini sarcinile și activitățile ce i-au fost încredințate. Responsabilitatea funcționează ca datoria unui individ față de el însuși de a realiza în cele mai bune condiții sarcinile ce-i revin și, prin aceasta, este o condiție necesară pentru realizarea eficientă a obiectivelor stabilite, de către furnizorul de servicii sociale.

Absența asistenței sociale în perioada de până în anul 1990 s-a reflectat în organizarea relativ haotică a serviciilor sociale, dublate de lipsa profesioniștilor și a legislației în domeniu.

Delegarea responsabilității dezvoltării serviciilor de asistență socială autorităților publice locale reprezentate de consiliile județene și locale se realizează după anul 1990 conform noului pachet legislativ din România.

În primul raport al Comunității Europene privind sărăcia și incluziunea socială, s-a specificat pentru țările membre ale Uniunii Europene: „persoanele vârstnice sunt cele mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de excluziune socială, datorită nivelului insuficient al pensiilor”.

Se impune aplicarea standardelor de calitate în concordanță cu eterogenitatea și diversitatea acestui segment de vârstă, implicit adaptarea serviciilor asistenței sociale la persoanele vârstnice.

Standardele obligatorii de calitate privind serviciile sociale specializate din România, furnizate în sistem public, privat și parteneriat public-privat se referă la: organizare și administrare, drepturi, etică, abordare globală, comprehensivă și integrată, centrarea pe persoane, participarea, parteneriate, orientarea pe rezultate și îmbunătățirea continuă.

Prin **standarde de calitate generale** se înțelege ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare, viziunea integratoare și toleranța personalului implicat în acordarea serviciilor în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate.



Semnificația calității în cazul serviciilor sociale pentru beneficiar presupune:

- **timp și disponibilitate;**
- **finalitate** - nivelul de realizare a serviciului;
- **deferentă** - cât de bine este tratat de către personalul care furnizează serviciile;
- **stabilitate** - nivelul serviciului furnizat este același la toate intervențiile.

La baza unor servicii de calitate se află anumite criterii considerate ca fiind fundamentale și anume :

- **curtuoazie** - astfel încât beneficiarul să nu se simtă umilit pentru că are nevoie de ajutor ;
- **respect** ;
- **simpatie** - pentru a avea o relație cât mai deschisă cu beneficiarul ;
- promptitudine ;
- **ascultare activă** - pentru a identifica problema reală de rezolvat ;
- **exactitate** - soluționarea problemei care trebuie rezolvată, nu a alteia;
- **accesibilitate** - serviciile acordate trebuie să răspundă tuturor solicitărilor, fără nicio discriminare; de asemenea, instituția care oferă serviciile sociale trebuie să fie așezată astfel încât să fie accesibilă și să aibă un program care să răspundă nevoilor beneficiarilor;
- **claritate** - pașii intervenției trebuie să fie descriși astfel încât beneficiarul trebuie să înțeleagă cum se va rezolva problema;
- **personal bine informat și specializat** - pentru a se menține și îmbunătăți nivelul de calitate a serviciilor ;
- **obiectivitate** .

Există prescrise diverse rețete în domeniu, printre care așa-zisul model al celor șapte etape pe care îl prezentăm ad litteram, recomandat și utilizat în scopul oferirii unor servicii de calitate beneficiarilor :

- crearea unui climat prietenos-prezentarea proprie,folosirea numelui asistatului,acordarea de timp suficient pentru a explica cum se va derula procesul de acordare de servicii,evitarea semnelor de indiferență sau nerăbdare ;
- obținerea informației necesare prin ascultare activă și întrebări : trebuie să ne asigurăm că am obținut toate informațiile necesare și să evităm situațiile ambigue ;
- verificarea pentru înțelegerea completă : trebuie să verificăm datele cu beneficiarul, pentru a ne asigura că fiecare parte a înțeles ceea ce trebuie ; astfel, vom evita problemele care pot să apară ulterior ;
- propunerea unui plan de acțiune ;
- obținerea unui acord asupra a ceea ce urmează să se facă,de către cine,unde,când și cum ; trebuie să verificăm dacă asistatul a înțeles planul de îngrijire întocmit, realizat de comun acord, evitând astfel situații negative ;
- asigurarea asistenței asupra căreia s-a convenit-primul motiv pentru care beneficiarii își pierd încrederea este nerespectarea termenelor sau neaducerea la îndeplinire a acestora ; astfel, trebuie să ne îndeplinim promisiunile, respectiv respectarea contractelor și a planurilor stabilite ;
- monitorizarea în vederea asigurării de rezultate :trebuie să ne asigurăm pe perioada intervenției că beneficiarii vor obține ceea ce și-au dorit.

Statele membre ale Uniunii Europene au pus în discuție încorporarea unor politici specifice vârstei a treia în cadrul strategiilor sociale și economice,precum și promovarea incluziunii și a deplinei participări a persoanelor vârstnice în toate domeniile vieții sociale.

În scopul dezvoltării îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei se impun elaborarea și implementarea unor măsuri, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de

dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției și combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice.

A fost raportat un număr de 5.994.829 pensionari în România, dintre care 3.688.363 sunt persoane vârstnice definite conform legii (persoanele care au împlinit vârsta standard de pensionare), dintre care, un număr de 2.404.348 sunt femei în vârstă de 60 de ani și un număr de 1.284.015 sunt bărbați în vârstă de 65 de ani și peste.

Grupa de potențiali beneficiari de servicii de îngrijire este reprezentată de către persoanele vârstnice care se află în riscul cel mai crescut de dependență, adică de cele cu vârsta de 80 de ani și peste (470.378 în prezent).

Potrivit informațiilor furnizate în cadrul literaturii de specialitate, 3% din persoanele cu vârsta de peste 60 de ani se pot găsi în situație de dependență. În cazul în care acest procent este aplicat la numărul de persoane vârstnice din România cu vârsta de peste 60 de ani, rezultatul ar fi un număr de aproximativ 125.250 de persoane dependente, reprezentând grupa celor care necesită în mod sigur servicii de îngrijire. Dacă se apreciază că dintr-un număr de 35 de persoane vârstnice dependente, 10 se află în situația de pierdere accentuată a autonomiei, rezultă că circa 40.000 de persoane necesită îngrijiri permanente.

Centrele rezidențiale (cămine) dispun de un număr de 3.400 de locuri pentru persoane vârstnice, iar centrele de îngrijire și asistență pentru persoanele cu handicap de un număr de aproximativ 4.000 de locuri.

Este mai mult decât necesară dezvoltarea unei rețele de îngrijiri la domiciliu, ca urmare a dorinței și dreptului persoanei vârstnice de a trăi în mediul său propriu de viață, respectiv nevoii de a administra resursele cât mai eficient, îngrijirea la domiciliu fiind mai puțin costisitoare, exceptând cazurile care necesită îngrijire permanentă.

Condițiile propice care stau la baza generării fenomenului de dependență (starea în care se găsesc persoanele care, datorită unor cauze legate de diminuarea sau pierderea autonomiei fizice, psihice sau intelectuale, au nevoie

de asistență și/sau de ajutor, importante pentru a-și îndeplini actele curente de viață) pentru persoanele vârstnice sunt deteriorarea stării de sănătate a acestora și pierderea rudelor apropiate. Acest ultim aspect contribuie la reducerea, uneori chiar absența suportului financiar și societal.

Serviciile sociale actuale din rețeaua formală și informală nu pot acoperi nevoile tuturor persoanelor vârstnice dependente.

Starea de dependență însă ar putea să dispară, sau cel puțin să se amelioreze în urma unor îngrijiri adecvate și personalizate, știut fiind totodată faptul că starea de dependență poate fi prevenită.

Dezvoltarea ofertei de servicii sociale, în mod special a îngrijirii la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, implică o diversificare a acestor servicii care are o contribuție semnificativă la îmbunătățirea calității vieții acestui segment de populație.

Studiile asupra psihologiei comportamentale a persoanelor vârstnice ne-au semnalat, în repetate rânduri, susceptibilitatea acestora asupra sprijinului oferit de societate. Acest aspect poate fi cu ușurință constatat prin intermediul unor sondaje de opinie vizând grija societății pentru rezolvarea problemelor acestei categorii de vârstă, instrument de măsurare în urma căruia 85% din cei interogați au menționat că „pentru ei societatea nu face nimic sau foarte puțin”.

Aproximativ jumătate dintre persoanele investigate manifestă un sentiment de marginalizare în privința luării deciziilor în cadrul familiei sau în mediul social, iar pentru 68% la baza cauzei îndepărtării lor de viața socială, economică, politică se află bătrânețea. O asemenea percepție are efecte nedorite, generând sentimente de insatisfacție, marginalizare.

Perioada de tranziție a avut efecte negative asupra persoanelor vârstnice din România - nivelul scăzut de trai (sub pragul de sărăcie), determinându-i să se „îndrepte” spre instituțiile de ocrotire socială și cantinele sociale. Nivelul sărăciei

vârstnicilor apropiat de cel al persoanelor de vârstă activă economic (în acest caz 25-64 ani) indică proliferarea în România a unei sărăcii corelate cu schimbările structurale pe piața muncii(...). Politica guvernamentală în domeniul asistenței sociale este necesar să vizeze o serie de măsuri destinate combaterii excluziunii sociale și promovării incluziunii sociale, inclusiv prin elaborarea unor reglementări legislative menite să asigure o construcție de sistem coerentă, un management eficient, o îmbunătățire permanentă a diverselor măsuri de suport financiar destinate vârstnicilor și respectiv celor în situație de risc, precum și o consolidare și dezvoltare a rețelei de servicii sociale, medicale și geriatrie adresate acestei categorii de populație care numără circa 5,5 milioane persoane.

Chiar și mass-media, respectiv mediile politice din România au contribuit la conturarea unei imagini relativ defavorabile acestora, deseori fiind semnalat faptul că numărul persoanelor vârstnice înregistrează un trend ascendent comparativ cu populația activă.

Situația creată necesită luarea unor măsuri pentru asigurarea resurselor financiare necesare întreținerii populației vârstnice, reconsiderarea politicilor de sănătate în funcție de specificul nevoilor acestei categorii de populație, dezvoltarea unor servicii complexe.

În acest cadru trebuie să se ia în considerare atât îngrijirea vârstnicului, cât mai ales calitatea acestei îngrijiri, cel două elemente fiind considerate părți integrante ale politicii de bunăstare. Pe lângă o serie de aptitudini, este necesară prezența în rândul celor ce se ocupă de această categorie de vârstă de sentimente de respect și afecțiune, de empatie.

Satisfacerea anumitor nevoi, chiar și în lipsa unor oferte de servicii specializate, va trebui să constituie o responsabilitate pentru familie aceasta din urmă preluând sarcina satisfacerii nevoilor, deseori cu consecințe nedorite sau chiar în afara dorinței de a le face. Nu de puține ori au fost semnalate disfuncții psihologice între cei care acordă îngrijire și persoana în cauză, respectiv abuzuri

asupra bătrânilor, știut fiind faptul că îngrijirea bătrânilor creează stres, generând totodată costuri ridicate (materiale, fizice, psihice).

Se constată o proliferare a fenomenului instituționalizării, în mod special în mediul urban, având la bază motivații de ordin obiectiv (condiții de locuit restrânse, dificultăți financiare, imposibilitatea supravegherii permanente a vârstnicilor cu deteriorări psihice, dificultatea familiei adulte de a se ocupa de îngrijirea propriilor bunici sau străbunici), respectiv de ordin subiectiv (relaxarea legăturilor parentale, o psihologie individualistă). Deciziile trebuie luate numai de comun acord cu vârstnicul (exceptând cazurile de deteriorare psihică gravă), cât și în funcție de nevoile sale.

Instituționalizarea persoanelor vârstnice trebuie să reprezinte o alternativă la îngrijirea la domiciliu. Adesea se constată o serie de aspecte care obligă la asistarea vârstnicului în instituții, ca de exemplu:

- manifestarea dezinteresului de către copii, care doreau alungarea părintelui din propria-i casă, fie pentru a o folosi singuri, fie în scopul vânzării;
- conflictele cu rudele care inițial acceptaseră să-i găzduiască și să-i îngrijească. Acest motiv este invocat și pentru alte persoane neânrudite, care au acceptat plasamentul acestuia în propria familie în schimbul unor avantaje materiale consistente și care, ulterior și-au declinat responsabilitățile, chiar și atunci când au fost asumate prin instanțele juridice;
- violența comportamentală a celorlalți membri ai familiei, în parte susținută latent și prin psihologia particulară a senectuții cu note dominante de egoism și autoritarism.

Un rol important în evitarea instituționalizării persoanelor vârstnice îl are consilierea membrilor familiilor vârstnicilor care prezintă un risc pronunțat de a fi

instituționalizați, potențialele justificări ale instituționalizării bătrânilor fiind teama de responsabilități a familiei, respectiv absența puterii de a face față situației.

Distribuția procentuală într-un eșantion de persoane vârstnice cu privire la diferite situații de instituționalizare se prezintă astfel :

- singurătate - 34% ;
- stare de sănătate necorespunzătoare care nu permite propria îngrijire - 27%;
- lipsa veniturilor - 12%;
- neînțelegeri cu copiii sau alte rude cu care locuia - 17%;
- lipsa unei locuințe proprii sau a unor condiții acceptabile de locuit în casa altor rude - 10% .

Vulnerabilitatea acestei categorii de vârstă este amplificată de singurătate și izolare, aspect amplificat de gradul insuficient de satisfacere a nevoilor fundamentale de alimentație și sănătate, confortul uneori precar pentru cerințele specifice acestei categorii, neadaptarea locuinței vârstnicului la nevoile sale.

Consilierea are rolul unui mediator având ca obiectiv „a-i ajuta pe oameni să se ajute singuri”. Iată care ar fi, în opinia consilierului, rezultatele dorite și solicitate de către beneficiari:

- creșterea înțelegerii de sine și a situațiilor din jur;
- creșterea capacității proprii de decizie;
- oferirea unui sprijin în luarea unei decizii și confirmarea acesteia;
- dezvoltarea capacității de a schimba o situație;
- eliberarea de sentimente;
- examinarea opțiunilor și alegerea uneia;
- facilitarea capacităților de relaționare și comunicare;
- liniște și armonie intrafamilială și comunitară.

Creșterea riscului de a prezenta boli invalidante și dependență, este direct proporțională cu înaintarea în vârstă, ceea ce impune imperios o redefinire, o redimensionare a standardelor de calitate în scopul îmbunătățirii calității vieții acestei categorii de populație. Serviciile de îngrijire necesare vor fi nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice.

Principalele acte normative care reglementează standardele de calitate în domeniul serviciilor sociale, socio-medicale și medicale pe care le presupune îngrijirea persoanelor vârstnice în instituții și în comunitate sunt:

- **Ordinul ministrului sănătății nr. 318 din 7 aprilie 2003 pentru îngrijirile de natură medicală și în Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 246 din 27 martie 2006, pentru serviciile de natură socială și socio-medicală** sunt primele reglementări în domeniu și se referă la: organizarea și administrarea unităților, accesarea și acordarea serviciilor, a resursele fizice și umane;
- **Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 383 din 6 iunie 2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;**
- **Ordinului ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 246 din 27.03.2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice** este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.

**Inspekția Socială** este instituția publică înființată prin **Ordonanța de urgență nr. 130/2006 privind Inspekția Socială și respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspekția Socială** ca organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică,



care are drept scop controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspectarea activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale, inclusiv celor destinate persoanelor vârstnice.

**Ordinul nr. 383 din 6 iunie 2005** privind standardele generale de calitate ale serviciilor sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori, aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat, stabilește condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii care asigură astfel de servicii.

Furnizorilor de servicii sociale li se acordă o perioadă de 12 luni pentru a îndeplini condițiile de acreditare conform standardelor obligatorii de calitate, după cum urmează :

- să stabilească obiective valabile pe o perioadă de 3-5 ani, împreună cu personalul sub forma unui proiect propriu, elaborat în conformitate cu legislația în vigoare.
- să își dezvolte o procedură de informare a instituțiilor competente în domeniu, a personalului, beneficiarilor, familiilor ori susținătorilor legali ai acestora și a altor actori relevanți, în ceea ce privește proiectul sau alte documente referitoare la procesul de furnizare a serviciilor, ori de câte ori este nevoie sau intervin schimbări.
- să transmită trimestrial datele necesare evaluării procesului de furnizare a serviciilor folosind instrumente adecvate.
- să aplice proceduri prin care sunt evaluate anual rezultatele comunicării interne și externe privind serviciile furnizate.
- să dețină proceduri de evaluare periodică a utilizării eficiente a resurselor umane, materiale și financiare pentru acordarea serviciilor.
- să elaboreze și să disemineze materiale care să promoveze imagini pozitive despre beneficiari, bune practici, noutăți în modul de administrare și furnizare a serviciilor.
- să prezinte anual rezultatele obținute și celorlalți furnizori de servicii din domeniu.

Prin activitatea pe care o desfășoară, **furnizorii de servicii sociale este necesar să soluționeze:**

- **apărarea și promovarea drepturilor beneficiarilor** în baza unui cod etic care promovează respectarea demnității beneficiarului, a familiei acestuia, a susținătorilor săi legali, prin care protejează beneficiarii împotriva unor eventuale riscuri și se promovează ideea de justiție socială;
- **asigurarea continuității în furnizarea de servicii**, astfel încât să fie valorificată contribuția tuturor actorilor sociali: beneficiarii, comunitatea locală, societatea civilă;
- **dezvoltarea și diversificarea de servicii în funcție de nevoile beneficiarilor** și de nevoile identificate în comunitate, implicând beneficiarul ca membru activ al echipei serviciului furnizat, contribuția fiecărui individ prin angajarea lui în autoevaluare, feedbackul și evaluarea făcută de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;
- **promovarea participării beneficiarilor** la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciilor, precum și în cadrul comunității;
- **cooperarea la organizarea și dezvoltarea serviciilor sociale**, prin încheierea de parteneriate, pentru a asigura continuitate în furnizarea serviciilor sociale, în cadrul unui sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuse persoanele vârstnice din cadrul comunităților ;

**Principalele instrumente ce se recomandă să fie utilizate de către furnizorii de servicii** pentru aducerea la îndeplinire a acestor obiective sunt :

- carta drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, cunoscută atât de beneficiari, cât și de asistenți;
- regulamentul de organizare și funcționare prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații, care le sunt făcute cunoscut și pe care trebuie să le respecte permanent și la orice nivel al intervenției;

- planul de intervenție și, după caz, planul de asistență și îngrijire, care valorifică întregul potențial uman corelat cu nevoile personale și ale cărui rezultate sunt monitorizate și evaluate sistematic;
- proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- procedurile prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare referitoare la înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor formulate de beneficiari, familiile ori susținătorii legali ai acestora;
- modalitățile de evaluare inițială și complexă a nevoilor persoanei vârstnice;
- proceduri de implicare a beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor, în procesul dezvoltării de programe, precum și pentru evaluarea și administrarea serviciului primit;
- un set de indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor;
- un concept de management al informației, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

## CAPITOLUL 4

### **SITUAȚIA ACTUALĂ PRIVIND ÎNGRIJIREA VÂRSTNICILOR - EXEMPLE ÎN INSTITUȚII**

Serviciile sociale și medicale pentru persoanele vârstnice sunt asigurate în prezent de autoritățile publice, de unele organizații neguvernamentale sau în parteneriat public-privat, dar există și unele inițiative private.

Personalul care își desfășoară activitățile în cadrul proiectelor vizând îngrijirea la domiciliu, respectiv în centrele rezidențiale, este selectat pe bază de concurs, organizat și desfășurat în conformitate cu legislația în vigoare. De regulă, se apelează la încheierea unui contract de colaborare cu o firmă de training, care prevede desfășurarea pregătirii pe baza unei tematici, acțiune la care participă toți îngrijitorii, și beneficiază de adeverințe care să le ateste efectuarea aceasei instruirii.

După derularea procedurilor necesare obținerii fondurilor aferente cursurilor de pregătire pentru îngrijitorii la domiciliu, pasul următor constă în desfășurarea acestora.

Eliberarea certificatelor de acreditare, respectiv a „certificatului de calificare în meseria de îngrijitor la domiciliu pentru persoane vârstnice” se face cu perceperea unei taxe din partea firmei acreditate pentru instruire.

Cursurile de pregătire cuprind noțiuni teoretice și practice. La finalul perioadei de pregătire, cursanții obțin calificările și acreditările necesare pentru a putea profesa în meseria „îngrijitor la domiciliu pentru persoane vârstnice” în conformitate cu normele legale în vigoare.

În privința selecționării beneficiarilor, cazurile sunt selectate în funcție de gravitatea situației sociale și materiale existente și de gradul de dependență al persoanei vârstnice respective. Evaluarea nevoilor socio-medice este o activitate importantă, luându-se în calcul înțelegerea și aprecierea situației reale

afiecării beneficiar, implicit oferirea unor servicii în conformitate cu planul de intervenție și planul de îngrijire individualizat.

Procesul de evaluare a persoanei vârstnice se desfășoară de regulă la domiciliul beneficiarilor (în concordanță cu grila națională de evaluare), pentru a oferi o imagine cât mai completă asupra modului și mediului de viață al acesteia.

În privința planului de îngrijire se ia în considerare identificarea celor mai bune căi pentru a atinge obiectivele stabilite, conform legislației în vigoare (Legea nr.286/2006 privind întocmirea planului de servicii și planului individual de protecție). Planul individualizat de îngrijire trebuie să conțină : obiectivele planului, probleme specifice ale beneficiarilor, persoana care furnizează serviciul, serviciile care vor fi acordate.

Durata de rezidență este nelimitată de cele mai multe ori în cazul vârstnicilor.

O problemă deosebit de gravă o reprezintă programele de îngrijire și suport pentru persoanele vârstnice afectate de Boala Alzheimer. În sistemul privat, în România există numai centre de zi pentru demență și unele servicii la domiciliu, neexistând centre specializate pentru asistare permanentă. În prezent, instituționalizarea acestor pacienți se face în "cămine de bătrâni", unde sunt acordate îngrijirile generale specifice acestor instituții sau sunt asistați pe perioade scurte (de maxim 14 zile în spitalele de stat, în secții de psihiatrie și geriatrie) neputându-se evalua și trata adecvat, pe termen lung, acești pacienți. Datele deținute de Societatea Română Alzheimer (SRA) evidențiază că 150.000 de persoane suferă de această maladie, însă, având în vedere că o mare parte a bolnavilor nu sunt încă diagnosticați, se estimează că numărul real al acestora ar putea fi de circa 350.000.

Demența Alzheimer este o boală caracterizată prin afectare cognitivă (memorie, gândire) și emoțională suficient de severe pentru a modifica activitatea zilnică și calitatea vieții la un pacient perfect conștient. Este cea mai frecventă cauză a demențelor - reprezintă mai mult de jumătate din toate cazurile. Demența Alzheimer apare cel mai des la persoanele cu vârsta peste 65-70 de ani (Demența Alzheimer cu debut tardiv) sau devreme, 45-60 ani (Demența

Alzheimer cu debut precoce). Implicațiile asupra calității vieții pacientului, dar și a familiei acestuia sunt dezastruoase. Pe de o parte, pacientul are o evoluție lent progresivă de degradare a funcțiilor cognitive și psihice, cu posibile tulburări comportamentale, mergând până la violența fizică, și ulterior a celor motorii cu imobilizare completă la pat în faza severă a bolii. Pe de altă parte- membrul de familie care îngrijește pacientul - suferă o afectare psihică importantă odată cu aflarea, de obicei tardivă, a diagnosticului, aceasta și din cauza necunoașterii bolii în rândul populației, mergând până la depresie odată cu evoluția bolii.

Conform statisticilor, în întreaga lume sunt peste 24 de milioane de pacienți cu demență, iar în 2040 vor fi 81 de milioane. Demența afectează una din 20 de persoane peste 65 de ani și una din cinci peste 80 de ani. Numărul pacienților cu demență s-a dublat la fiecare 20 de ani. În ultimii 15 ani, majoritatea cazurilor de pacienți cu demență au provenit din țările dezvoltate (aproximativ 60%); în 2040, se așteaptă ca acest procent să ajungă la 71%.

x  
x     x

Prezentăm în continuare câteva exemple de programe referitoare la îngrijirea în regim rezidențial și la domiciliu a persoanelor vârstnice aflate în dificultate:

### **I. „Îngrijiri la domiciliu pentru vârstnicii din Craiova”**

În cazul proiectului „Îngrijiri la domiciliu pentru vârstnicii din Craiova” care a căpătat contur în urma colaborării dintre Consiliul Local al Municipiului Craiova, Arhiepiscopia Craiovei, Asociația „Vasiliada” și Consiliul județean al persoanelor vârstnice, rezultatele activității de selecție a beneficiarilor în anul 2007 au fost următoarele:

- în decursul primului trimestru de implementare a fost selecționat un număr de 57 beneficiari (41 de femei și 16 bărbați);

- în decursul trimestrului doi de implementare a fost selecționat un număr de 43 beneficiari(27 femei și 16 bărbați);
- în decursul trimestrului trei de implementare a fost selecționat un număr de 22 beneficiari(14 femei și 8 bărbați).

În total, de la începutul implementării proiectului și până în prezent (respectiv în primele trei trimestre de implementare), a fost selecționat un număr de 122 beneficiari, dintre care 82 femei și 40 bărbați, pentru care s-a început procedura de evaluare și întocmire a planului de îngrijire.

Proiectul a avut la bază principiul: evitarea creării dependenței persoanei îngrijite de un anumit serviciu sau de persoana care oferă acel serviciu, nevoia persoanei îngrijite fiind pe primul plan.

Instrumentele sociale specifice asistenței sociale care au fost utilizate sunt următoarele:

- fișa de luare în evidență;
- ancheta socială;
- fișa de evaluare socio-medicală(fișa geriatrică);
- planul de intervenție;
- planul individualizat de îngrijire și asistență;
- contractul de acordare de servicii sociale;
- fișa lunară cumul de ore/servicii îngrijitor la domiciliu;
- fișa de monitorizare,evaluare etapă,bilanț;
- chestionarul de satisfacție a beneficiarilor;
- registrul de caracterizări;
- fișa de ieșire din evidență;
- adresa către medicul de familie.

Nu au lipsit, pe parcursul derulării programului unele obstacole,ca de exemplu:

- au existat persoane vârstnice care au refuzat serviciile de îngrijire oferite prin intermediul proiectului, deoarece beneficiau de ajutor din partea rețelei informale (astfel, aceste persoane nu au putut fi incluse în grupul celor cărora li s-au putut acorda servicii de îngrijire, deși fuseseră inițial selectate);

- s-a amânat acordarea serviciilor de îngrijire, deoarece beneficiarii respectivi fie aveau anumite probleme de sănătate, fie a fost necesar să se interneze în spital, fie au plecat din localitate.

Rezultatele obținute în urma derulării programului au fost următoarele:

- în decursul trimestrului întâi au fost evaluate și s-a întocmit planul de îngrijire pentru 48 de persoane vârstnice (34 de femei și 14 bărbați);
- în decursul trimestrului al doilea au fost evaluați și s-a întocmit planul de îngrijire pentru 45 beneficiari, dintre care 29 femei și 16 bărbați;
- în decursul trimestrului trei de implementare au fost evaluate și s-a întocmit planul de îngrijire pentru 22 de persoane vârstnice, dintre care 14 femei și 8 bărbați.

Evaluarea și întocmirea planului de îngrijire se vor continua ținându-se seama de următoarele aspecte:

- dorința de a continua sau nu primirea de servicii de către beneficiari;
- problemele care pot apărea pe parcurs legate de starea de sănătate a beneficiarului;
- dorința din partea rețelei informale de a se implica activ în îngrijirea persoanei vârstnice respective;
- completarea numărului maxim de persoane aflate în îngrijire din partea echipei de îngrijire.

## **II. Centrul „Sfânta Elena“, București**

Centrul „Sfânta Elena“ găzduiește numai femei cu deficiențe locomotorii. Centrul oferă condiții similare unui hotel de trei stele, care te fac să te simți ca acasă. Multe dintre persoanele asistate nu se pot deplasa singure, fiind imobilizate în scaune cu roțile. Centrul organizează activități culturale și de agrement o dată pe lună și la fiecare zi onomastică sau alte ocazii. Persoanele deplasabile sunt însoțite la plimbare, în parc și, inclusiv la piață, dacă acestea doresc. Cu toate că centrul se adresează persoanelor cu handicap motoriu,



inclusiv celor tinere, la „Sfânta Elena“ nu întâlnim decât persoane de vârsta a treia.

Cu toate că îngrijirea și condițiile de care dispun sunt mai mult decât mulțumitoare, cei vârstnici duc dorul unei familii adevărate.

### **III. Centrul de asistență socială și îngrijire la domiciliu pentru vârstnici, Iași**

Proiectul a debutat în luna decembrie a anului 2004 cu finanțare nerambursabilă susținută de Banca Mondială și a continuat fără întrerupere până în prezent. Principalul partener este Direcția de asistență a Primăriei Municipiului Iași.

La finele anului 2006 echipa Centrului era formata din următoarele persoane: 1 coordonator, 2 medici, 2 asistenți medicali, 4 îngrijitori vârstnici la domiciliu, 1 asistent social, 2 bucătari, 1 responsabil financiar și 1 șofer. Activitatea echipei s-a bazat pe valorile dragostei față de semenii aflați în suferință, implicării sociale și devotamentului față de profesie.

Prin programul de îngrijire la domiciliu s-a încercat ameliorarea stării de sănătate și reducerea gradului de dependență al vârstnicilor care sunt imobilizați la pat, care se confruntă cu grave probleme medicale și sociale, care sunt afectați de excluziune socială sau care sunt abandonați de familie.

Serviciile oferite sunt gratuite și complete, vârstnicii beneficiind de consultații medicale, medicamente, administrare tratamente, consiliere, îngrijire medicală, îngrijire infirmieră, scutece, sprijin în realizarea activităților casnice, hrană caldă livrată zilnic la domiciliu și activități de socializare.

### **IV. Căminul pentru persoane vârstnice Băbiciu, județul Olt**

Principiile care stau la baza activității Căminului pentru persoane vârstnice Băbiciu sunt:

- respectarea drepturilor omului ;
- respectarea demnității umane;
- universalitatea;
- nediscriminarea;
- asigurarea autonomiei ;
- asigurarea intimității ;
- asigurarea dreptului de a alege ;
- implicarea activă și deplină a beneficiarilor în diverse activități ;
- cooperarea și parteneriatul ;
- recunoșterea valorii fiecărei ființe umane

Căminul pentru persoane vârstnice Băbiciu îndeplinește, în principal, următoarele atribuții:

- a) asigură persoanelor vârstnice protejate maximum posibil de autonomie și siguranță;
- b) oferă condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea persoanelor vârstnice;
- c) permite menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanelor vârstnice;
- d) stimulează participarea acestora la viața socială;
- e) facilitează și încurajează legăturile interumane, inclusiv cu familiile persoanelor vârstnice;
- f) asigură supravegherea și îngrijirea medicală necesare;
- g) previne și tratează consecințele legate de procesul de îmbătrânire;
- h) asigură cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico-sanitare corespunzătoare, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- i) asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a persoanelor protejate;
- j) asigură beneficiarilor protecție și asistență în cunoașterea și exercitarea drepturilor lor;

- k) concepe proiecte și programe proprii care să asigure creșterea calității activității de protecție socială, în concordanță cu specificul Căminului pentru persoane vârstnice Băbiciu, potrivit politicilor și strategiilor naționale și județene;
- l) organizează activități culturale educative și de socializare, atât în interiorul căminului cât și în afara acestuia;
- m) organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanei protejate;
- n) asigură consiliere și informare atât familiilor, cât și persoanelor protejate privind problematica socială (probleme familiale, psihologice etc.);
- o) intervine în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
  
- p) asigură posibilități de petrecere a timpului liber;
  
- r) asigură paza și securitatea beneficiarilor.

Beneficiarii programului sunt persoanele vârstnice (care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege), care se găsesc într-una din următoarele situații:

- a) necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- b) nu se poate gospodări singură;
- c) este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să-și îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice precare ;
- d) nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

Accesul persoanelor vârstnice în cadrul căminului se face prin dispoziția directorului executiv al Direcției generale de asistență socială a județului Olt.

## **V. Centru de îngrijire a vârstnicilor, județul Alba**

Parteneriatul dintre serviciul public de asistență socială din subordinea consiliului județean Alba, Asociația "Sfântul Andrei" din Bărbant și Asociația "Filantropia Ortodoxă" Alba Iulia s-a concretizat prin înființarea celui de-al 50-lea așezământ social din Arhiepiscopia Alba Iulia: Așezământul pentru persoane vârstnice în situații de vulnerabilitate socială "Sfântul Andrei".

Așezământul "Sfântul Andrei" este unul dintre cele mai moderne din județ, utilat și dotat la standarde europene, cu servicii medicale asigurate de un medic angajat, sală de fizioterapie, bucătărie, spălătorie și o sală pentru recreere dotată cu calculatoare și televizor. Prin cei 18 angajați ai așezământului se asigură servicii de îngrijire, asistență medicală, cazare și hrană unui număr de 24 de persoane vârstnice asistate social (10 femei și 14 bărbați) dintre care cel puțin două persoane beneficiare sunt de etnie romă. Construcția a început în anul 2004 și a fost finanțată până în anul 2006 de către credincioșii ortodocși din localitatea Bărbant.

## **VI. Asociația „Caritas”, municipiul Blaj, județul Alba**

Asociația „Caritas” dezvoltă un program pentru îmbunătățirea stării de sănătate fizică și a condiției sociale a persoanelor imobilizate la pat sau la domiciliu.

Acest program asigură :

- organizarea unui sistem funcțional de îngrijire medicală și asistență socială la domiciliu;
- creșterea gradului de integrare socială și participare comunitară;
- scăderea gradului de solicitare a familiilor care au în îngrijire persoane imobilizate;
- asigurarea accesului nediscriminatoriu al beneficiarilor și aparținătorilor lor la

informații privind legislația în vigoare pentru grupurile țintă;  
• asigurarea unui flux de informații teoretice și practice pentru aparținătorii beneficiarilor și voluntari.

Grupurile țintă ale programului sunt:

- persoane vârstnice, singure sau ale căror familii nu le pot asigura îngrijirea, cu venituri minime de subzistență;
- bolnavi cronici care necesită îngrijire;
- persoane cu deficiențe psiho-motorii.

Serviciile acordate în cadrul programului au în vedere :

- asistarea socială și medicală la domiciliu a peste 750 de persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, bolnavi cronici din localitățile Blaj, Sibiu, Brașov, Luduș, Mediaș, Târnăveni și satele învecinate;
  - îngrijire de bază și sprijin în activitățile gospodărești pentru persoanele imobilizate la pat la domiciliu;
  - consiliere, consultanță în îngrijire pentru aparținătorii beneficiarilor;
  - formare, informare pentru voluntari, membri ai comunității locale;
  - sprijin material și financiar pentru persoanele afectate de inundații, calamități naturale.
- În cadrul proiectului funcționează centre de îngrijire medicală și asistență socială la domiciliu.
- În cadrul programului s-a dezvoltat componenta de sprijinire a persoanelor, familiilor afectate de inundații, calamități naturale, precum și pentru derularea unei campanii naționale de strângere de fonduri pentru victimele cutremurului din Asia de Sud Est.

Programul funcționează având următorii parteneri :Deutscher Caritas Verband, Germania, Ministerul Cooperării și Solidarității Sociale din Germania, Fundația OSYPKA Germania, Confederația Caritas România, Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, Direcțiile județene de muncă și protecție socială ale județelor Alba, Sibiu, Brașov, Mureș, Consiliile locale Blaj, Consiliul local Luduș, Consiliul Alba, Paderborn.

## **VII. Căminul de bătrâni „Sf. Elisabeta”, Georgheni și Asociația „Caritas” - Alba Iulia**

Căminul de bătrâni „Sf. Elisabeta” funcționează din anul 1996 și este una din cele mai mari realizări instituționale ale Asociației Caritas Alba Iulia. Căminul, care respectă în totalitate standardele europene, oferă 135 de locuri. Începând din anul 2001 căminul oferă îngrijire permanentă și pentru persoane care suferă de boala Alzheimer. În 2005 serviciile căminului au fost acreditate.

Serviciile oferite sunt:

- cazare în camere cu 2-3 paturi
- alimentație și îngrijire generală
- îngrijire medicală (24 de ore asistență medicală)
- tratamente de specialitate
- ergoterapie
- activități de stimulare a capacității cognitive
- terapii de mișcare
- ajutor la menținerea sau recuperarea mobilității corporale
- îngrijire timpurie
- curățirea regulată a camerelor, spălarea lucrurilor personale.
- Beneficiarii programului sunt: persoane în vârstă care necesită îngrijire permanentă, persoane în vârstă care trăiesc singure, persoane în vârstă care necesită îngrijire timpurie, persoane în vârstă care necesită îngrijire timpurie, persoane care suferă de boala Alzheimer.

Asociația „Caritas” desfășoară programe individuale astfel încât fiecare persoană asistată să aibă activitate în funcție de posibilitățile fizice, psihice și intelectuale : activități de stimulare a capacității cognitive (ore de literatură, muzică, religie), discuții în grup având ca scop păstrarea și dezvoltarea comunicării dintre locuitorii căminului, dezvoltarea legăturilor interpersonale în cadrul instituției și în afara acesteia, atelier de ergoterapie (cusut, croșetat,

țesut, tăiatul cârpelor și bureților pentru confecționarea jucăriilor, pregătirea manuală a cărților poștale și felicitărilor pentru sărbători), terapii de mișcare constând din gimnastică timp de 1-2 ore/zi cu 20-30 de asistați ai căminului. Pentru cei care suferă de boala Alzheimer se desfășoară exerciții cognitive și psihomotrice ce constă în: desen, calcule cu numere, ore de muzică, ore de educație fizică, plimbări, cules de flori, diferite jocuri în grup. Un alt așezământ patronat de Asociația „Caritas” Alba Iulia este Căminul de bătrâni „Sf. Clara”, Sânzieni unde se desfășoară activități similare.

### **VIII. Fundația „Solidaritate și Speranță” județul Iași**

În anul 2002, în municipiul Iași, s-a înființat Fundația „Solidaritate și Speranță” care include mai multe proiecte și centre sociale și cultural-educative. Primul dintre acestea este Centrul de asistență social-medicală și îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice. Proiectul de îngrijire a vârstnicilor a debutat în luna decembrie a anului 2004, cu finanțare nerambursabilă acordată de Banca Mondială și a continuat fără întrerupere până în prezent. În cadrul acestuia, o echipă formată din 3 medici, 6 infirmieri, 2 asistenți sociali, un kinetoterapeut, un maseur este repartizată pentru cei 160 de bătrâni care sunt asistați la domiciliu. Prin programul de îngrijire la domiciliu se încearcă să amelioreze starea de sănătate și reducerea gradului de dependență a vârstnicilor care sunt imobilizați la pat, care se confruntă cu grave probleme medicale și sociale, care sunt afectați de excluziune socială sau sunt abandonați de familie. Serviciile oferite sunt gratuite și complete, vârstnicii beneficiind de consultații medicale, medicamente, administrare tratamente, consiliere, îngrijire medicală, îngrijire infirmieră, scutece, sprijin în realizarea activităților casnice, hrană caldă livrată zilnic la domiciliu și activități de socializare.

### **Centrul de Zi pentru Vârstnici „Maica Teresa”, județul Târgu Mureș**

Centrul de zi pentru vârstnici din municipiul Târgu Mureș a fost inaugurat în anul 2003. De la început și-a propus acordarea de asistență socială, oferirea unui program vârstnicilor, program în cadrul căruia aceștia să se simtă membri ai unei comunități în care sunt acceptați și doriți așa cum sunt ei, să descopere că deși nu mai au abilitățile de altădată, încă sunt capabili de ceva.

Scopul proiectului este prevenirea marginalizării și izolării sociale a persoanelor vârstnice, din municipiul Târgu Mureș, asigurarea unui nivel optim a stării mentale și sociale a acestora, funcționarea unui serviciu de asistență tip „day care” (asistență centru de zi).

Obiectivele programelor derulate în cadrul centrului de zi sunt:

- organizarea și asigurarea unui serviciu integrat de asistență a persoanelor vârstnice;
- creșterea gradului de integrare și participare socială a vârstnicilor;
- asigurarea accesului la informații privind drepturile persoanelor vârstnice
- consiliere și sprijin administrativ în accesarea acestor drepturi;
- optimizarea cunoștințelor teoretice și practice ale angajaților și voluntarilor.

Grupul țintă este reprezentat de persoanele în vârstă (peste 60 ani) și familiile acestora, precum și comunitatea din care fac parte.

Serviciile de asistență socială acordate sunt asistență și suport persoanelor vârstnice în cadrul centrului de zi pentru vârstnici "Maica Tereza", ca de exemplu:

- informare și consiliere individuală: psihologică, juridică și administrativă ;
- servicii comunitare de consiliere, în vederea prevenirii marginalizării sociale și sprijin pentru reintegrare socială, acordate în grup. Se realizează prin: prezentări pe diferite teme (cu invitați speciali din domeniile: știință, cultură, literatură, consiliere juridică, psihologie, ocrotirea sănătății – sfaturi medicale); bibliotecă; consiliere medicală, cerc literar; cerc de film și muzică; cerc de



turism; cerc de terapie naturistă; zi de jocuri (ludoterapie),  
festivități și serbări;

- asigurarea unor programe de ergoterapie (cerc de lucru manual) ;
- programe socio-psihoeducative și religioase;
- transportul vârstnicilor imobilizați (de la domiciliu) la centrul de zi.

Numărul vârstnicilor care participă regulat la activități: 75 persoane în 6  
grupe diferite.

### **IX. Căminul Oxxygene, municipiul București**

Oferim în final exemplul primului centru privat pentru persoane diagnosticate cu boala Alzheimer și de alte forme de demență deschis la Otopeni. Căminul Oxxygene reprezintă o inițiativă integral privată, oferă un confort deosebit, îngrijirea bolnavilor cu personal calificat, programe complexe de terapie ocupațională, dar și de stimulare cognitivă - în concordanță cu cele mai noi metode de terapie specifice. Prețul unei zile de internare în Centru este echivalentul în lei a 25 euro/zi, cel mai mic existent în prezent în România pentru îngrijirea instituționalizată a persoanelor vârstnice.



**Aceste exemplificări cu privire la îngrijirea persoanelor vârstnice demonstrează că, în prezent, există foarte puține programe la nivel național. Situația trebuie monitorizată cu multă atenție și este necesar să se dezvolte programe naționale pentru îngrijirea vârstnicilor la domiciliu, astfel încât să se poată soluționa favorabil marea majoritate a solicitărilor.**

## **REZULTATUL ANCHETEI DIRECTE EFECTUATĂ LA UNITĂȚILE CARE DESFĂȘOARĂ ACTIVITĂȚI DE ÎNGRIJIRE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE**

### **5.1. ASPECTE DE ORDIN METODOLOGIC**

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului a fost ancheta directă, față în față, realizată prin chestionarea, de către reprezentanții consiliilor județene ale persoanelor vârstnice, a personalului din conducerea instituțiilor de asistență socială publice (direcțiile de asistență socială la nivel județean sau de localități și alte instituții cu personalitate juridică în domeniu) și private (organizații neguvernamentale) care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu sau în sistem rezidențial a persoanelor vârstnice.

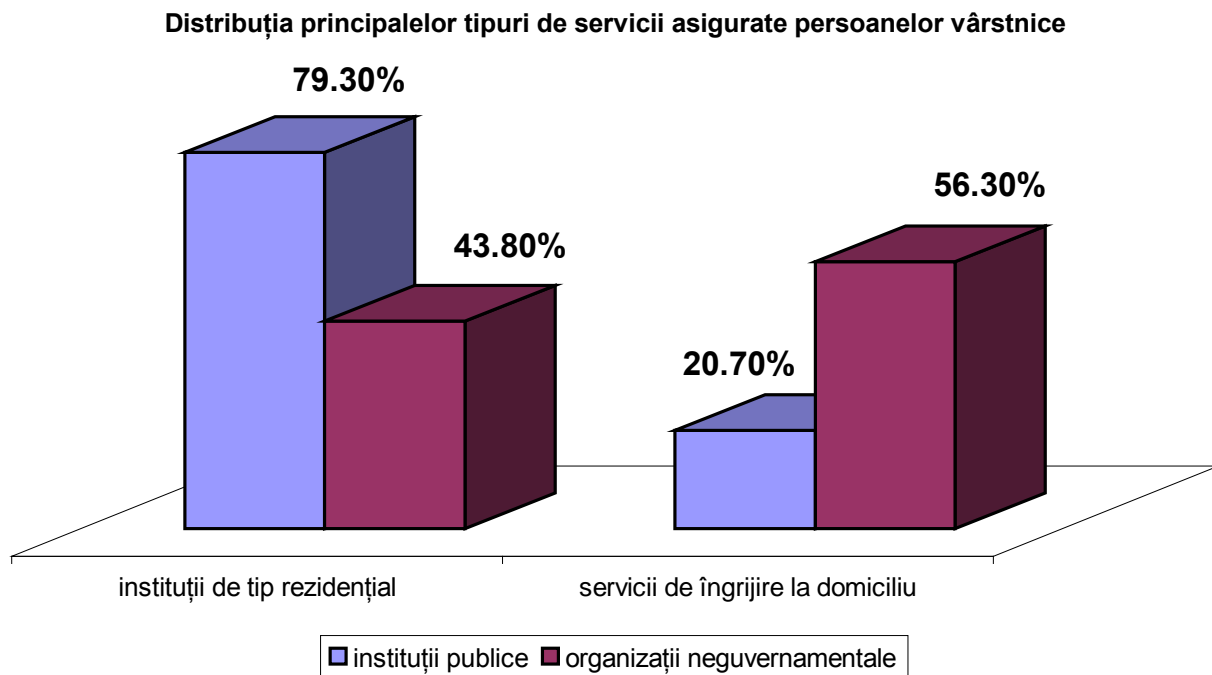
*Instrumentul de cercetare* folosit a fost chestionarul care a cuprins întrebări referitoare la date de identificare (denumirea instituției și coordonate de contact), categoriile de servicii pe care le oferă, structura personalului care asigură îngrijirea, structura beneficiarilor de îngrijiri la domiciliu, procedurile de lucru (identificarea beneficiarilor, aprobarea serviciilor de îngrijire, evaluarea beneficiarilor etc), sursele de finanțare, modalitatea de evaluare a programelor, principalele greutăți cu care se confruntă furnizorii și propunerile acestora pentru îmbunătățirea activității de îngrijire a persoanelor vârstnice.

### **5.2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR**

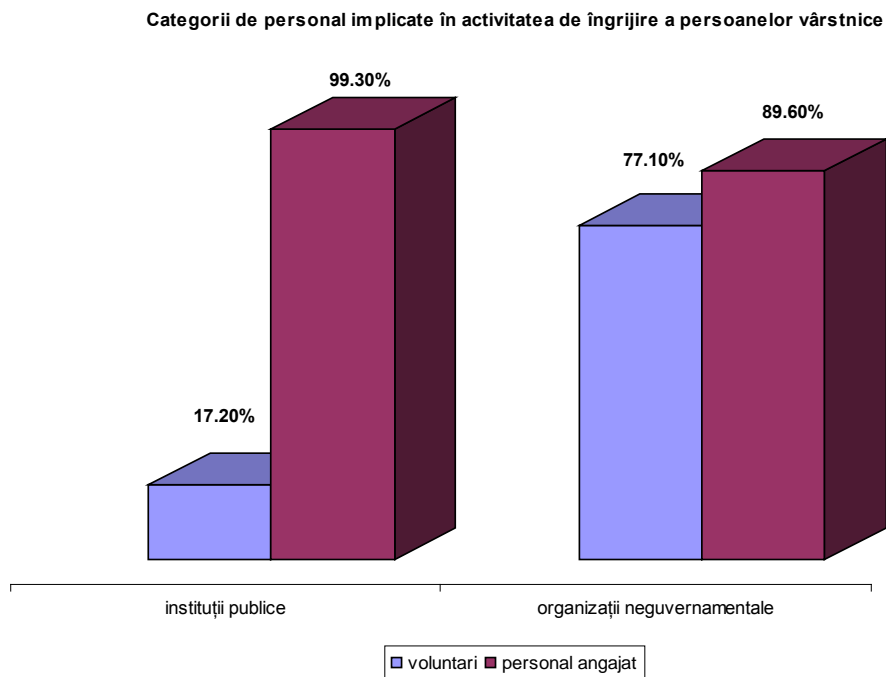
Chestionarul a fost aplicat în 32 județe:

- personalului din conducerea a **186 instituții publice de asistență socială**. Dintre acestea 79,3 % organizează servicii de tip rezidențial și 20,7 % servicii de îngrijire la domiciliu;

- unui număr de 83 de organizații neguvernamentale care furnizează servicii de îngrijire la domiciliu, având ca beneficiari persoane vârstnice, în proporție de 56,3 % și servicii în regim rezidențial 43,8 %.



La nivelul autorităților publice locale serviciile de îngrijire pentru persoanele vârstnice sunt organizate și coordonate sub formă de *serviciu pentru persoane vârstnice* în cadrul direcțiilor județene de asistență socială, respectiv organizate pe lângă consiliile locale ale localităților mai mici. Sub jurisdicția lor funcționează și instituții rezidențiale (cămine de bătrâni fără personalitate juridică). Acestea își desfășoară activitatea cu personal angajat pe bază de contract individual de muncă în 99,3 % din cazuri, spre deosebire de organizațiile neguvernamentale care în proporție de 77,1 % apelează la voluntari pentru desfășurarea programelor.



Persoanele angajate cu contract de muncă la instituțiile publice însumează un total de 7544 persoane, cu următoarea structură:

- *personal de conducere*: director – 129 persoane și șef serviciu – 118 persoane;
- *personal care asigură serviciile de îngrijire*:
  - îngrijitori la domiciliu: 838 persoane;
  - asistent social : 208 persoane;
  - medic: 156 persoane;
  - psiholog: 71 persoane;
  - kinetoterapeut: 5 persoane;
  - asistent medical: 90 persoane;
  - infirmier: 2149 persoane;
  - muncitori: 1052 persoane;
  - personal administrativ: 769 persoane;

În cadrul organizațiilor neguvernamentale care au comunicat date referitoare la categoriile de personal și care asigură servicii sociale și socio-

medicale pentru persoanele vârstnice, a fost identificat un număr total de 639 de angajați, a căror structură pe categorii profesionale este următoarea:

- *personal de conducere* : director – 32 persoane și coordonatori de program 29 persoane;
- *personal care asigură programele de îngrijire*:
  - îngrijitori la domiciliu: 186 persoane ;
  - asistent social : 60 persoane;
  - medic: 25 persoane;
  - psiholog: 8 persoane;
  - kinetoterapeut: 19 persoane;
  - asistent medical: 118 persoane;
  - infirmier: 48 persoane;
  - muncitori: 30 persoane;
  - personal administrativ: 91 persoane;

*Rețeaua instituțiilor de asistență socială aparținând sectorului public beneficiază de un număr mai mare de personal față de organizațiile neguvernamentale chestionate. Atât în structura instituțiilor de stat, cât și în cazul celor neguvernamentale este implicat un număr semnificativ de îngrijitori la domiciliu, asistenți medicali și asistenți sociali. Se constată numărul redus de medici geriatri implicați în asigurarea asistenței medicale persoanelor vârstnice, care beneficiază de servicii socio-medicale situație justificată cunoscut fiind faptul că la nivel național există foarte puțini medici cu această specializare, motiv pentru care afecțiunile vârstei a treia sunt tratate de medici generaliști sau de medici de familie. Numai 4,5% din instituțiile publice și 5,9% dintre organizațiile neguvernamentale colaborează cu medici geriatri; 60,6% dintre instituțiile publice și 52,9% dintre organizațiile neguvernamentale apelează la medicul generalist, iar 27,3% dintre instituțiile publice și 38,2% dintre organizațiile neguvernamentale la medicul de familie al beneficiarilor de servicii.*

În prezent, Legea nr. 17/2000 și H.G.nr. 886/2000 prevăd că din echipa care evaluează situația persoanei vârstnice să facă parte medicul geriatru, dar pentru că nu este dezvoltată o rețea geriatrică pe măsura necesităților de îngrijire a persoanelor vârstnice prevederea nu este respectată. Această lacună a sistemului de sănătate publică este recunoscută la nivelul instituțiilor cu responsabilități în domeniul elaborării strategiilor și al actelor normative.

Instituțiile publice apelează în mai mică măsură la personal voluntar deoarece și legislația este restrictivă în acest domeniu, dezvoltarea culturii filantropice fiind mai degrabă preocuparea societății civile. Astfel, sectorul nonprofit își desfășoară activitatea beneficiind de aportul voluntarilor care sunt absolvenți ai unor cursuri specifice de calificare în domeniul de activitate al organizației - în proporție de 81,4%, spre deosebire de voluntarii care colaborează cu instituții ale autorităților locale și care nu sunt calificați decât în proporție de 42,1%.

Calificarea și profesionalizarea persoanelor care asigură îngrijirea este o preocupare atât pentru instituțiile publice cât și pentru organizațiile neguvernamentale. 86,6% din personalul angajat în sectorul public și 90,7% din personalul organizațiilor neguvernamentale este calificat pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu ceea ce se constituie într-un factor pozitiv în vederea creșterii calității serviciilor oferite populației vârstnice.

Cursurile de calificare pe care aceștia le-au absolvit au fost organizate:

- *în cadrul unei instituții acreditate*, conform legislației în vigoare, în procent de 79,4% în cazul sectorului public și 80% în cazul sectorului nonprofit;
- *în cadrul instituției care l-a angajat ulterior*, pentru 32,4% din angajații instituțiilor publice și pentru 32,5% din angajații organizațiilor neguvernamentale.

Ulterior personalul beneficiază de programe de formare continuă și perfecționare atât în cadrul instituțiilor de asistență socială aparținând autorităților publice locale (79,7%) cât și al organizațiilor nonprofit (85,1%).

Motivarea personalului care oferă îngrijire la domiciliu și în sistem rezidențial se realizează preponderent prin intermediul primelor(55%-instituții publice,61,1%-organizații neguvernamentale).Printre modalitățile de motivare se numără și salariile de merit(51,7%-instituții publice,27,8%- organizații neguvernamentale),condițiile bune de lucru(8,3%-instituții publice,22,2%-organizații neguvernamentale),sporuri(36,7%-instituții publice,16,7%-organizații neguvernamentale).

Accesul persoanelor vârstnice în sistemul de îngrijire la domiciliu sau în cămine presupune cunoașterea următoarelor aspecte:

- cine identifică persoanele vârstnice care au nevoie de îngrijire;
- care sunt documentele necesare;
- cine realizează evaluarea socio-medicală a persoanei vârstnice;
- ce instrumente metodologice de evaluare sunt utilizate;
- cine aprobă asistarea persoanei vârstnice la domiciliu sau în sistem rezidențial.

*Identificarea persoanelor vârstnice care necesită servicii sociale și socio-medicale* se face în cele mai multe din cazuri de către familie și vecinătate (79,3% - familia și 52,9% - vecinii, au răspuns instituțiile publice și 70,5% - familia și 56,8% - vecinii, au răspuns organizațiile neguvernamentale). Medicul de familie și medicul specialist la externarea din spital sunt alte două categorii de persoane implicate în identificarea persoanelor vârstnice cu probleme de natură socio-medicală. Astfel, 67,9% din instituțiile publice și 68,2% din organizațiile neguvernamentale au primit recomandări pentru îngrijirea la domiciliu din partea medicilor de familie, iar 52,1% dintre instituțiile publice și 43,2% dintre organizațiile neguvernamentale au preluat diverse cazuri la recomandarea medicului specialist la externarea persoanelor vârstnice din unitățile spitalicești.

Rețeaua socială, familia extinsă și vecinii, constituie un factor activ, solidar în raport cu nevoile persoanei vârstnice, dar identificarea ar fi mai bine focalizată dacă ar fi inițiată de către medicul de familie, care cunoaște

polipatologia cu care se confruntă vârstnicul. Implicarea medicilor de familie ar putea degreva spitalele de acei pacienți vârstnici ale căror afecțiuni pot fi tratate la domiciliu și în ambulator, eficientizând astfel costurile și creșterea confortului fizic și psihic al persoanelor vârstnice, potențiale beneficiare de servicii de îngrijire.

*Documentele necesare* la dosarul persoanei vârstnice care solicită asistență la domiciliu sunt:

- cerere,
- copii ale actelor de identitate/stare civilă,
- dovadă de venit,
- acte medicale,
- fișa de evaluare,
- contract servicii,
- anchetă socio-medicală,
- plan individualizat,
- fișa de activități.

*Evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice* care solicită servicii de îngrijire socio-medicală este realizată de :

- conducerea unității (16,1% din instituțiile publice, 13,3% din organizațiile neguvernamentale),
- cadrele medicale (8% din instituțiile publice, 8,9% din organizațiile neguvernamentale).

Rolul echipei multidisciplinare este ridicat, respectiv 75,9% din instituțiile publice, respectiv 77,8% dintre organizațiile neguvernamentale analizează cazurile socio-medice în acest sistem.

Considerăm că, formula optimă de evaluare a persoanelor vârstnice, care solicită îngrijire la domiciliu este cea a echipei multidisciplinare compusă din specialiști din domeniul social și medical: asistent social, medic, psiholog, kinetoterapeut, care ulterior pot elabora un plan de intervenție.

Legislația în vigoare, respectiv Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse nr. 246/2006 privind aprobarea Standardelor minime



specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, prevede că evaluarea și întocmirea planului de intervenție să revină managerului de caz care poate implica specialiști din mai multe domenii în funcție de nevoile specifice ale beneficiarului. Evaluarea se va realiza de o singură persoană numai dacă beneficiarul dispune deja de o evaluare și încadrare în grad de dependență, realizate de comisiile prevăzute de lege.

*Instrumentarul metodologic* utilizat în evaluarea persoanelor vârstnice - potențiali beneficiari, diferă după cum urmează:

- grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și fișa de evaluare socio-medicală (H.G. nr. 886/2000) sunt folosite în proporție de 57,8%, respectiv 68,8% în cazul instituțiilor publice, iar în cazul organizațiilor neguvernamentale 70,7% utilizează fișa de evaluare socio-medicală și 58,5% au declarat că utilizează grila națională de evaluare a nevoilor;
- instrumente de evaluare elaborate de propria echipă de specialiști: 55,5% din instituțiile publice și 56,1% din organizațiile nonprofit.

Deoarece grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice ar fi trebuit revizuită la interval de trei ani, așa cum prevede Legea nr.17/2000, considerăm că aceasta s-ar putea realiza cu concursul specialiștilor din instituțiile publice și private de profil care și-au elaborat propriile instrumente metodologice, pentru a beneficia de experiența practică a acestora.

*Intervalul la care persoanele vârstnice beneficiare de îngrijire sunt evaluate variază astfel :*

<b>Intervalul la care se reevaluează cazul</b>	<b>Instituții publice</b>	<b>Organizații neguvernamentale</b>
1-3 luni	14,8%	36,4%
3-6 luni	56,3%	27,3%
La nevoie	28,9%	36,47%

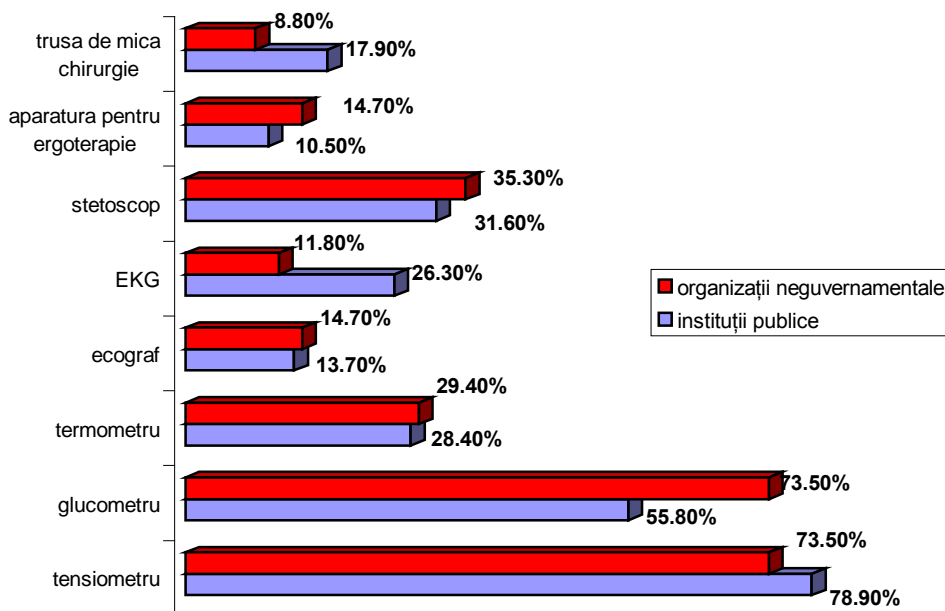
Apreciem că o reevaluare mult mai frecventă a persoanelor vârstnice beneficiare de îngrijire, va contribui la acordarea unor servicii sociale, medicale și socio-medicale corespunde nevoilor individuale specifice fiecărui beneficiar în parte.

Unitățile care asigură îngrijire la domiciliu, cât și centrele rezidențiale este necesar să fie dotate cu aparatură medicală pentru prim ajutor și investigații medicale minime.

Instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale chestionate dispun de următoarele tipuri de apatură medicală:

<b><i>Aparatura medicală</i></b>	<b><i>Instituțiile publice</i></b>	<b><i>Organizațiile neguvernamentale</i></b>
Tensiometru	78,9%	73,5%
Stetoscop	31,6%	35,3%
Glucometru	55,8%	73,5%
Termometru	28,4%	29,4%
Trusă de mică chirurgie	17,9%	8,8%
Aparatură pentru ergoterapie	10,5%	14,7%
EKG	26,3%	11,8%
Ecograf	13,7%	14,7%

**Aparatura medicală din dotarea furnizorilor de servicii socio-medicale**



Rezultă slaba dotare cu aparatură medicală existând, unități care nu au decât într-o mică proporție aparate medicale de strictă necesitate. Tensiometru, glucometru, termometru sau stetoscop ar trebui să se afle în dotarea tuturor unităților care asigură servicii medicale și socio-medicale.

Serviciile de îngrijire la domiciliu și din centrele rezidențiale se adresează atât beneficiarilor din mediul urban, cât și celor din mediul rural. Numărul nu este egal și diferă în funcție de capacitatea instituțiilor de a acoperi aceste solicitări.

Deși solidaritatea intergenerațională este mai dezvoltată în mediul rural, în prezent familia extinsă nu mai păstrează valorile tradiționale, iar migrația generațiilor tinere către mediul urban își pune amprenta asupra vieții vârstnicilor rămași fără sprijin și mai ales singuri.

Structura numărului de beneficiari ai serviciilor de îngrijire pe medii de rezidență pentru instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale chestionate este următoarea:

	<b>URBAN</b> - persoane -	<b>RURAL</b> - persoane -
<b>Instituții publice</b>	5827	4099
<b>Organizații neguvernamentale</b>	3284	1968

Diferența dintre numărul de beneficiari ale celor două categorii de furnizori ne conduce către concluzia că instituțiile publice au o rețea mai dezvoltată, cu acoperire atât pentru mediul urban cât și pentru zonele rurale.

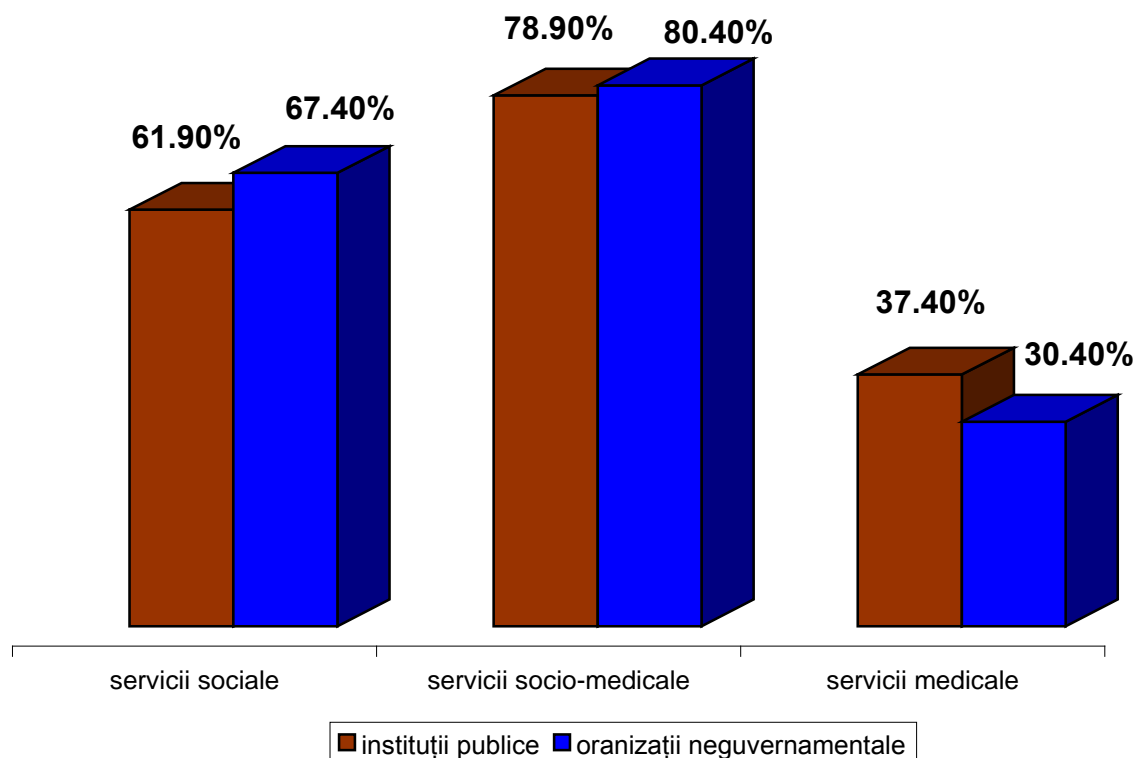
Numărul beneficiarilor - persoane vârstnice asistate de către instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale care au făcut obiectul prezentei analize, structurat în funcție de vârstă și sex relevă următoarea configurație:

- predomină numărul persoanelor vârstnice de sex feminin: 12253 femei față de 8146 bărbați - în cazul instituțiilor publice și 3945 femei față de 1690 bărbați – în cazul organizațiilor neguvernamentale, care acced la suportul specialiștilor având o rețea socială mai dezvoltată și fiind mai deschise sprijinului acestora;
- pe categorii de vârstă, cei mai mulți beneficiari se situează paradoxal în intervalul 59 ani și mai puțin în instituțiile publice, comparativ cu organizațiile neguvernamentale unde predomină categoria de vârstă 75-84 ani, aceasta fiind perioada în care scad capacitățile fizice, crește riscul pentru accidente și diverse afecțiuni specifice vârstei și astfel crește nevoia de asistență în corelație cu gradul de dependență mai ridicat.

Polipatologia cu care se confruntă persoanele vârstnice care apelează la serviciile de îngrijire cuprinde: boli cardiovasculare, boli ale aparatului respirator, tumore, boli digestive, accidente/traumatisme, boli ale sistemului osteoarticular, boli endocrine, boli ale aparatului urogenital, boli

psihice/demențe, boli neurologice etc. Pe primul loc în rândul afecțiunilor cu risc invalidant de care suferă persoanele vârstnice care beneficiază de îngrijire la domiciliu și în centre rezidențiale sunt bolile cardiovasculare, urmate de boli ale sistemului osteoarticular. De asemenea, un număr important de asistați prezintă boli neurologice, boli psihice și demențe care cresc riscul în plan socio-medical și impun asigurarea suportului și asistenței medicale de specialitate.

**Serviciile comunitare** asigurate persoanelor vârstnice sunt cele prevăzute de legislația în vigoare (Legea nr.17/2000), ponderea lor fiind diferită în funcție de nevoile asistaților, profilul și de capacitatea instituțiilor de a asigura respectivele servicii cu resursele umane și materiale, de care dispun.



Serviciile asigurate persoanelor vârstnice și ponderea acestora în totalul serviciilor la furnizorii chestionați au fost următoarele:

Nr crt.	SERVICII SOCIALE	INSTITUȚII PUBLICE	ORGANIZAȚII NEGUVERNAMENTALE
1	Consiliere juridică	55,2%	51,2%
2	Consiliere administrativă	62,5%	67,4%

3	Consiliere psihologică	54,2%	46,5%
4	Prevenirea marginalizării sociale	88,1%	81,4%
5	Readaptarea capacităților fizice și psihice	82,1%	76,7%
6	Hrană	44%	79,1%
7	Ajutor pentru menaj	67,9%	69,8%
8	Participare la acțiuni cultural-sportive	15,5%	55,8%
9	Adaptarea locuinței	2,4%	39,5%
10	Altele	1,2%	23,3%

Cele mai frecvente servicii sociale asigurate sunt prevenirea marginalizării sociale și ajutorul pentru menaj.

Nr crt.	SERVICII SOCIO-MEDICALE	INSTITUȚII PUBLICE	ORGANIZAȚII NEGUVERNAMENTALE
1	Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale	65,5%	82,1%
2	Asigurarea unor programe de ergoterapie	41,7%	30,8%
3	Ajutor pentru realizarea igienei corporale	90,5%	87,2%
4	Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare	88,1%	76,9%
5	Ajutor pentru igiena eliminărilor	82,1%	64,1%
6	Adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice	44%	56,4%
7	Antrenarea în activități economice, sociale și culturale	67,9%	64,1%
8	Altele	15,5%	12,8%

Din categoria serviciilor socio-medicale cele mai frecvent asigurate sunt: ajutor pentru realizarea igienei corporale, ajutor pentru îmbrăcare – dezbrăcare, igiena eliminărilor, ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice și intelectuale. Un procent semnificativ se regăsește și în cazul serviciului socio-medical dedicat antrenării în activități economice, sociale și culturale.

Nr crt.	SERVICII MEDICALE	INSTITUȚII PUBLICE	ORGANIZAȚII NEGUVERNAMENTALE
1	Consultații și tratamente medicale la domiciliu	57,3%	70,3%
2	Administrarea de medicamente	94,9%	94,6%
3	Acordarea de materiale sanitare	73,3%	81,1%
4	Asigurarea cu dispozitive medicale	58,7%	54,1%
5	Consultații și îngrijiri stomatologice	37,3%	16,2%
6	Asigurarea unor programe de kinetoterapie	41,3%	43,2%
7	Altele	14,7%	10,8%

Se constată lacune ale sistemului de servicii medicale pentru vârstnicii care beneficiază de îngrijire specializată în ceea ce privește consultațiile și

îngrijirile stomatologice, cât și programele de kinetoterapie care, comparativ cu celelalte servicii medicale, se regăsesc într-o mai mică măsură atât în oferta organizațiilor neguvernamentale, cât și a instituțiilor de stat.

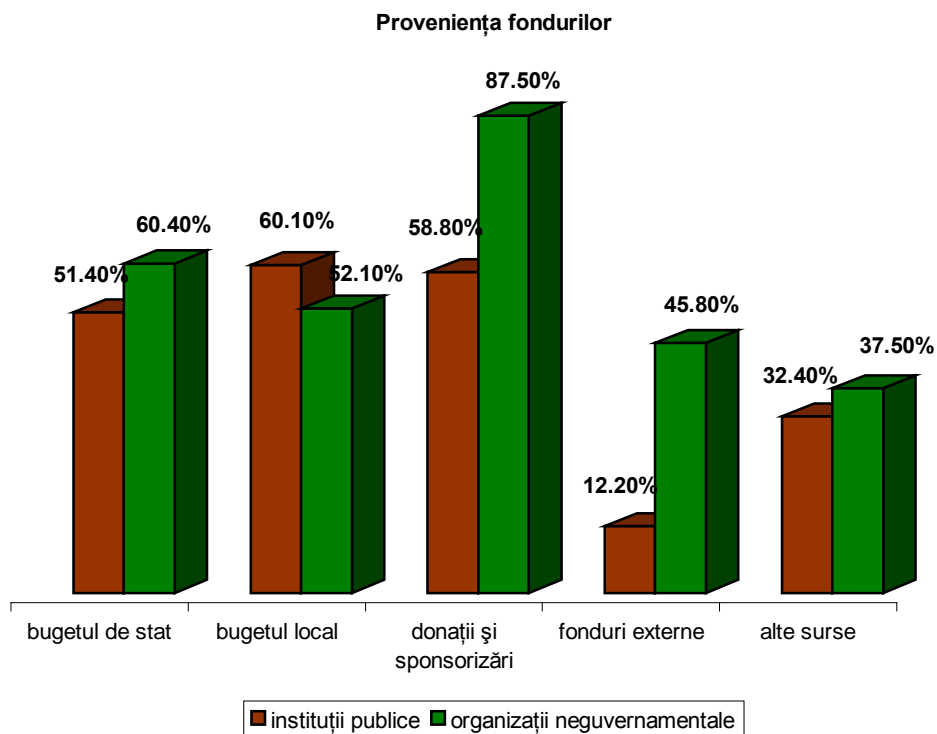
Organizațiile neguvernamentale menționează lipsa specialiștilor kinetoterapeuți (23,5%), alături de alte categorii profesionale precum: asistent social (26,5%), îngrijitor la domiciliu (29,4%), psiholog (38,2%).

Instituțiile publice sesizează, de asemenea, insuficiența personalului care asigură îngrijirea : 17% dintre instituții consideră că mai au nevoie de îngrijitori la domiciliu, 49,1% au nevoie de psiholog, 28,6% de asistent social și 38,4% de kinetoterapeut.

Sursele de finanțare pentru instituțiile publice chestionate provin în special din bugetul local (60,1%), deoarece consiliile locale sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale la nivelul unității teritorial - administrative, dar și din alte surse precum: donații și sponsorizări -58,8%, bugetul de stat – 51,4%, fonduri externe – 12,2%.

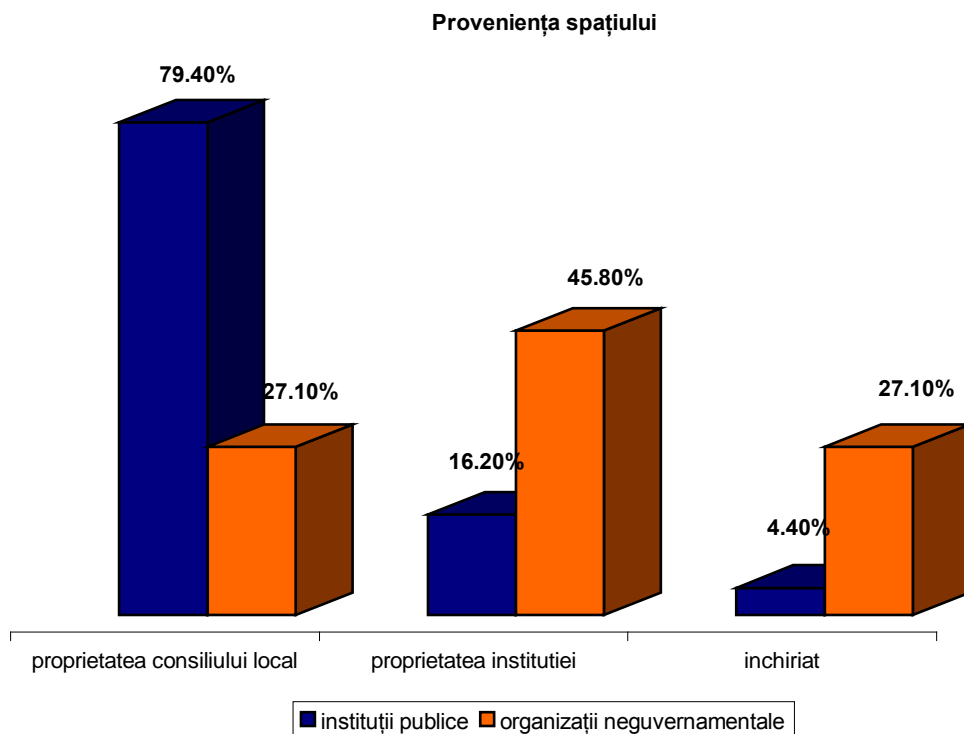
În cazul organizațiilor neguvernamentale principala sursă de venit provine din sponsorizări și donații: 87,50% dintre organizațiile cuprinse în analiză obținându-și pe această cale veniturile. În completare fondurile provin de la bugetul local (52,10%), de la bugetul de stat (60,40%) pentru acele organizații care și-au dezvoltat activitatea în mai multe județe - pe baza parteneriatului public-privat în baza Legii nr. 34/1998 și din surse externe (45,80%) în măsura în care organizațiile respective au proiecte pentru a obține finanțare externă.

Lipsa fondurilor este principala problemă semnalată atât de instituțiile publice, cât și de organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice deoarece atât fondurile provenite de la bugetul de stat și cel local sunt insuficiente pentru a acoperi integral costurile și nu permit organizațiilor să se dezvolte. Totodată, sumele provenite din donații și sponsorizări nu acoperă costurile reale și nu pot asigura continuitatea și stabilitatea sistemului de servicii comunitare pentru persoanele vârstnice în sistem privat.



45,8 % dintre organizațiile neguvernamentale chestionate dețin un spațiu în proprietate privată, 27,1% își desfășoară activitatea într-un spațiu repartizat de consiliul local, iar 27,1% într-un spațiu închiriat, iar în cazul instituțiilor publice, 79,4% își desfășoară activitatea într-un spațiu repartizat de către consiliul local, 16,2% dețin un spațiu în proprietate privată, iar 4,4% într-un spațiu închiriat.





Mijloacele logistice de care dispun furnizorii de servicii socio-medice la domiciliul persoanelor vârstnice atât în sistemul public cât și privat sunt :

Nr. crt.	Mijloace logistice	Instituții publice	Organizații neguvernamentale
1.	Computer	91,1%	95,7%
2.	Autoturism	79,5%	74,5%
3.	Telefon mobil/fix	52,7%	70,2%
4.	Telverde	4,8%	-
5.	Televizor	82,9%	68,1%
6.	Altele	27,4%	19,1%

Se constată că 91,1% dintre instituțiile publice chestionate dețin computer, ceea ce permite implementarea unui sistem informatizat de evidență a cererilor și a beneficiarilor de îngrijire. Instituțiile private nu au înființat linie de telefon

verde, iar procentul în cazul instituțiilor publice este extrem de scăzut (4,8%), implementarea unui astfel de serviciu putând răspunde situațiilor de urgență și constituind o modalitate de informare a persoanelor vârstnice cu privire la drepturile sociale, la rețeaua de servicii existentă și la alte accesibilități.

Procesul de evaluare se bazează pe autoevaluarea furnizorului în 81,7% din cazuri în cadrul instituțiilor publice și în 93,3% din cazuri pentru organizațiile neguvernamentale și numai în 40,5%, respectiv 46,7% din cazuri prin evaluator extern care presupune costuri suplimentare.

Evaluarea se realizează utilizând chestionarul de satisfacție, fișa de evaluare, ancheta socială sau planul de intervenție.

Atât în cazul instituțiilor publice, cât și în cazul organizațiilor neguvernamentale, activitatea se desfășoară conform proiectului instituțional și a planului de servicii de îngrijire (97,8% în cazul instituțiilor publice, 97,9% în cazul organizațiilor neguvernamentale).

Instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale își desfășoară activitatea utilizând ca instrumente metodologice manualul de proceduri (53,3% în cazul instituțiilor publice, respectiv 53,3% în cazul organizațiilor neguvernamentale) și regulamentul de organizare și funcționare (99,3% pentru instituțiile publice și 97,8% pentru organizațiile neguvernamentale).

Instituțiile publice au semnalat următoarele probleme care îngreunează desfășurarea activității:

- lipsa fondurilor,
- lipsa personalului,
- număr mare de persoane alocate unui îngrijitor,
- neimplicarea medicilor de familie,
- lipsa mijloacelor materiale (exemplu autoturism),
- neimplicarea autorităților locale,

- informarea neadecvată a populației cu privire la gama de servicii oferite și utilizarea de proceduri neadecvate privind evaluarea/reevaluarea beneficiarului,
- slaba implicare a comunității.

**Propunerile** pentru îmbunătățirea activității formulate de către instituțiile publice și private care asigură servicii de îngrijire la domiciliu și în centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice au fost următoarele :

- identificarea unor surse suplimentare de finanțare,
- atragerea de personal pentru îngrijire,
- extinderea activității de îngrijire la domiciliu,
- implicarea medicilor de familie,
- organizarea de cursuri de perfecționare pentru angajați,
- organizarea de campanii de informare a persoanelor vârstnice cu privire la serviciile de îngrijire la domiciliu,
- implicarea autorităților locale pentru sprijinirea furnizorilor de îngrijire la domiciliu,
- îmbunătățirea colaborării interinstituționale,
- asigurarea spațiilor necesare desfășurării activității,
- implicarea activă a comunității,
- recrutarea și formarea de voluntari pentru a fi integrați în cadrul serviciilor alături de îngrijitorii la domiciliu,
- organizarea de schimburi de experiență pentru identificarea celor mai bune practici în activitatea de îngrijire la domiciliu a echipelor de lucru, recomandări generale pentru personalul nou format și voluntari și îmbunătățirea abilităților manageriale pentru echipele de lucru.

## CAPITOLUL 6

### CONCLUZII

Existența punctelor slabe ale sistemului de protecție socială identificate la promovarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, se regăsesc și în prezent, după cum urmează:

#### a) aspecte de ordin general:

- numărul redus de studii și cercetări privind tendințele demografice, particularitățile vârstei a treia și problematicile specifice vârstnicilor, bazate pe date reale, culese și interpretate prin metode specifice și consacrate, apte să ofere informațiile de bază pentru elaborarea de politici de protecție socială pe termen mediu și lung;
- lipsa unei instituții investite numai cu elaborarea, evaluarea și monitorizarea politicilor sociale și programelor naționale destinate persoanelor vârstnice;
- existența mai multor reglementări legislative elaborate de instituții guvernamentale diferite, care produc paralelisme, confuzii sau incoerențe în aplicarea măsurilor de protecție socială;
- accesul persoanelor vârstnice la îngrijirea în sistem rezidențial sau la domiciliu se realizează în baza mai multor metodologii, prevăzute de legislația specială pentru persoane vârstnice și persoane cu handicap; grila de evaluare a persoanei vârstnice nu este utilizată în toate cazurile;
- dreptul la măsuri de asistență socială se acordă pe criterii diferite: evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice este realizată de o echipă formată din medic și asistent social și stabilește gradul de dependență: persoana vârstnică cu dizabilități este evaluată de comisia de expertiză a adultului cu handicap care încadrează persoana într-un grad de handicap; este de subliniat că legislația din țările europene consideră ca persoane dependente și nu persoane cu handicap persoanele care au dobândit o dizabilitate generatoare de pierdere funcțională la vârsta a treia;

- contribuția beneficiarului sau a susținătorului legal înregistrează cuantum diferențiat între instituții care acordă aceleași servicii(cămine pentru persoane vârstnice și centre pentru îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap-foste cămine de bătrâni și cămine spital);
- administrarea instituțiilor pentru persoane vârstnice se realizează după regulamente diferite,în funcție de obiectivele autorității care le coordonează;
- dezvoltarea inegală și inechitabilă a serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice la nivel național:există județe cu concentrare de ONG-uri furnizoare de servicii,iar altele în care nu este înregistrată nici o organizație activă în acest domeniu;
- numărul extrem de redus de servicii de îngrijire la domiciliu,precum și a centrelor de zi sau a altor tipuri de servicii alternative;
- lipsa prevederilor legislative care se referă la contravenții,indiferent cine este responsabil de aplicarea legislației în domeniu,respectiv organism privat,instituții publice sau autorități locale;
- serviciile de prevenție și recuperare sunt insuficiente,rolul acestora nefiind perceput de societate;
- lipsa de colaborare între instituțiile administrației centrale și locale din domeniul serviciilor sociale și de sănătate,este principalul obstacol al dezvoltării acestora la nivel comunitar;
- prevederi legale depășite sau dificil de implementat,cum ar fi:calcularea contribuției datorată de persoana vârstnică pentru acordarea serviciilor și la domiciliu,facilitățile acordate îngrijitorilor proveniți din familia beneficiarului,programul de formare mult prea complex față de atribuțiile reale ale unui îngrijitor la domiciliu,ș.a.;
- instituții de asistență socială insuficiente față de solicitări,situație existentă în protecția persoanelor vârstnice,a persoanelor cu boli cronice în mod deosebit și a celor cu afecțiuni neuropsihice în special;
- incapacitatea sistemului de a soluționa favorabil probleme/situații personale extrem de grave care nu sunt sau sunt marginal acoperite cu servicii sociale și medicale.

**b)aspecte organizatorice:**

- responsabilități disparate și uneori foarte generale la nivel de instituții guvernamentale;
- regulamente de organizare și funcționare diferite ale instituțiilor care acordă același tip de servicii, pentru persoanele vârstnice;
- misiunea instituțiilor de protecție socială nu este clar definită, iar controlul asupra calității serviciilor oferite lipsește în prezent;
- disproporție în alocarea de personal în raport cu complexitatea activității de protecție socială, precum și lipsa unor normative de personal elaborate în baza unor evaluări prealabile, cu respectarea standardelor de calitate în domeniu;
- lipsa definirii clare a raporturilor de coordonare/subordonare la nivel central și teritorial a instituțiilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice;
- sistem managerial informațional slab dezvoltat, ceea ce conduce la decizii incorecte sau insuficient fundamentate privind protecția socială a persoanelor vârstnice aflate în situație de dificultate;
- incapacitatea sistemului actual de a oferi o imagine comprehensivă asupra numărului de beneficiari și a serviciilor posibil de acordat.

**c)aspecte în legătură cu resursele financiare:**

- descentralizarea nu a fost urmată de alocarea de resurse financiare și umane suficiente;
- rigiditatea sistemului generează imposibilitatea direcționării operative a fondurilor în vederea soluționării unor situații punctuale de criză;
- finanțarea insuficientă a instituțiilor de asistență socială de la bugetele locale; degradarea multor instituții sub aspect funcțional, acestea oferind un confort la un nivel sub cel normal;
- neaplicarea legislației referitoare la convențiile încheiate pentru îngrijirea unei persoane vârstnice într-un cămin situat în alt județ, autoritatea locală unde își are domiciliul persoana fiind obligată să asigure cheltuielile necesare asistării acesteia;

- planificarea financiară nu se realizează în funcție de nevoia socială și evoluția problemelor sociale în care sunt implicate persoanele vârstnice din cadrul comunităților;
- finanțarea serviciilor sociale nu este reglementată în mod clar astfel încât să se asigure sustenabilitatea și continuitatea furnizării acestora;

**d)aspecte cu privire la personalul de specialitate:**

- sub-dimensionarea necesarului de personal la nivel central și local pentru protecția socială a persoanelor vârstnice;
- lipsa personalului calificat la nivelul serviciilor publice de asistență socială și la nivelul serviciilor și instituțiilor de asistență socială destinate asistării persoanelor vârstnice;
- reglementări insuficiente referitoare la nevoia de formare și criteriile de acreditare a personalului care activează în domeniul serviciilor sociale pentru persoane vârstnice și îndeosebi pentru îngrijirea la domiciliu;
- denumiri diferite utilizate pentru personalul cu atribuții similare(asistent personal,îngrijitor la domiciliu);
- lipsa unor profesii necesare managementului serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice:asistentul medical comunitar,asistentul medical de geriatrie și gerontopsihiatrie,managerul de caz,terapeutul ocupațional specializat în recuperarea persoanelor vârstnice etc.;
- blocaje în dezvoltarea competențelor în geriatrie și gerontologie,specialități specifice pentru acordarea de asistență persoanelor vârstnice.

**e)aspecte legate de respectarea prevederilor tratatelor și convențiilor internaționale:**

- prevederile reglementate de Carta Socială Europeană,Codul European de Securitate Socială,Carta Drepturilor Fundamentale proclamată la Nisa(2000),precum și Recomandarea Comitetului de Miniștri R(87),Recomandarea Consiliului Europei nr.92/442/CCE,Recomandarea

Comitetului de Miniștri R(94)14, Recomandarea Consiliului Europei nr.1428(1999)1 care au drept țintă dezvoltarea îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei vârstnice, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice se regăsesc, numai în parte, în actele normative în vigoare.

- Recomandarea Consiliului Europei Nr.R(98)9 privind dependența, adoptată de Comitetul de Miniștri ai Statelor membre la data de 18 septembrie 1998, subliniază, prin conținutul ei, necesitatea ca opinia publică să fie sensibilizată referitor la importanța problematicilor legate de situația de dependență, precum și urgența orientării măsurilor politice și legislative în acest domeniu. Documentul recomandă, de asemenea, statelor membre să elaboreze legislația în domeniu, luând în considerare reglementări care privesc :
  - reglementarea stării de dependență a persoanei vârstnice;
  - principii generale în favoarea persoanelor dependente;
  - măsuri în favoarea persoanelor dependente;
  - îngrijitorii fără statut profesional.

Până în prezent nu există reglementări referitoare la protecția persoanelor vârstnice dependente.

Chiar dacă în perioada 2005-2008 au existat încercări sporadice pentru inițierea și stabilirea de reglementări pentru protecția persoanelor vârstnice, cea mai importantă problemă rămâne cea a punerii în practică a acestora, astfel încât toți vârstnicii din România să poată beneficia de un trai decent și de o securitate socială reală și eficientă.

În ceea ce privește realizarea măsurilor stabilite în Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, trebuie precizat că la jumătatea anului 2008 se înregistrează multe nerealizări, ca de exemplu:



-în cadrul Ministerului Muncii,Familiei și Egalității de Șanse nu s-a constituit o structură cu responsabilități în elaborarea,evaluarea și monitorizarea politicilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice-termen trim.I-2006;

-Legea nr.17/2000,nu s-a modificat și completat în vederea unei abordări integrate a stării sociale a persoanelor vârstnice și nu a fost elaborată legislația secundară care derivă din acestea –termen 2006;

-nu a fost stabilit mecanismul de alocare a fondurilor din bugetul de stat și bugetele locale,prin evidențierea distinctă a sumelor destinate măsurilor în favoarea persoanelor vârstnice –termen 2006;

-nu s-au elaborat reglementări specifice privind prevenirea oricăror forme de abuz și neglijare a persoanei vârstnice-termen 2006;

-nu a fost creată o bază de date privind persoanele vârstnice –termen 2007;

-nu a fost introdusă o prestație pentru situația de dependență a persoanei vârstnice-termen 2007;

-serviciile de îngrijire la domiciliu nu sunt dezvoltate și organizate pe bază de reglementări clare-termen 2008;

-nu s-a acționat pentru identificarea și promovarea de locuri de muncă destinate persoanelor vârstnice-termen 2008;

Fără îndoială că dacă aceste principale probleme ar fi fost soluționate la temenele stabilite,altele ar fi fost rezultatele cu privirea la îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanelor vârstnice care se confruntă cu greutăți deosebite în domeniul social,material și medical.

În mod evident,nivelul sărăciei vârstnicilor apropiat de cel al persoanelor de vârstă activă indică proliferarea în România a unei sărăcii corelate cu schimbările structurale pe piața muncii.Politica guvernamentală în domeniul protecției sociale nu reglementează măsuri suficiente destinate combaterii excluziunii sociale și promovării incluziunii sociale,inclusiv prin elaborarea unor reglementări legislative menite să asigure o construcție de sistem coerentă,un management eficient,o îmbunătățire permanentă a diverselor măsuri de suport financiar destinate vârstnicilor și respectiv celor în situație de risc,precum și o consolidare și dezvoltarea rețelei de servicii

sociale, medicale și geriatrie adresate acestei categorii de populație care numără circa 5,5 milioane persoane.

Lipsa unei legi care să stabilească și să reglementeze în mod clar obligațiile și responsabilitățile în toate domeniile care converg spre o protecție socială reală a vârstnicilor, reduce considerabil sprijinul ce se acordă acestei categorii de populație.

Deși Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice susține și întreține permanența dialogului dintre organele administrației publice și persoanele vârstnice, reprezentanții guvernului nu au reușit să soluționeze într-un cadru organizat îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor care au probleme sociale, materiale și de sănătate. De asemenea, situația materială a mării majorități a vârstnicilor este deosebit de grea, deoarece veniturile provenite din pensie sunt insuficiente pentru a le asigura condiții normale de trai.

## **PROPUNERI**

În scopul dezvoltării îngrijirii persoanelor vârstnice la domiciliu și în centre rezidențiale sugerăm inițierea și realizarea următoarelor acțiuni:

1. Având în vedere că Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008 este în vigoare până la finele anului 2008, propunem ca să se facă o analiză în legătură cu stadiul realizării fiecărei măsuri în parte și să se acționeze cu hotărâre și în mod concertat ca un număr cât mai mare dintre acestea să se finalizeze în perioada imediat următoare.

2. Cu consultarea reprezentanților societății civile (organizații neguvernamentale, organizații centrale ale pensionarilor, universități și instituții de cercetare) să se elaboreze un studiu privind starea socială a persoanelor vârstnice, pe baza căruia să se inițieze o lege-cadru privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice. Acest act normativ să fie ulterior baza pentru elaborarea legislației secundare care să reglementeze protecția socială reală a persoanelor vârstnice din România.

3. Să se inițieze și să se promoveze o lege care să stabilească la nivel național proceduri privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților/ programelor pentru îngrijirea persoanelor vârstnice la domiciliu.

4. Să se stabilească printr-un act normativ metodologia de înstrăinare a bunurilor proprii (în mod special locuințe) în scopul ca persoanele vârstnice să fie întreținute de cei care ulterior beneficiază de acestea, pentru a se preveni situațiile de înșelăciune. În acest sens este necesar să se analizeze propunerea de preluare a locuințelor de către primării, la solicitarea vârstnicilor și includerea acestora în programul local de servicii sociale pentru întreținere și îngrijire până la sfârșitul vieții.

5. Să se acționeze printr-o monitorizare strictă a acțiunilor de reabilitare a locațiilor care au fost nominalizate pentru transformarea în unități medico-sociale

destinate persoanelor vârstnice, precum și a eficienței utilizării fondurilor acordate de la bugetul de stat în acest scop. Punerea în funcțiune, într-un timp cât mai scurt, a tuturor celor 106 locații este deosebit de necesară, având în vedere numărul mare de solicitări din partea vârstnicilor pentru a beneficia de servicii specializate.

6. Inspekția Socială-instituție recent înființată-să asigure un control sever la instituțiile de stat și private care asigură, în regim rezidențial, servicii sociale și socio-medicale pentru persoanele vârstnice; acțiunile de control să aibă în vedere, cu prioritate, respectarea standardelor de calitate a serviciilor prestate și să militeze la creșterea gradului de confort pentru asistații acestor instituții de asistență socială.

7. Să se elaboreze un Program național privind protecția socială a persoanelor vârstnice, pe domenii de interes (social, economic, sănătate, cultural, juridic, etc) cu măsuri și responsabili, pe termen imediat, mediu și lung, care să fie aprobat de Parlament. Acest document programatic are rolul de a informa persoanele vârstnice cu acțiunile concrete de care vor beneficia în perioadele viitoare vis-a-vis de așteptările lor.

8. Să se finanțeze cu prioritate, de la bugetul de stat, în baza prevederilor Legii nr.34/1998, programele de îngrijiri la domiciliu pentru persoanele vârstnice, derulate de organizații neguvernamentale.

9. Inițierea unor facilități acordate persoanelor juridice din sectorul privat pentru înființarea și dezvoltarea de unități de asistență socială, cu confort sporit, pentru persoanele vârstnice care pot suporta din veniturile proprii costul serviciilor (cazare, masă, supraveghere medicală, servicii diverse etc.).

10. Stabilirea unei grile maxime privind costul serviciilor de îngrijire la domiciliu și al celor acordate în cadrul instituțiilor rezidențiale pentru persoanele vârstnice, fundamentate pe standarde de calitate profesionist elaborate.

11. Elaborea și promovarea de către Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și Ministerul Sănătății Publice a unei legi speciale care să definească starea de dependență a persoanei vârstnice și să reglementeze facilitățile și

respectiv serviciile sociale ce pot fi acordate acestor persoane la domiciliu, potrivit unor standarde de calitate riguros stabilite.

12. Rapoartele de control încheiate în baza misiunilor efectuate de angajații Inspecției Sociale al unitățile de asistență socială să se facă publice, respectiv să fie prezentate pe site-ul instituției în vederea cunoașterii de către toate unitățile care acordă servicii sociale a deficiențelor constatate și pentru ca acestea să acționeze operativ în aplicarea de corecții.



Referitor la criteriile obligatorii prin a căror respectare se contribuie la derularea unui program eficient de servicii sociale acordate persoanelor vârstnice, prezentăm următoarea schemă pentru a fi aplicată:

<b>Rezultate estimate</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Sursă</b>
Creșterea capacității beneficiarilor de a-și menține pe cât posibil autonomia în cadrul domiciliului propriu, în condiții de demnitate.	-Numărul beneficiarilor	
	-Scăderea numărului persoanelor ce solicită instituționalizarea	Baza de date cu solicitanți
	-Gradul de mulțumire a beneficiarilor	Statisticile consiliilor locale
Creșterea gradului de integrare socială a beneficiarilor.	- Numărul de beneficiari care participă la diferite evenimente sociale	Chestionar
	- Numărul vizitelor de asistență socială	Documentația specifică a serviciilor
	- Numărul persoanelor (colaboratori, membri de	Statisticile

	familie, voluntari) mobilizate în procesul de asistență	serviciilor Evidențele serviciilor
	- Numărul serviciilor de consiliere	
Creșterea gradului de informare asupra drepturilor asistaților și rata accesării acestor drepturi	- Numărul problemelor administrative soluționate prin serviciile acordate	Evidențele serviciilor
	-Numărul de servicii de asistență socială acordate	
	- Intensificarea și profesionalizarea implicării aparținătorilor în procesul de asistență socială	
Îmbunătățirea capacității familiilor, de a face față solicitării în cazul unei persoane imobilizate la pat sau domiciliu, cu handicap sau aflat în diverse situații de criză;	- Gradul de mulțumire a beneficiarilor	Evidențele serviciilor
	- Numărul relațiilor de ajutor de vecinătate nou apărute	Chestionar
Mobilizarea resurselor comunitare de îngrijire, a sensibilității și responsabilității sociale a comunității, prin atragerea în procesul de asistență a membrilor familiei, a vecinilor sau a	- Numărul de servicii acordate de către voluntari	Evidențele serviciilor
	- Numărul inițiativelor	Evidențele consiliilor

altor voluntari	apărute în cursul implementării programului	locale Mass media
Consiliul Județean, Direcția de asistență socială, Direcția de muncă și protecție socială, Consiliile locale și organizațiile neguvernamentale vor acumula prestigiul de a fi abordat o problemă socială stringentă, de îmbunătățire imediată a vieții unor persoane vârstnice defavorizate fizic, medical și marginalizate social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gradul de mulțumire al asistaților, respectiv a populației comparabil cu situația anterioară acordării de servicii sociale</li> <li>- Numărul solicitărilor de servicii de asistență</li> <li>- Gradul de acceptare în rândul populației (chestionar)</li> <li>- Gradul de popularizare a programului</li> </ul>	Chestionar  Evidențele serviciilor  Evidențele consiliilor locale  Chestionar
Publicitate și popularizare în legătură cu serviciile acordate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numărul și amploarea inițiativelor după modelul similar din alte regiuni și/sau alte domenii ale asistenței sociale</li> </ul>	Conferințe și seminarii  Mass media



În ceea ce privește cunoașterea situației reale a persoanelor vârstnice din România sub toate aspectele vieții cotidiene, considerăm necesar ca Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse să inițieze o analiză amplă în colaborare cu Institutul de Cercetare a Calității Vieții și Institutul Național de Statistică care să fie prezentată ulterior prin mijloacele mass-media. Un asemenea document, deosebit de util, va putea fi utilizat la fundamentarea acțiunilor viitoare, dispuse periodic de Guvern, în interesul major al persoanelor vârstnice.

**Director general,  
Florin Pașa**

**Șef birou analize și studii,  
Alina Matei**

**Realizator,  
Garoschy Daniela**

## **BIBLIOGRAFIE**

Planul Național de Dezvoltare 2007-2013



**Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice

**Legea nr. 47 din 8 martie 2006** privind sistemul național de asistență socială

Florina Pînzaru, „Noțiuni fundamentale de economie. Introducere în management și marketing”, Editura comunicare, București, 2007

**Ordinul nr. 383 din 6 iunie 2005** pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori

Dumitru Iacob, „Managementul Organizațiilor. Comunicarea Organizațională”, Editura comunicare, București, 2006

**Ordinului nr. 246 din 27.03.2006** privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice.