



Proiectul "Dezvoltarea și pilotarea apartamentelor protejate în Republica Moldova"  
Programul Delegației Uniunii Europene în Republica Moldova "Actori non-statali și autorități în dezvoltare"

# SERVICIUL LOCUINȚĂ PROTEJATĂ



This project is funded by  
the European Union



A project implemented by  
(GIP, Hilversum, Netherlands)

# ERVICIUL LOCUINȚĂ PROTEJATĂ

## CUPRINS

### **CAPITOLUL I. Noțiuni generale privind serviciul de asistență locativă pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

1.1 Apariția și dezvoltarea serviciului de locuință protejată. Scurt istoric .....	2
1.2 Delimitări conceptuale ale serviciului de locuință protejată .....	3
1.3 Cadrul de organizare și funcționare a serviciului locuință protejată .....	4
1.4 Planul Individualizat de Asistență.....	6

### **CAPITOLUL II. Modele internaționale de locuință protejată pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

2.1 Modele internaționale de organizare și funcționare a locuinței protejate.....	9
2.2 Exemple de bune practici de organizare și funcționare a locuinței protejate în Italia .....	10
2.3 Modele de organizare și funcționare a locuinței protejate în Marea Britanie și Țara Galilor.....	12
2.4 Dezvoltarea serviciului locuințe protejate în Slovacia .....	13

### **CAPITOLUL III. Modelul național al serviciului locuință protejată pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

3.1 Hotărârea Guvernului Nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate. Capitolul XII. Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale .....	14
3.2 Regulamentul-cadru de funcționare a locuinței protejate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. (Hotărârea de Guvern, copie din „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”) .....	16

### **CAPITOLUL IV. Exemple naționale de organizare și funcționare a locuinței protejate pentru persoane cu probleme de sănătate mintală**

4.1 Exemple ale serviciului „Locuință protejată”, promovat de organizații neguvernamentale în Republica Moldova .....	17
4.2 Exemplul Centrului de Sănătate Mintală în organizarea locuințelor protejate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală .....	20

<b>GLOSAR</b> .....	22
---------------------	----

<b>REFERINȚE BIBLIOGRAFICE</b> .....	24
--------------------------------------	----

<b>ANEXE</b> .....	25
--------------------	----

## **CAPITOLUL I. Noțiuni generale privind serviciul de asistență locativă pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

### **1.1 Apariția și dezvoltarea serviciului de locuință protejată. Scurt istoric**

Serviciul „*Locuință protejată*” (LP) din eng. *Supported Living Services* este un serviciu de tip nou, promovat atât la nivel internațional cât și la nivel național pentru realizarea obiectivului incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități mintale.

Primele regulamente ale serviciului respectiv au fost adoptate pentru prima dată în 1995, în SUA, deși serviciile respective au început să fie acordate la mijlocul anilor optzeci ai secolului trecut.

Serviciul „*Locuință protejată*” oferă sprijin persoanelor cu dizabilități mintale care doresc să trăiască în propria lor casă, fiind asistați pentru depășirea unor impedimente în realizarea unei vieți autonome. Acest tip de serviciu este disponibil pentru persoanele cu dizabilități mintale, care au atins majoratul și nu au posibilitatea de a locui împreună cu propria familie, dar posedă un grad suficient de autonomie, care le permite o viață independentă.

Codul Instituțiilor și al Protecției Sociale (Welfare and Institutions Code 4689 din SUA) identifică următoarele componente ale serviciului locuință protejată.

- prin locuință protejată, statul, comunitatea oferă prioritate oportunităților pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală, indiferent de gradul de dizabilitate, dar în concordanță cu gradul de autonomie al acestora, de a trăi în locuințe oferite de autorități, închiriate sau pe care beneficiarii le au în posesie;
- plasarea în serviciul de locuințe protejate este însoțită de un plan individual de îngrijire, care are scopul de a oferi oportunități reale de incluziune în comunitate.

Noțiunea de „*Locuință protejată*” face parte din conceptul și abordarea „*vieții independente*” – viața independentă reprezintă modul de trai zilnic al persoanei care realizează ea însăși serviciile cotidiene, inclusiv satisfacerea nevoii de relaționare cu ceilalți și gestionare independente în plan financiar). „*Locuință protejată*” – mișcare internațională care s-a preocupat de crearea noilor servicii pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală.

Sintagma dată a început să fie utilizată în anii '70 ai secolului XX de către organizațiile active în domeniul dizabilității și incluziunii sociale. Numeroasele proteste organizate de către aceste organizații au dus la oferirea locuințelor protejate și la oferirea posibilității persoanelor cu probleme de sănătate mintală de a trăi independent în societate.

Ducând o viață independentă, persoanele plasate în serviciul de Locuințe protejate au început să se perceapă nu ca pacienți, ci ca o minoritate cu drepturi, care poate avea un trai independent în comunitate.

Mai târziu acest program s-a bucurat de succes, devenind un program administrat de Departamentul de Reabilitare din California, SUA. Ulterior, programul a devenit tot mai popular și persoanele cu

dizabilități primeau nu numai adăpost, dar și erau susținuți în vederea apărării propriilor drepturi. Cu câțiva ani mai târziu, a fost fondat „Centrul de Viață Independentă” care devenise în fapt o agenție de advocacy pentru persoanele cu dizabilități și a familii lor.

Majoritatea statelor care au dezvoltat acest serviciu (de exemplu: Croația, Lituania, Ungaria, Polonia) admit că serviciul „Locuință protejată” este destinat adulților cu dizabilități mintale care doresc și au nevoie de suport/servicii care să faciliteze o viață independentă în comunitate. *Beneficiarii nu trebuie să aibă aptitudini speciale, ci doar un minim de abilități de auto-îngrijire.*

Se admite ca în cadrul serviciului respectiv beneficiarii au o gravitate diferită a dizabilității, astfel încât să fie posibilă îngrijirea reciprocă. Singurul criteriu de intrare în serviciu este disponibilitatea și consimțământul beneficiarului.

La ora actuală, Serviciul respectiv este un serviciu adițional care permite persoanelor cu dizabilități mintale să adopte un stil de viață activ și să corespundă obiectivelor incluziunii comunitare. În același timp, serviciul „Locuință protejată” oferă un complex de servicii inovatoare care sunt orientate spre crearea sistemelor de sprijin proiectate individual pentru fiecare individ în parte.

## **1.2 Delimitări conceptuale ale serviciului de locuință protejată**

Spre deosebire de alte servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități, serviciul „Locuință protejată” oferă o posibilitate reală pentru dezvoltarea unei *vieți independente* persoanelor cu dizabilități mintale.

La momentul actual, potrivit „An introduction to Independent Living” de C. Barnes locuință protejată – denumire generică pentru o locuință sau un complex de locuințe de acest tip, dezvoltate de un furnizor de servicii, public sau privat și reprezintă instituții de asistență socială de tip familial în sistem protejat care asigură persoanelor adulte cu probleme de sănătate mintală asistență și suport pentru asigurarea unei vieți autonome și active. Beneficiarii care locuiesc în locuințe protejate, fie le dețin ca proprietate privată, fie le închiriază sau le sunt oferite din partea autorităților, sau a organizațiilor obștești active din domeniu.

Locuințele protejate oferă un complex de servicii inovatoare care sunt orientate spre crearea sistemelor de sprijin pentru fiecare beneficiar în parte.

Serviciul „Locuință protejată” se poate clasifica după următoarele criterii (Independent Lives, Morris):

### **I. după nivelul de asistență:**

- *locuințe minim protejate* – asigură asistență, supraveghere și consiliere, ocazional (la nevoie), prin vizite, contact telefonic;

- *locuințe moderat protejate* – asigură asistență, supraveghere și consiliere, planificat și ocazional (la nevoie); personalul de sprijin contactează sistematic beneficiarii (vizite, telefon) sau locuiește împreună cu beneficiarii serviciilor;

- *locuințe permanent protejate* – asigură asistență 24 din 24 de ore: supraveghere, consiliere, îngrijire; personalul de sprijin locuiește împreună cu beneficiarii.

**II. după gradul de intervenție** – organizarea activităților de sprijin se poate efectua în funcție de nevoile beneficiarilor. Acestea pot fi delimitate în trei grade de intervenție:

- *sprijin ocazional* – are drept scop menținerea abilităților de trai independent; asigură asistența cu caracter sporadic (la nevoie); se efectuează prin vizite ocazionale ale personalului desemnat, contacte telefonice; acest mod de asistență este specific locuințelor *minim protejate*;

- *sprijin planificat* – are drept scop menținerea și dezvoltarea abilităților de trai independent; asigură asistența cu caracter sistematic (planificat) și la nevoie; se efectuează prin vizite, contact telefonic; este o modalitate de asistență specifică locuințelor moderat protejate;

- *sprijin permanent* – are drept scop menținerea și dezvoltarea abilităților de trai independent; asigură asistența 24 din 24 de ore; personalul de sprijin locuiește împreună cu beneficiarii (sau în proximitate); este asistența specifică locuințelor maxim protejate.

**III. după spațiul locativ în cadrul unui „modul” de locuit** (un modul de locuit include camera beneficiarului/beneficiarilor și spațiile comune aferente (toaletă/baie, bucătărie, camera de zi, spații exterioare etc.).

- *simplex* – include un modul, 2-3 persoane;
- *duplex* – include două module, 3-6 persoane;
- *triplex* – include trei module, 6-8 persoane;
- *quadruplex* – include patru module, 8-10 persoane.

Amenajarea și dotarea *Locuinței protejate* asigură funcționalitate, confort și o atmosferă familială.

### 1.3 Cadrul de organizare și funcționare a serviciului locuință protejată

*Locuința protejată* reprezintă un nou mod de abordare și furnizare a serviciilor sociale destinate persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Pe parcursul dezvoltării serviciului, au apărut noi idei de activități care se bazează pe calitatea vieții beneficiarului. Alternativele privind locuința, suportul, planificarea centrată pe persoană, bugetele personalizate, oferă un spectru larg de oportunități de dezvoltare pentru persoanele cu necesități speciale.

*Locuința protejată* poate funcționa într-o casă sau într-un apartament de bloc și poate fi amplasată în comunitate, astfel încât să permită accesul beneficiarilor la toate resursele și facilitățile acesteia (sănătate,

educație, muncă, cultură, petrecerea timpului liber, relații sociale etc.). În cadrul serviciului sunt respectate toate normele legale în vigoare privind siguranța, funcționalitatea și accesibilitatea.

Beneficiarii pot deține o cameră proprie, adaptată tipului și gradului de dizabilitate; pot ocupa împreună o cameră doi beneficiari de același sex sau doi beneficiari de sexe diferite dacă sunt căsătoriți sau trăiesc în concubinaj. Beneficiarii își pot aduce obiecte personale și pot să amenajeze spațiul propriu conform preferințelor, cu respectarea condițiilor stabilite de comun acord prin Regulamentul Intern. Beneficiarii participă (dacă doresc) la amenajarea, decorarea atât a camerei proprii cât și a camerei de zi, și bucătării, și curții, conform preferințelor. Camera se poate încuia, iar fiecare beneficiar deține cheia de la camera sa.

Beneficiarii au acces liber în camera de zi, cu respectarea drepturilor celorlalți locatari, conform Regulamentului Intern. Responsabilitatea menținerii curățeniei și igienei locuinței revine locatarilor; camerele de dormit sunt întreținute de locatari după un program comun, stabilit prin înțelegere; spațiile comune sunt igienizate printr-un program comun, stabilit prin înțelegere de toți locatarii.

Beneficiarii pot primi vizite în regim privat; ei decid când și cine îi vizitează, cu respectarea restricțiilor convenite în contractul de servicii.

Beneficiarii participă la diverse activități ocupaționale și de susținere care sunt organizate de către personalul serviciului cu scopul de a oferi susținere și sprijin pentru dezvoltarea abilităților și deprinderilor pentru o viață independentă. Activitățile date constau în asigurarea susținerii beneficiarilor pentru a cunoaște și a accesa resursele comunității: ocupații terapeutice, muncă plătită, muncă voluntară sau protejată.

Printre activitățile de sprijin pentru viață independentă putem enumera:

- *monitorizare* – supravegherea condițiilor de viață ale beneficiarilor;
- *consiliere* – informarea și îndrumarea beneficiarilor pentru a accesa și valorifica resursele și facilitățile comunității (sănătate, educație, muncă, activități recreative etc.);
- *dezvoltarea abilităților de trai independent;*
- *sprijinire pentru angajare în câmpul muncii;*
- *mediere* – optimizarea relațiilor sociale ale beneficiarilor în *Locuința protejată* și în comunitate;
- *intervenție în caz de urgență* – sprijin pentru rezolvarea unor situații de criză ale locatarilor (accidente, conflicte, boală etc.).

Activitățile de susținere/sprijin se realizează de către managerul de caz, desemnat din rândul personalului specializat cu pregătire în domeniul psiho-social și competență certificată pentru asigurarea activităților de sprijin. Coordonarea activităților de sprijin care sunt asigurate fiecărui beneficiar se face în baza Planului Individualizat de Intervenție.

Managerul de caz sau personalul de sprijin este pregătit pentru a informa beneficiarii cu privire la serviciile de consiliere și orientare vocațională, evaluare și plasare în câmpul muncii, și asigură sprijin

beneficiarilor pentru a folosi aceste servicii. Personalul de sprijin încurajează și îndrumă beneficiarii pentru a-și forma și manifesta abilitățile, talentele, hobby-urile. La fel, managerul de caz sau personalul de sprijin este informat în legătură cu resursele recreative ale comunității (cultură, sport etc.) și sprijină beneficiarii pentru a cunoaște și a beneficia de resursele respective.

Personalul de sprijin este responsabil de organizarea, petrecerea unor activități recreative comune ale locatarilor cum ar fi aniversările zilelor de naștere, serbarea Crăciunului, Revelionului, a altor sărbători și evenimente, în dependență de dorința, religia, tradițiile și obiceiurile beneficiarilor.

*Coordonarea activităților de susținere și sprijin sunt asigurate fiecărui beneficiar în baza Planului Individualizat de Intervenție.*

#### **1.4 Planul Individualizat de Intervenție**

Planul Individualizat de Asistență (PII) se referă, în esență, la un proces care încurajează și ajută persoanele cu probleme de sănătate mintală în procesul de identificare a modalităților de susținere și a serviciilor de care acestea au nevoie pentru a locui independent:

- să aibă o specialitate;
- să aibă acces la un loc de muncă;
- să posede abilități de comunicare;
- să dezvolte relații personale;
- să participe activ la viața de zi cu zi, etc.

Această abordare se distinge de planificarea tradițională în asistența socială. Ideea este de a încuraja beneficiarul (empowerment sau abilitarea cu putere) de a-și controla serviciile de care are nevoie și de care dispune pentru a putea să-și apere propriile drepturi.

*Planul Individualizat de Intervenție* este elaborat în scris în baza managementului de caz – tip aprobat de Ministerul Muncii Protecției Sociale și Familiei (<http://www.mpsfc.gov.md/>) care cuprinde, în general, totalitatea activităților identificate în vederea satisfacerii necesităților beneficiarului, tipul serviciilor sociale, durata acordării lor, planuri pe viitor, personalul responsabil.

Planul Individualizat de Intervenție reprezintă una din principale atribuții ale Managerului de caz (Management de caz în sănătatea mintală) și cuprinde serviciile care trebuie acordate unor persoane cu probleme de sănătate mintală în vederea respectării drepturilor și libertăților fundamentale ale acestora.

Planul de intervenție personalizat cuprinde serviciile care trebuie acordate unei persoane cu handicap în vederea respectării drepturilor și libertăților fundamentale, asigurării unei vieți normale, cât mai apropiate de cea a celorlalți membri din comunitate.

Realizarea acestor finalități generale presupune activități și servicii orientate spre reducerea dezavantajelor date de deficiență, atenuarea și compensarea consecințelor acesteia, vizînd: îngrijiri

corespunzătoare, cu satisfacția beneficiarului; reducerea dependenței; sprijinirea autonomiei și a unei vieți independente. ([www.somato.md/index2.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.somato.md/index2.php?option=com_docman&task=doc))

Planul Individualizat de Intervenție se elaborează și se implementează cu participarea activă a beneficiarului a familiei sau reprezentantului legal al acestuia.

### **Monitorizarea Planului Individualizat de Intervenție**

Pentru ca serviciile să fie eficiente, profesioniștii se implică permanent într-un proces continuu de evaluare care se referă la problemele beneficiarului, informațiile colectate sau primite, deciziile luate și progresele înregistrate. Asistența beneficiarului este un proces ce presupune implicarea acestuia în procesul de rezolvare a problemelor, coordonarea furnizării serviciilor și evaluarea deciziilor, pe măsură ce apar noi informații în legătură cu respectivul caz.

Monitorizarea Planului Individualizat de Intervenție cuprinde procesul de colectare a informațiilor în contextul furnizării serviciilor pentru evaluarea progreselor legate de obiectivele programului și contractul de rezidență încheiate de beneficiar cu instituția.

**Monitorizarea Planului Individualizat de Intervenție** este responsabilitatea Managerului de caz, iar, procesul de monitorizare constă în:

- verificarea serviciilor în limita de timp stabilită în PII; se poate obține prin scurte informări verbale (chiar telefonice) sau în scris din partea profesioniștilor responsabili și/ sau a beneficiarului;
- identificarea la timp a problemelor în legătură cu oferirea serviciilor sau cu participarea beneficiarului, pentru a putea opera schimbările necesare în PII;
- identificarea progreselor înregistrate de beneficiar sau a lipsei acestora în îndeplinirea obiectivelor înscrise în PII;
- monitorizarea poate avea ca finalitate revizuirea PII în funcție de evoluția cazului;
- aprecierea/verificarea modului în care implementarea PII ajută beneficiarul în atingerea scopului propus; evaluarea se realizează cu participarea profesioniștilor și a beneficiarului;
- transmiterea informațiilor colectate de către părțile implicate și interesate, respectiv beneficiari, profesioniști și furnizori de servicii;
- dezbateră progreselor cu beneficiarul și compararea acestora cu așteptările consemnate în PII;
- organizarea și coordonarea întâlnirilor de lucru ale echipei;
- păstrarea documentației relevante în legătură cu toate activitățile monitorizate, inclusiv a rapoartelor scrise de profesioniștii, responsabili sau implicați în implementarea PII.

### **Iată câteva aspecte de reținut atunci când sunt monitorizate progresele în implementarea PII:**

- Managerul de caz trebuie să mențină legătura permanent cu membrii echipei (nu numai cu ocazia întâlnirilor de lucru) pentru a se asigura că PII funcționează și că profesioniștii realizează activitățile prevăzute în plan;



- Trebuie să se discute cu toți cei care dispun de informații importante pentru caz, având în acest sens acordul beneficiarului și cu respectarea confidențialității;
- Pentru a evita situațiile de criză este util să existe un contact permanent cu beneficiarul. În acest fel, pot fi identificate cu acuitate problemele clienților instituției;
- Dacă profesioniștii nu își realizează sarcinile sau nu respectă termenele stabilite, responsabilul de caz ar trebui să identifice barierele și să ajute la depășirea lor;
- În situațiile de regres sau eșec în ce privește implementarea PII, profesioniștii nu trebuie să se descurajeze, iar beneficiarul trebuie ajutat să vadă acest lucru ca pe o experiență valoroasă;
- Scopul este divizat în obiective mici, astfel încât să se obțină succese. Un scop inițial prea mare poate fi atât de copleșitor încât beneficiarul să renunțe. Fiecare obiectiv trebuie să fie realist, realizabil și măsurabil.

## **CAPITOLUL II. Modele internaționale de locuință protejată pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

### **2.1 Modele internaționale de organizare și funcționare a locuinței protejate**

Alineatul 1 al art. 28 a Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități stabilește obligația generală a statului prin care se recunosc drepturile persoanelor cu dizabilități la standardele adecvate de trai, atât pentru aceștia, cât și pentru familiile lor. Prin recunoașterea standardelor adecvate de trai Convenția implică nu doar un grad anume, dar și eliminarea discriminării în baza de dizabilitate în procesul asigurării condițiilor de trai adecvate.

Același articol al Convenției ONU stabilește asigurarea participării persoanelor cu dizabilități la programe publice de locuințe. Acest fapt presupune existența acestora și oferă drepturi de participare persoanelor cu dizabilități pentru a beneficia de astfel de locuințe. În acest sens, obligația statelor părți este îndeplinită în momentul în care persoanele cu dizabilități dispun de posibilitatea de a beneficia de pe urma unei locuințe. În acest sens, obligația statelor este îndeplinită în momentul în care persoanele cu dizabilități dispun de posibilitatea de a beneficia de o locuință. Acesta nu înseamnă că trebuie să fie garantat dreptul la proprietate. Programele publice de locuințe sunt posibile și fără transmiterea drepturilor de proprietate asupra locuinței. Asigurarea dreptului de proprietate este un obiectiv greu de realizat pentru stat, mai ales în țările cu economii slab dezvoltate.

Cadrul de politici al Uniunii Europene în domeniul dizabilității se referă, în primul rând, de principiile de non-discriminare și egalitate expuse în articolul 13 al Tratatul de bază al Uniunii Europene de la Amsterdam, (*Framework Directive on Employment Discrimination 2000/78/EC*). Documentul respectiv formează baza politicilor europene în promovarea non-discriminatorie în raport cu persoanele cu dizabilități. Acest act a fost elaborat și aprobat pentru unificarea la nivel comunitar a eforturilor în vederea creării unui spațiu incluziv pentru persoanele cu dizabilități, precum și pentru a crea un sistem de securitate socială racordată la posibilitățile și necesitățile persoanelor cu dizabilități. Comisia Europeană acordă o preocupare sporită față de calitatea serviciilor sociale și accesul beneficiarilor la servicii (*Comunicatele CE nr. 177, 2006 și nr. 725, 2007 – Communication from the Commission Implementing the Community Lisbon Programme: Social services of general interest in the European Union Brussels nr. 177, 2006*).

Articolul 19 a Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități stabilește dreptul la viața independentă și dreptul de a fi inclus în comunitate. Prin acest articol, Convenția stabilește că persoanele cu dizabilități au posibilitate să-și aleagă locul de reședință,

- persoanele cu care să locuiască, și nu sunt obligați să trăiască într-un anumit mediu ;
- persoanele cu dizabilități au dreptul la asistență la domiciliu;

- persoanele cu dizabilități au dreptul la asistență personală pentru a susține viața și includerea în comunitate;
- persoanele cu dizabilități au acces egal la serviciile sociale, medicale, etc.

În SUA, Marea Britanie, Croația, există numeroase alternative de a sprijini o persoană cu dizabilități, să achiziționeze sau închirieze o locuință. Aceste alternative se referă inclusiv la utilizarea fondurilor de încredere, co-locuțiunilor, cămine, cooperative și alte strategii individuale de finanțare.

**Locuința Protejată în SUA** a fost întemeiată pe principiul ca toate persoanele cu dizabilități mintale au dreptul de a închiria sau utiliza propriile lor case. Implementarea serviciului a fost posibilă în urma colaborării între beneficiari, familiile lor, avocați, furnizori de servicii, ONG, autorități publice locale, membrii ai comunității.

Toți acești actori au fost dispuși să analizeze toate alternativele de locuință pentru persoanele cu dizabilități mintale care nu se mai pot afla în servicii rezidențiale. Aceste eforturi au fost ghidate de principiul stabilității, care stabilește clar că, odată stabilită, locuința, trebuie să fie stabilă și controlată de către beneficiar și integrată în general în comunitate.

**În Marea Britanie** importanța separării conceptuale a serviciului de locuințe protejate de alte tipuri de servicii comunitare și serviciile rezidențiale a durat o perioadă îndelungată. Locuințele protejate au fost create conform modelului de servicii rezidențiale, iar beneficiarii au fost tratați ca un grup vulnerabil față de problemele sociale.

**În Rusia** susținerea și suportul sunt principiile de bază în crearea serviciului locuință protejată. În mod tradițional, persoanele cu dizabilități primesc locuințe protejate de la furnizorii de servicii formale. În plus, calitatea serviciului acordat este dependent în mare parte de finanțare, precum și de faptul că multe persoane nu interacționează cu persoanele din afara sistemului de servicii. Această realitate este întâlnită și în Ucraina, unde și în prezent persoanele cu dizabilități mintale sunt instituționalizate.

## **2.2 Exemple de bune practici de organizare și funcționare a locuinței protejate în Italia**

**În Italia**, procesul de închidere a azilurilor a început în 1971, prin criticele aduse culturii psihiatrice din această țară. Spitalul de psihiatrie din Trieste „San Giovanni”, aflat sub direcția lui Franco Basaglia, a devenit laboratorul care a declanșat „revoluția culturală” către o schimbare radicală a îngrijirii psihiatrice, deschizând porțile spre comunitate. Ușile secțiilor au fost deschise. Un pacient a scris pe un perete în graffiti: „*San Giovanni este un spital deschis: se intră și se iese*”.

În 1978, legea nr.180 a declarat sfârșitul Spitalului de Psihiatrie ca instituție care îndepărta persoanele cu probleme de sănătate mintală din societate, segregându-le în condiții de închisoare, deoarece erau considerate ca fiind „un pericol pentru ele însele și pentru ceilalți, și o ofensă pentru societate”.

Perspectiva asupra problemelor de sănătate mintală a evoluat de la situația în care societatea ridicase o barieră împotriva persoanelor afectate. Problemele psihiatrice nu mai stigmatizau individul, nici nu-l mai izolau în spitale de psihiatrie, care, de regulă, erau situate în afara orașelor, departe de societate.

Legea nr.180 a oferit un cadru de reglementări ce conținea trei teme majore:

- Închiderea spitalelor de psihiatrie;
- Formarea unei rețele de servicii care să fie o alternativă reală, recomandând ca noile facilități de sănătate mintală să fie organizate pe criterii regionale;
- Plasarea pacientului și nu a bolii în centrul efortului de a institui procese terapeutice, de reabilitare și emancipare. Participarea beneficiarului în servicii a fost folosită ca un catalizator al schimbării.

Aceeași lege a interzis noile internări în spitale psihiatrice. Numărul de paturi în spitalele psihiatrice publice a scăzut de la mai mult de 60.000 în 1978 la 2.500 în 1998. Același lucru s-a întâmplat și în clinicele private. Numărul de psihiatrii din sistemul comunitar de îngrijire a sănătății mintale a crescut considerabil de la 5% la 16%. Directivele mari ale noilor servicii psihiatrice au fost prescrise de lege:

- Clinici pentru tratarea pacienților externi au fost înființate ca secții în cadrul spitalelor generale;
- Departamentul Sănătății Mintale a înlocuit structura administrativă a Spitalelor de Psihiatrie;
- Admiterile în secțiile de psihiatrie nu mai erau motivate de faptul că pacientul era „periculos”, ci de nevoia de tratament ce nu putea fi furnizat în afara spitalului;
- Admiterea era, prin urmare, doar o măsură luată din motive de sănătate;
- Pacienții aveau mai multe contacte cu viața normală și cu familiile lor.

Scopul noilor structuri de sănătate mintală era să ofere tratamente diferențiate, să reducă nevoia de spitalizare la minim și să limiteze durata acesteia, prin intermediul unei rețele de servicii de prevenire, îngrijire internă și externă, tratament și reabilitare adecvate.

Decretul ministerial din 1998 a declarat închiderea definitivă a spitalelor de psihiatrie, impunând sancțiuni economice acelor regiuni care întârzie implementarea acestuia.

Până la sfârșitul anului 1998, ultimii 15.000 de pacienți (de la 120.000 în anii '70) ce locuiau încă în 57 de spitale de psihiatrie italiene au fost puși în fața să beneficieze de facilitățile rezidențiale și grupurile familiale. Practic, la sfârșitul anului 1998, ministrul italian al sănătății a putut afirma despre închiderea definitivă a spitalelor psihiatrice din țară. Centrele de sănătate mintală (al căror număr a crescut de la 226 la peste 4.000 între 1978 și 1998), secțiile psihiatrice de urgență din spitalele clinice, comunitățile rezidențiale sau de grup sunt, în prezent, foarte răspândite și mult mai accesibile.

Această revoluție nu a fost ușor de realizat. Situația din Italia cu privire la renunțarea reglementărilor regionale și comunitare poate părea confuză. Totuși, ea garantează ca o persoană cu probleme de sănătate mintală să fie tratat la nivelul unui cetățean cu drepturi depline.

## 2.3 Modele de organizare și funcționare a locuinței protejate în Marea Britanie și Țara Galilor

În Marea Britanie, alternativele îngrijirii instituționale au început să fie luate în serios în anii '50 ai secolului XX, când cererea de îngrijire rezidențială părea să fie în continuă creștere. O Comisie Regală a recomandat deservirea mai multor persoane cu dizabilități ușoare în locuințe rezidențiale în cadrul comunității, datorită, în parte, presiunii generate de criza paturilor de spital. Responsabilitatea serviciilor comunitare aparținea administrației locale și mai puțin celei centrale. La jumătatea anilor '60 au izbucnit o serie de scandaluri publice ce denunțau tratamentul prost și neglijența din spitalele de psihiatrie surpa-aglomerate și sordide. Ca reacție la aceasta, guvernul a publicat o Cartă Albă optând pentru necesitatea furnizării de servicii comunitare pentru persoanele cu dizabilități intelectuale ușoare sau moderate, și avansând obiective neobișnuit de clare pentru autoritățile locale. Această inițiativă s-a aplicat Angliei și Țării Galilor, Scoția având un cadru legislativ diferit. De asemenea, la începutul anilor '70, o nouă inițiativă solicită, în premieră, renunțarea în totalitate la îngrijirile spitalicești și înlocuirea acestora cu servicii rezidențiale comunitare. Această inițiativă se inspira, în parte, din primele servicii comunitare din Statele Unite și din unele state scandinave. La începutul anilor '70, majoritatea serviciilor comunitare erau de dimensiuni mari (20-25 persoane), inclusiv câteva pentru persoanele cu dizabilități intelectuale severe și profunde. Au apărut primele exemple de locuințe protejate pentru persoanele cu dizabilități intelectuale severe sau profunde.

La acest punct, politicile au început să difere între Țara Galilor și Anglia. În Țara Galilor, critica la adresa refacerii instituționale a condus la un proiect demonstrativ deservind un întreg sector al orașului Cardiff cu servicii comunitare. Schimbarea de concepție care a urmat a fost reflectată mai târziu de o politică națională de promovare a serviciilor comunitare și de închidere a instituțiilor. Revizuirea acestei politici după un deceniu a demonstrat dezvoltarea substanțială a serviciilor comunitare de către autoritățile locale cu fonduri guvernamentale, însă a avut un impact redus asupra numărului de instituții. În cea de-a doua decadă, închiderea acestora a fost identificată ca prioritate cheie.

În Anglia, inițiativa principală a politicii din anii '70 a constat în a transfera fonduri de la serviciul (național) de sănătate (responsabil pentru instituții) la administrațiile locale.

La începutul anilor '80, un alt comitet oficial a recomandat serviciile rezidențiale ca principalul model viitor de îngrijire, iar câteva rapoarte au definit elementele necesare ale serviciilor comunitare. Aceste inițiative au fost urmate de un proiect național demonstrativ care a semnalat acceptarea de către autorități a dezinstituționalizării ca obiectiv politic și a prezentat multor agenții locale de servicii experiența respectivă. În a doua jumătate a anilor '80 au loc primele închideri masive de instituții, iar odată cu aceasta demarează procesul dezinstituționalizării ca obiectiv politic general tacit acceptat.

De asemenea, la jumătatea anilor '80, s-au înregistrat evoluții politice referitoare, în principal, la serviciile pentru persoane vârstnice și persoane cu probleme de sănătate mintală. Preocuparea oficială

pentru numărul în creștere de persoane vârstnice ce beneficiau de îngrijirea rezidențială finanțată de sistemul de securitate socială, precum și dovezi asupra unei lipse de eficiență generale, a condus la câteva revizuirii. De aici, reforma legislativă majoră din 1990, prin intermediul Actului Îngrijirii Comunitare și de Sănătate. Acesta a început să închidă fluxurile finanțării de către asistența socială și să impună autorităților locale responsabilitatea finanțării îngrijirii rezidențiale. În continuare, îngrijirea spitalicească urma să cuprindă doar tratament pe termen scurt.

O inovație ulterioară a fost cerința ca majoritatea serviciilor accesate/cumpărate de autoritățile locale să fie administrate de sectorul privat sau de organizații voluntare.

#### **2.4 Dezvoltarea serviciului locuință protejată în Slovacia**

Fundația „Tărâmul armoniei” din Slovacia oferă două apartamente mici pentru o femeie și patru bărbați cu dizabilități fizice și intelectuale. Toți locuiesc independent de familie sau de o instituție, cu sprijinul lucrătorilor sociali și al comunității locale. Pot lua decizii referitoare la toate aspectele vieții lor: ce să mănânce, ce să cumpere, cum să cheltuiască banii, ce să facă, unde să lucreze, cu cine să se întâlnească, etc.

Abordarea individuală, încrederea și principiul furnizării de sprijin doar atunci când e necesar, fac din acesta un serviciu excepțional în Slovacia. Atunci când beneficiarii fac greșeli, acestea sunt considerate drept oportunități de a învăța pe propriile greșeli.

## **CAPITOLUL III. Modelul național al serviciului locuință protejată pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

### **3.1 Hotărârea Guvernului Nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate. Capitolul XII. Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale**

La baza Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova, aprobată de Guvern în luna mai 2007, este pus conceptul fortificării sănătății mintale și acordarea asistenței calificate pacienților (Capitolul XII. „Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale”) aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007, publicat: 17.08.2007 în „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, Nr. 127-130 art. Nr.931. La elaborarea proiectului Politicii Naționale de Sănătate s-a luat în calcul experiența statelor europene, inclusiv modalitatea de abordare a priorităților și de implementare a diverselor programe de sănătate pe termen scurt și de perspectivă.

Politica Națională de Sănătate reprezintă un sistem de principii de abordare complexă a problemelor de suport în realizarea de către Republica Moldova a angajamentelor prevăzute în Convenția privind Drepturile Omului, Convenția privind Drepturile Copilului, Declarația privind Sănătatea Mintală, Programul de Acțiuni al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare și alte documente relevante.

Direcția prioritară în Capitolul XII – „Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale” a Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova este axată pe deplasarea serviciilor de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc, prin instituirea centrelor comunitare - ca unitate de ajutor primar. Dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală va fi realizată pe principii comunitare, care vor include: crearea infrastructurii serviciilor comunitare, redirecționarea persoanelor cu tulburări mintale spre aceste servicii și asigurarea continuității asistenței psihiatrice.

Serviciile comunitare de sănătate mintală vor fi axate pe reabilitarea și reintegrarea psihosocială a beneficiarilor, care la rândul lor vor fi reprezentate prin: centre comunitare de sănătate mintale de zi și cu plasament temporar, ce vor include în componența lor serviciul consultativ și ocupațional; servicii de resurse și informare profesională și specială pentru beneficiari, inclusiv prin crearea centrelor informaționale; ateliere și locuri de muncă protejate, locuințe protejate.

**HOTĂRÂREA GUVERNULUI Nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate; Publicat: 17.08.2007 în „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, Nr.127-130, art. Nr. 931**

#### **Capitolul XII. Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale**

128. Ameliorarea sănătății mintale reprezintă un obiectiv prioritar pentru țară în contextul angajamentelor asumate prin aderarea la Declarația privind sănătatea mintală și la Planul de acțiuni în domeniul sănătății mintale de la Helsinki.

129. Legislația în domeniul sănătății mintale va fi armonizată la rigorile europene. Sarcinile și măsurile de reformare a sistemului serviciilor pentru persoanele cu dizabilități mintale vor fi trasate în cadrul programelor naționale privind sănătatea mintală, ale căror scopuri vor servi prevenirii afecțiunilor mintale și susținerii comunitare a persoanelor cu patologii psihiatrice.

130. În scopul dezvoltării serviciilor de sănătate mintală calitative, va fi susținută colaborarea dintre structurile guvernamentale, organizațiile profesionale relevante, organizațiile consumatorilor de servicii și societatea civilă.

131. Va fi încurajată și susținută implicarea beneficiarilor direcți, a familiilor și a asociațiilor în procesul de reformare a sistemului de sănătate mintală și de luare a deciziilor.

132. Dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală va fi realizată pe principii comunitare, care vor include:

a) crearea rețelei serviciilor comunitare, inclusiv prin reorganizarea și optimizarea infrastructurii existente; redirecționarea persoanelor cu tulburări mintale spre aceste servicii și asigurarea continuității asistenței psihiatrice;

b) pregătirea profesională a cadrelor, inclusiv a medicilor de familie, în domeniul psihiatriei comunitare. O atenție deosebită va fi acordată instruirii asistentelor psihiatrice pentru activitatea în cadrul serviciilor comunitare de asistență mintală;

c) asigurarea beneficiarilor cu medicamente psihotrope de generație nouă;

d) optimizarea asistenței psihiatrice spitalicești prin crearea secțiilor de sănătate mintală în spitalele generale.

133. Vor fi dezvoltate programe orientate spre eliminarea stigmatului, discriminării, prejudecăților și violării drepturilor persoanelor cu tulburări mintale.

134. Vor fi restructurate serviciile existente de asistență psihiatrică prin înlăturarea fenomenului de izolare aplicat pe parcursul tratamentului. Serviciile comunitare de sănătate mintală vor fi axate pe reabilitarea și reintegrarea psihosocială a beneficiarilor.

135. Serviciile comunitare de sănătate mintală vor fi complementare spitalizării. Vor fi create centre de sănătate mintală cu toate structurile auxiliare, inclusiv prin reorganizarea și optimizarea infrastructurii existente. Serviciile comunitare de sănătate mintală vor fi prestate de către echipele multidisciplinare.

136. Serviciul de asistență medicală primară va contribui la sporirea accesului și acoperirea amplă cu servicii de sănătate mintală a populației, prin depistarea precoce și intervenții prompte în cazul determinării tulburărilor mintale.

137. Vor fi elaborate standarde și norme pentru fiecare tip de serviciu comunitar, care urmează a fi dezvoltate în calitate de subdiviziuni integrante ale sistemului de asistență psihiatrică cu statut juridic independent.

138. Serviciile comunitare de sănătate mintală vor fi reprezentate prin:



a) centre comunitare de sănătate mintale de zi și cu plasament temporar, care vor include în componența lor serviciul consultativ și ocupațional;

b) servicii de resurse și informare profesională și specială pentru beneficiari, inclusiv prin crearea centrelor informaționale;

c) ateliere protejate și locuri de muncă protejate;

d) locuințe sociale.

139. Lista medicamentelor psihotrope esențiale va fi extinsă prin includerea antipsihoticelor atipice. Medicamentele de generație nouă vor fi distribuite prin sistemul de asigurări medicale.

### **3.2 Regulamentul-cadru de funcționare a locuinței protejate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. (Hotărârea de Guvern, copie din „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”)**

**Republica Moldova**

**GUVERNUL**

**HOTĂRÂRE Nr. 711 din 09.08.2010**

**pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” și a standardelor minime de calitate – Publicat: 17.08.2010 în Monitorul Oficial Nr. 148-149 art. Nr. 810**

În scopul implementării Legii asistenței sociale nr. 547-XV din 25 decembrie 2003 („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2004, nr.42-44, art. 249), cu modificările și completările ulterioare, Guvernul

#### **HOTĂRĂȘTE:**

Se aprobă:

1. Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată”, conform anexei nr. 1; Standardele minime de calitate pentru Serviciul social „Locuință protejată”, conform anexei nr. 2.

2. Prestatorii Serviciului social „Locuință protejată” vor aproba, pe baza Regulamentului-cadru aprobat prin prezenta hotărâre, propriile regulamente de organizare și funcționare.

3. Cheltuielile ce țin de organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” vor fi suportate de către prestatorii Serviciului și se vor efectua în limita alocațiilor prevăzute anual în bugetele respective, precum și a mijloacelor provenite din donații, granturi și alte surse, conform legislației.

4. Controlul asupra executării prezentei hotărâri se pune în sarcina Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

**PRIM-MINISTRU, Vladimir FILAT**

**Contrasemnează:**

**Viceprim-ministru, Ion Negrei**

**Ministrul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Valentina Buliga**

**Ministrul Finanțelor, Veaceslav Negruța**

*(vezi Anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.711 din 9 august 2010)*

## **CAPITOLUL IV. Exemple naționale de organizare și funcționare a locuinței protejate pentru persoane cu probleme de sănătate mintală**

### **4.1 Exemple ale serviciului „Locuință protejată” promovat de organizații neguvernamentale în Republica Moldova**

Organizarea serviciilor de sănătate mintală a cunoscut o perioadă lungă și anevoioasă în decursul istoriei, fiind alături de conștiința societății față de maladia psihică și modificându-se odată cu aceasta. Astfel, în secolul XX, sub influența factorilor sociali la nivel mondial, care au influențat organizarea geopolitică a lumii, s-a pus pe cântar viața omului și a fost repus la rang prioritar omul în tot ansamblu ființei sale bio-psiho-sociale.

Se renasc premise pentru acordarea de drepturi și libertăți a tuturor formelor de viață ignorate pe parcursul istoriei. În această agitație de evenimente sociale se identifică principiile generale de respect al ființei umane în ipostaza de persoană afectată de maladii mintale (*Principiile Protecției Persoanelor cu Tulburări Mintale ONU, 1991*), care sunt un imbold pentru statele lumii de a iniția reforme legislative și organizatorice pentru repunerea în drepturi a acestor persoane și asigurarea lor cu servicii medicale și sociale calitative de același rang cu ceilalți cetățeni.

Republica Moldova, în calitate de membru al ONU, în aspirațiile ei spre un stat bazat pe democrație, care pune în valoare personalitatea umană cu integritatea sa psihică și somatică, ca o contribuție la bunăstarea generală, a realizat un șir de reforme legislative pentru organizarea sistemului de sănătate și, de asemenea, a sănătății mintale (*Legea privind asistența psihiatrică (1997), modificată în 2008*).

Pe parcursul anilor au fost efectuate schimbări în constituirea și organizarea sistemului de sănătate, au fost elaborate politici și strategii în domeniu, de altfel, sub influența modificărilor interne și a celor externe, s-a reformat și serviciu de asistență psihiatrică.

#### **Exemplul serviciului de Locuință Protejată promovat de „Casa Mare”**

Fundația „Casa mare” a creat serviciul „Casa de locuit pentru persoane cu dizabilități”, care întrunește caracteristicile Locuinței Protejate. Serviciul s-a deschis la 04.11.2006 în localitatea Trușești, mun. Chișinău, și a fost numit „Casa Bucuriei”, având în asistență șase beneficiare, care provin de la Casa-Internat pentru copii cu deficiențe mintale din or. Hâncești.

A doua Locuință Protejată, numită „Casa Matei”, a fost creată de aceeași organizație la 29.11.2008 în localitatea Sofia, raionul Drochia, și asistă cinci beneficiari, care provin de la Internatul psiho-neurologic din satul Bădiceni, Soroca.

Beneficiarii au fost selectați după următoarele criterii:

1. vârsta – au fost acceptate doar persoane adulte, care aveau cel puțin 18 ani împliniți;

2. statutul juridic al relației cu familia – persoanele erau abandonate, fără posibilitate de reintegrare familială, iar rudele, în caz că se cunoșteau, au fost consultate și și-au dat acordul la plasament;

3. relațiile inter-personale - s-au selectat pentru plasament în aceeași locuință doar persoane care se cunoșteau și erau în relații bune cu ceilalți locuitori.

În „Casa Matei” beneficiarii sunt cu dizabilități mintale și fizice și au vârste cuprinse între 30-44 ani. Plasarea în serviciu s-a făcut în baza deciziei Ministerului Muncii, Protecției Sociale și a Familiei privind implementarea proiectului prezentat de Fundația „Casa Mea” .

Plasarea în serviciu oferă beneficiarilor de ași dezvolta deprinderile de viață independentă. Timp de trei ani beneficiarii au reușit să-și dezvolte astfel de deprinderi ca menajul și autodeservirea , folosirea mijloacelor de transport, igiena personală, administrarea banilor, relaționarea cu alte persoane, integrarea în societate.

Pe lângă serviciile de asistență oferite în cadrul „Caselor de locuit” de către personalul angajat beneficiarii au primit consultanță și asistență profesională de la specialiștii precum psiho-pedagog special, kinetoterapeut, personal medical. Servicii gratuite pentru beneficiari.

Ambele servicii „Casa Bucuriei” și „Casa Matei” nu dispun de Regulament de ordine interioară. Cu toate acestea, există un ghid numit „Politicele proiectului” care prescriu cerințele și regulile privind prestarea serviciului, acestea fiind respectate de personal, voluntari și beneficiari. De asemenea, „Convenția” încheiată între beneficiar și prestator stipulează regulile care vizează funcționarea „Casei de locuit”. Aceste documente consemnează aspecte precum prestarea igienei și curățeniei, plata pentru servicii comunale, vizitele unor persoane din afara locuinței, relațiile cu personalul Serviciului, cu vecinii și alți membrii a familiei și comunității, folosirea telefonului etc.

### **Exemplul serviciului de Locuință Protejată „Bethania”**

Ideea creării serviciului comunitar pentru persoanele cu dizabilități care provin din instituții rezidențiale a apărut ca rezultat al activităților de voluntariat ale Asociației Creștine de Caritate „Bethania”, din cadrul Internatului Psiho-neurologic din comuna Bădiceni, raionul Soroca, și comuna Cocieri, raionul Dubăsari, care a propus inițiativa de a pregăti beneficiari din cadrul instituțiilor pentru o viață independentă în comunitate, deoarece evaluând necesitățile, potențialul și abilitățile persoanelor respective s-a constatat că aceștia ar putea să aibă o viață activă în comunitate.

Astfel, în 1999, în satul Țânțăreni, raionul Anenii Noi, a fost creată prima „Casă de tranzit pentru fete orfane ”, menită să găzduiască, să asigure protecție și dezvoltarea abilităților pentru un trai independent pentru persoanele dezinstituționalizate din internatele psiho-neurologice menționate.

La selectarea beneficiarilor serviciului, Asociația Creștină „Bethania”, nu a stabilit criterii distincte, ci a pus pe prim-plan necesitatea de a acorda suport și asistență acelor beneficiari instituționalizați, care erau în situație de risc sporit și pentru care era imposibilă restabilirea legăturilor familiale și, în același timp, prezentau un bun potențial de recuperare și integrare în comunitate.

Inițial au fost selectați zece beneficiare, dintre care patru au reușit, ulterior, să se integreze cu succes în comunitate, în timp ce celelalte șase, după un scurt timp de plasament, s-au întors în instituție din propria dorință, pe motiv că nu se pot adapta la viața comunitară, deși aveau un grad suficient de intelect și un potențial bun de trai în comunitate, beneficiarele au suferit eșec în dobândirea și interiorizarea abilităților și normelor de viață independentă.

La moment, „Casa de tranzit” oferă asistență unui număr de cinci beneficiare, dintre care patru au dizabilități mintale ușoare. Si doar o singură beneficiară are gr.II de invaliditate.

La începutul plasamentului beneficiarele au avut nevoie de asistență intensă 24 din 24 de ore care era oferită de patru asistenți sociali, iar odată cu creșterea gradului de autonomi și cu dezvoltarea deprinderilor de trai în comunitate, numărul de asistenți sociali s-au redus la unu.

În baza experienței acumulate pe parcursul a zece ani de activitate, prestatorul de serviciu consideră că raportul asistent social-beneficiar ar trebui să fie 1:2, astfel încât să se asigure o asistență optimă care să corespundă necesităților beneficiarilor.

Pentru servicii adiționale, în funcție de necesitățile specifice ale beneficiarilor, periodic este contractat personal specializat, de care prestatorul de serviciu nu dispune (cadru didactic, psiholog medic, instalator pentru reparații curente etc.)

Pentru unele activități sunt selectați și voluntari, care sprijină beneficiarii în soluționarea problemelor cotidiene.

### **Exemplul serviciului Locuință Protejată a Centrului de Sănătate Mintală „Somato”**

În anul 2000 s-a format un serviciu comunitar nou, Centrul Comunitar de Sănătate Mintală „Somato” din Bălți. Astăzi, Centrul Comunitar de Sănătate Mintală „Somato” reprezintă o instituție publică de profil medico – psiho-social care oferă asistență medico – psiho-socială persoanelor cu probleme de sănătate mintală, precum și familiilor acestora. Activitățile pe care le oferă centrul sunt variate, în funcție de necesitățile beneficiarilor, fiind divizate în patru servicii principale:

- Centru de zi;
- Plasament temporar;
- Asistență la domiciliu;
- Locuințe Protejate.

Serviciul Locuință Protejată s-a dezvoltat, în premieră, pentru R. Moldova, grație unui proiect moldo-olandez cu durata de trei ani. Proiectul este finanțat de Comisia Europeană și derulat de Inițiativa Globală în Psihiatrie (Olanda), care îi are ca parteneri locali pe Asociația „Somato” și Primăria Bălți. Prin acest proiect, Asociația „Somato” urmărește să creeze un serviciu social ce ar permite facilitarea integrării sociale a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și cultivarea deprinderilor de viață la această categorie de oameni.

Potrivit proiectului, autoritățile locale au oferit, patru apartamente protejate în care vor locui 16 persoane cu probleme de sănătate mintală. În locuințele respective s-a făcut reparație. Acestea au fost mobilate, conform Standardelor Minime de Calitate. Respectiv, echipa multidisciplinară a fost pregătită în domeniu. Ea va monitoriza aceste persoane în sensul integrării lor în societate, angajării în câmpul muncii, formării familiilor, astfel încât să devină membri ai comunității cu drepturi depline. Datorită implementării proiectului respectiv, persoanelor cu probleme de sănătate mintală li se oferă speranță și credința în ziua de mâine și o viață mai demnă.

#### **4.2 Exemplul Centrului de Sănătate Mintală în organizarea locuințelor protejate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală**

*Centrul de Sănătate Mintală „Somato”* reprezintă o instituție publică de profil medico-social, care oferă servicii de reabilitare medico-psihosocială și incluziune socială atât pentru persoanelor cu probleme de sănătate mintală, cât și familiilor și rudelor lor.

**Scopul** principal al activității Centrului este ameliorarea stării sănătății mintale a populației și crearea premiselor benefice de reabilitare și integrare socio-familială a persoanelor afectate de maladii mintale.

##### **Obiectivele Centrului sunt:**

- a. Reabilitarea medico-psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- b. Prevenirea instituționalizării, dezinstituționalizarea și incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- c. Sporirea accesului populației generale la asistența medico-socială în cazul problemelor de sănătate mintală, conform principiului multidisciplinarității și integrității serviciilor prestate, în special a celor în situații de risc sporit și deosebit de vulnerabili.
- d. Crearea unor servicii complexe orientate spre incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și asigurarea continuității serviciilor de sănătate mintală în comunitate.
- e. Asigurarea suportului consultativ – metodic și informațional în sănătatea mintală prin sporirea nivelului de cunoștințe, formarea atitudinilor și practicilor sigure la populația teritoriului arondat ce țin de propria lor sănătate și dezvoltare.
- f. Implicarea nemijlocită a comunității în reabilitarea psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală, precum și în prevenirea și promovarea sănătății mintale în societate.

Serviciile prestate sunt oferite prin metodologia Managementului de caz și Terapiei Comunitare Afirmative.

**Scopul serviciului Locuință protejată** este de a crea condiții pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu probleme de sănătate mintală;

**Obiectivele Serviciului sunt:**

1. Prevenirea instituționalizării adulților cu dizabilități mintale;
2. Asigurarea condițiilor minime de trai pentru garantarea integrității fizice și psihice;
3. Asigurarea serviciilor de îngrijire și suport în comunitate;
4. Dezvoltarea deprinderilor de autoservire;
5. Facilitarea accesului la servicii de orientare și formare profesională.

Serviciul Locuință protejată a fost aprobat de Consiliul Municipal Bălți, fiind introdus în Regulamentul Centrului ca serviciu la data de 27 decembrie 2010 Decizia 15/52 (vezi anexa 5).

Serviciul dat este oferit în conformitate cu standardele minime de calitate, potrivit prevederilor legislației Republicii Moldova. Plasarea beneficiarului în serviciu este efectuată conform criteriilor de admitere în serviciu. Înainte de plasare, beneficiarii au dreptul la plasament de probă care nu poate depăși două luni calendaristice, primind sprijin intens în cadrul Centrului de zi. După încheierea perioadei de probă beneficiarul semnează un contract de comodat (vezi anexa 6) sau de locațiune, având ca obiect locuința acordată în folosință, în conformitate cu prevederile Codului civil;

Evaluarea complexă a beneficiarului este de competența echipei multidisciplinare care monitorizează plasamentul prin vizite în conformitate cu planul individualizat de asistență și la solicitarea beneficiarului (potrivit managementului de caz). Dacă necesitățile individuale ale solicitantului nu pot fi asigurate de serviciu, specialistul responsabil efectuează referirea cazului către alte servicii; Reevaluarea necesității sistării în serviciu se face odată pe an.

## GLOSAR

**Beneficiar** – utilizator de servicii sociale.

**Centru/instituție de asistență socială pentru persoane cu dizabilități** – cadru organizațional al unui pachet de servicii sociale specializate pentru persoane cu dizabilități (vezi „servicii sociale specializate”).

**Cerințe speciale (nevoi speciale)** – cerințe specifice ale persoanei cu handicap, determinate de existența handicapului, de natură și gravitatea acestora.

**Contract (de servicii)** – înțelegere, acord scris care produce efecte juridice, între o unitate furnizoare de servicii sociale specializate și un beneficiar, prin care se stipulează condițiile în care se desfășoară activitățile de asistență socială - drepturile și obligațiile fiecăreia dintre părți.

**Egalitate de șanse** – acces liber și egal al persoanelor cu probleme de sănătate mintală la resursele comunității.

**Egalizarea șanselor** – proces în care sunt implicați o multitudine de „actori sociali”, prin care se tinde către realizarea egalității de șanse (vezi **Egalitate de șanse**).

**Evaluare (a cerințelor)** – proces prin care o echipă multidisciplinară de specialiști stabilește cerințele de îngrijire, asistență, recuperare etc. ale unei persoane (cu handicap) în vederea instituirii unor măsuri terapeutice individualizate; acest proces se realizează pe trei direcții de abordare: medicală, psihologică și socială.

**Fișa de evaluare** – document în care se consemnează rezultatele evaluării/reevaluării periodice.

**Foaie de ieșire** – document întocmit la ieșirea unui beneficiar dintr-un serviciu de asistență socială care cuprinde date despre starea generală a beneficiarului, date comparative despre starea acestuia la ieșire în raport cu starea din momentul admiterii, recomandări pentru viitor.

**Individualizat** – tratare individuală a beneficiarilor în procesul de furnizare a serviciilor (evaluarea nevoilor, planificarea serviciilor etc.).

**Integrare familială** – participare la viața familiei; atitudine de acceptare a persoanei cu handicap de către familie.

**Integrare/includere/incluziune comunitară** – acces și participare a persoanei cu handicap la viața comunității de apartenență.

**Locuințe protejate** – instituții de asistență socială care asigură persoanelor adulte cu handicap găzduire de tip familial în sistem protejat, precum și asistență și suport pentru asigurarea unei vieți autonome și active.

**Management (al serviciilor de asistență socială)** – gestionarea, de către conducerea desemnată legal, a activităților și resurselor (materiale, umane, financiare) furnizorilor de servicii sociale pentru persoanele cu handicap.

**Manager de caz** – lucrător, în cadrul unui serviciu social specializat, care coordonează derularea planului personal de viitor, pentru unul sau mai mulți beneficiari.

**Plan anual/planificare anuală** – ansamblul de documente prin care sunt planificate activitățile desfășurate pe perioada unui an calendaristic.

**Plan Personal de Viitor** – reflectă potențialul, nevoile și aspirațiile beneficiarilor și stabilește obiectivele sale pe termen scurt, mediu și lung; în funcție de aceste obiective, se identifică și se planifică serviciile pe care le va asigura furnizorul de servicii și personalul responsabil; conține și o planificare a condițiilor în care se va efectua ieșirea beneficiarului din Locuința Protejată (transfer la o altă unitate de asistență socială/revenirea în locuința familiei/mutare într-o locuință în comunitate).

**Prestatori de servicii de sănătate** - instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica un anumit gen de activitate medicală și farmaceutică în conformitate cu legislația în vigoare.

**Procedură** – conține, de regulă, scopurile și domeniul de aplicare al unei activități; conținutul activității: cine, când, unde și cum se realizează activitatea; ce materiale, echipamente și documente trebuie utilizate; cum trebuie controlată și înregistrată activitatea.

**Reprezentant (legal al beneficiarului)** – persoană, din afara serviciului de asistență socială, care acționează, cu recunoaștere legală, în numele și în interesul beneficiarului, atunci când acesta nu se poate reprezenta singur.

**Rutine zilnice de viață** – activitățile de zi cu zi, specifice traiului independent, desfășurate într-o locuință protejată: autoîngrijire și autoservire; autogospodărire și alte activități practice; mobilitate; transport și cumpărături; gestionarea bugetului personal.

**Servicii sociale** – „ansamblu complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale.

**Servicii de sănătate** - complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice.

**Solicitant (de servicii)** – persoana cu handicap care, direct sau prin reprezentantul său legal, solicită să devină beneficiar al asistenței sociale oferite de un furnizor de servicii sociale specializate.

**Stagiu de probă** – o perioadă de maximum două luni de rezidență de probă în Locuința Protejată, pentru a se stabili compatibilitatea noului beneficiar cu stilul de viață din locuință și cu vechii locatari, în urma căreia se emite decizia finală de admitere sau respingere a solicitantului de servicii.

**Standarde minime de calitate (a serviciilor sociale)** – acte normative, obligatorii la nivel național, a căror aplicare garantează asigurarea unor nivele minime acceptabile de performanță ale procesului de furnizare a serviciilor sociale.

**Viață independentă/autonomă** – exercitarea controlului deplin și responsabil al propriei vieți.

**Voluntariat** – „activitate de interes public desfășurată de persoane fizice, denumite voluntari, în cadrul unor raporturi juridice, altele decât raportul juridic de muncă și raportul juridic civil de prestare a unei activități remunerate”.



## REFERINȚE:

1. Ager, A., Myers, F. and Kerr, P. (2001) Moving home: social integration for adults with intellectual disabilities resettling into community provision. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
2. Allen, D. (1989) The effects of deinstitutionalisation on people with mental handicaps: a review. *Mental Handicap Research*.
3. Barnes, C. and Mercer, G. 2003: *Disability*, Cambridge: Polity
4. Bracking, 1993: *An Introduction to independent Living* in C. Barnes, ed., *Making Our Own Choices*, Belper: The British Council of Disabled People.
5. Klein, J., Parker, C. (2003) Making Social Inclusion a Reality: The challenge for people with mental disabilities in Central and Eastern Europe. *Eurohealth* Vol 9 No 3 Autumn 2003.
6. Landesman, S. (1988) Preventing "Institutionalization" in the Community. In M. Janicki, M. W.
7. Krauss, & M. M. Seltzer (Eds.), *Community residences for persons with developmental disabilities: here to stay*. Baltimore: Paul H Brooke.
8. Morris, J. 1993: *Independent Lives*, Tavistock: Macmillan.
9. Oliver, M. 1990: *The Politics of Disablement*, Basingstoke: Macmillan.
10. Stiker, H. J. 1998: *A History of Disability*, Michigan: Anne Arbor, The University of Michigan Press.
11. *Principiile Protecției Persoanelor cu Tulburări Mintale Adoptate prin hotărârea Adunării Generale 46/119 din 17 decembrie 1991.*
12. *Hotărârea Guvernului nr.163 din 02.04.1993 Cu privire la protecția unor categorii de cetățeni socialmente vulnerabile și optimizarea importului de medicamente și tehnică medicală.*
13. *Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995-XIII.*
14. *Legea privind sănătatea mintală nr. 1402-XIII din 16 decembrie 1997.*
15. *Republica Moldova Hotărâre Nr.711 din 09.08.2010 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” și a standardelor minime de calitate.*
16. *Politica Națională de Sănătate, Capitolul - XII – ameliorarea sănătății mintale a populației. Capitolul XII Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale. HOTĂRÂREA GUVERNULUI Nr. 886 din 06.08.2007, cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate; Publicat la 17.08.2007 în „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, Nr.127-130, art Nr.931.*
17. Chihai J., Nacu A., Boderscova L., *Îngrijiri Comunitare în Sănătatea Mintală*, Chișinău, 2007.
18. Hotineanu M., Boderscova L., Nacu A., *„Îndrumarului legislativ și normativ în acordarea serviciilor de sănătate mintală”.*
19. *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 8 din 17 ianuarie 2009 , „Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”*
20. *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 591 din 20 august 2010 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova”.*

### Referințe web:

[www.mpsfc.gov.md](http://www.mpsfc.gov.md)

[www.ms.gov.md](http://www.ms.gov.md)

[www.balti.md](http://www.balti.md)

[www.somato.md](http://www.somato.md)

[www.estuar.org](http://www.estuar.org)

[www.keystonehumanservices.org](http://www.keystonehumanservices.org)

**Republica Moldova**  
**GUVERNUL**  
**HOTĂRÂRE Nr.711**  
**din 09.08.2010**

**pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” și a standardelor minime de calitate**

*Publicat: 17.08.2010 în „Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, Nr.148-149, art. Nr.810*

În scopul implementării Legii asistenței sociale nr. 547-XV din 25 decembrie 2003 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2004, nr.42-44, art. 249), cu modificările și completările ulterioare, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

**1. Se aprobă:**

Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată”, conform anexei nr. 1;

Standardele minime de calitate pentru Serviciul social „Locuință protejată”, conform anexei nr.2.

2. Prestatorii Serviciului social „Locuință protejată” vor aproba, pe baza Regulamentului-cadru aprobat prin prezenta hotărâre, propriile regulamente de organizare și funcționare.

3. Cheltuielile ce țin de organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” vor fi suportate de către prestatorii Serviciului și se vor efectua în limita alocațiilor prevăzute anual în bugetele respective, precum și a mijloacelor provenite din donații, granturi și alte surse, conform legislației.

4. Controlul asupra executării prezentei hotărâri se pune în sarcina Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

**PRIM-MINISTRU, Vladimir FILAT**

**Contrasemnează:**

**Viceprim-ministru, Ion Negrei**

**Ministrul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Valentina Buliga**

**Ministrul Finanțelor, Veaceslav Negruța**

**Nr.711, Chișinău, 9 august 2010.**

Anexa nr.1  
la Hotărârea Guvernului nr. 711  
din 9 august 2010

**REGULAMENTUL-CADRU**  
**privind organizarea și funcționarea**  
**Serviciului social „Locuință protejată”**

**Capitolul I**

**Dispoziții generale**

1. Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” (în continuare – Regulament) reglementează modul de activitate a Serviciului social „Locuință protejată”.

2. Serviciul social „Locuință protejată” (în continuare – Serviciu) este un serviciu social specializat, instituit prin decizia Consiliului local/municipal din unitățile administrativ-teritoriale de nivelul întâi sau prin decizia Consiliului raional/municipal Chișinău din unitățile administrativ-teritoriale de nivelul al doilea, și își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile legislației, prezentului Regulament, Standardelor minime de calitate ale Serviciului, dispozițiilor autorităților administrației publice locale de nivelul întâi și al doilea.

3. În sensul prezentului Regulament noțiunile utilizate semnifică:

1) *beneficiar al Serviciului* – persoană cu dizabilități mintale care, în urma unei tulburări psihice (boli mintale sau deficiențe mintale), conștientizează și își dirijează acțiunile, nu este declarată de către instanța de judecată ca incapabilă, a împlinit vârsta de 18 ani, nu dispune de locuință sau necesită îmbunătățirea condițiilor de trai și care, cu suport periodic, poate duce o viață independentă în comunitate;

2) *prestator de Serviciu* – autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi sau al doilea, autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi din componența unității teritoriale autonome Găgăuzia, asociațiile obștești specializate în domeniu care au creat Serviciul;

3) *comisia pentru funcționarea Serviciului (în continuare – Comisia)* – organul creat prin decizia Consiliului local/municipal/raional (în continuare – Consiliu) care instituie Serviciul, subordonată acestuia, cu atribuții în domeniul funcționării Serviciului;

4) *manager de caz* – asistentul social comunitar desemnat responsabil de cazul beneficiarului de către autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi sau al doilea, care activează în teritoriul primăriei unde este prestat Serviciul.

4. Serviciul este creat și implementat în conformitate cu următoarele principii:

1) principiul respectului necondiționat al demnității personale;

2) principiul autonomiei beneficiarului în desfășurarea activităților cotidiene, precum și în procesul de luare a deciziilor care îl vizează;

3) principiul incluziunii comunitare, prin facilitarea accesului la servicii și activități comunitare, ocupație/muncă, relații cu familia, cu vecinii și alți membri ai comunității;

4) principiul promovării rolurilor sociale valorizate ale persoanelor cu dizabilități;

5) principiul informării beneficiarului în ceea ce privește oportunitățile de educație, angajare în câmpul muncii, acces la viața familială și viața socială, la diferite mijloace de petrecere a timpului liber;

6) principiul parteneriatului în scopul referirii beneficiarului către alte servicii și dezvoltării acestuia;

7) principiul planificării individualizate centrate pe persoană;

8) principiul abordării multidisciplinare a necesităților beneficiarului;

9) principiul asigurării integrității psihice, fizice și sociale a beneficiarului;

10) principiul adaptării rezonabile.

## **Capitolul II Scopul și obiectivele Serviciului**

5. Scopul Serviciului este de a crea condiții pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu dizabilități mintale.

6. Obiectivele Serviciului sunt:

1) prevenirea instituționalizării adulților cu dizabilități mintale;

2) asigurarea condițiilor minime de trai pentru garantarea integrității fizice și psihice;

3) asigurarea serviciilor de îngrijire și suport în comunitate;

4) dezvoltarea deprinderilor de autoservire;

5) facilitarea accesului la servicii de orientare și formare profesională.

## **Capitolul III Organizarea și funcționarea Serviciului**

### **Secțiunea 1**

#### **Competențele prestatorului de Serviciu**

7. Pornind de la modul de organizare și funcționare a Serviciului, prestatorul de serviciu realizează următoarele:

1) prestează Serviciul în conformitate cu standardele minime de calitate ale acestuia, potrivit prevederilor legislației;

2) utilizează procedura privind plasarea, suspendarea sau încetarea plasamentului beneficiarului în Serviciu în baza deciziei Comisiei;

- 3) asigură angajarea personalului în Serviciu conform standardelor minime de calitate și în funcție de numărul de beneficiari plasați în Serviciu;
- 4) asigură dotarea locuinței cu inventarul și utilajul necesar conform Standardelor minime de calitate ale Serviciului;
- 5) asigură transmiterea locuinței în folosința beneficiarilor plasați în Serviciu în baza unui contract de comodat sau locațiune;
- 6) respectă drepturile beneficiarilor în procesul de prestare a Serviciului;
- 7) respectă procedura de înregistrare și soluționare a plângerilor privind Serviciul, în conformitate cu prevederile legale.

### **Secțiunea a 2-a Comisia pentru funcționarea Serviciului**

8. Comisia este formată din specialistul în domeniul asistenței sociale al structurii teritoriale de asistență socială din subordinea consiliului raional, reprezentantul autorității administrației publice locale de nivelul întâi în a cărei rază teritorială este prestat Serviciul, asistentul social comunitar, medicul de familie, psihiatrul.
9. În cazul prestatorului de serviciu asociație obștească, Comisia este creată de către autoritatea administrației publice locale cu care această asociație a încheiat acordul de colaborare privind prestarea Serviciului.
10. Comisia își desfășoară activitatea conform regulamentului de activitate aprobat de Consiliul care a instituit Serviciul sau care a încheiat un acord de colaborare cu prestatorul de serviciu asociație obștească.
11. Comisia are următoarele competențe principale:
  - 1) examinează cererea solicitantului privind plasarea în Serviciu și actele anexate la cerere, conform prevederilor prezentului Regulament;
  - 2) decide asupra acceptării sau respingerii cererii solicitantului privind plasarea în Serviciu, în baza criteriilor de admitere a beneficiarilor în Serviciu stipulate de prezentul Regulament;
  - 3) stabilește perioada de plasament al beneficiarului în Serviciu, în funcție de necesitățile de îngrijire și suport special ale acestuia;
  - 4) decide asupra încetării sau suspendării plasamentului beneficiarului în Serviciu, în baza criteriilor enunțate în prezentul Regulament.

### **Secțiunea a 3-a Evaluarea și deschiderea cazului solicitantului de servicii sociale**

12. Asistentul social comunitar care a identificat sau căruia i-a fost referită persoana aflată în dificultate efectuează o evaluare inițială a acesteia.
13. Evaluarea inițială a situației solicitantului de servicii sociale are drept scop identificarea necesităților și eligibilității plasării acestuia în Serviciu și este efectuată de către asistentul social comunitar, care întocmește un raport de evaluare inițială a solicitantului de servicii sociale.
14. Evaluarea complexă a solicitantului de servicii sociale este de competența asistentului social comunitar, în colaborare cu echipa multidisciplinară de specialiști și, după caz, cu instituția și familia în care se află acesta.
15. Asistentul social comunitar întocmește raportul de evaluare complexă a solicitantului de servicii sociale, cu concluziile și recomandările specialiștilor privind plasamentul persoanei în Serviciu, inclusiv ale medicului psihiatru, care atestă că persoana cu dizabilități mintale conștientizează și își dirijează acțiunile.
16. Dacă necesitățile individuale ale solicitantului nu pot fi asigurate de către Serviciul în a cărui rază teritorială se află (domiciliul, locul de trai, locul de aflare), specialistul responsabil sau, după caz, asistentul social comunitar efectuează referirea cazului către prestatorul de serviciu din altă unitate administrativ-teritorială.

### **Secțiunea a 4-a Solicitarea plasamentului**

17. Persoana care întrunește criteriile enunțate în punctul 3 sub-punctul 1) din prezentul Regulament depune o cerere la secretarul Consiliului local/municipal sau la șeful secției/direcției asistență socială și protecție a familiei din unitatea administrativ-teritorială de nivelul al doilea în

a cărei rază teritorială se află (domiciliul, locul de trai, locul de aflare). În caz de necesitate, asistentul social comunitar sau specialistul din structura teritorială de asistență socială oferă beneficiarului suport la întocmirea și înregistrarea cererii.

18. La cerere se anexează următoarele acte:

- 1) copia de pe actul de identitate;
- 2) raportul de evaluare inițială a solicitantului de servicii sociale;
- 3) raportul de evaluare complexă a solicitantului de servicii sociale;
- 4) copia de pe certificatul de invaliditate;
- 5) extrasul din cartela medicală;
- 6) copia de pe carnetul de muncă (dacă solicitantul a fost sau este angajat);
- 7) actul care confirmă lipsa locuinței sau necesitatea de îmbunătățire a condițiilor de trai;
- 8) actele ce confirmă veniturile realizate în ultimul an.

19. Cererea solicitantului și toate actele stipulate în punctul 18 din prezentul Regulament se înregistrează și sunt transmise Comisiei spre examinare de către specialistul responsabil din cadrul structurii de asistență socială sau, după caz, asistentul social comunitar care activează în teritoriul primăriei corespunzătoare. În lipsa anumitor acte, solicitantului i se oferă informații explicite, este ghidat și asistat pentru a le obține și a le anexa la cerere.

20. Înainte de plasament solicitantul poate examina condițiile de trai oferite.

### **Secțiunea a 5-a Plasamentul beneficiarului în Serviciu**

21. Plasarea solicitantului în Serviciu este decisă de către Comisie, în ședință, dacă:

- 1) aceasta îndeplinește cumulativ criteriile de admitere a beneficiarilor în Serviciu;
- 2) plasamentul în Serviciu este măsura de protecție cea mai potrivită pentru solicitant, ținându-se cont de toate circumstanțele cazului, necesitățile individuale ale acestuia, cerințele sale și prevederile prezentului Regulament;
- 3) raportul de evaluare complexă a solicitantului a atestat concordanța necesităților sale individuale de asistență și suport cu specificul Serviciului;
- 4) nu există circumstanțe care ar putea afecta integritatea fizică sau psihică a cel puțin unuia dintre beneficiarii Serviciului și sunt îndeplinite condițiile de compatibilitate între beneficiarii Serviciului plasați în aceeași locuință.

22. Plasarea solicitantului în Serviciul prestat de către o asociație obștească are loc în temeiul avizului Comisiei și acordului de colaborare privind prestarea Serviciului de către asociația obștească, încheiat între organul executiv al acesteia și autoritatea administrației publice locale.

23. Înainte de plasament beneficiarul are dreptul la plasament de probă, care nu poate depăși două luni calendaristice. În perioada de probă toate cheltuielile ce țin de cazarea și întreținerea beneficiarului sunt suportate de către presatorul de serviciu.

24. Dacă este necesar, beneficiarul primește în perioada de probă asistență și sprijin intens din partea personalului Serviciului, pentru dezvoltarea abilităților de viață independentă. În acest caz durata perioadei de probă poate fi prelungită de către managerul de caz în baza evaluării necesităților beneficiarului.

25. Dacă necesitățile specifice ale beneficiarului nu corespund specificului Serviciului sau acesta este respins de către ceilalți beneficiari din locuință, managerul de caz examinează posibilitatea plasării lui într-o altă locuință sau în alt tip de serviciu social, efectuând, în condițiile legii, referirea corespunzătoare a cazului.

26. După încheierea perioadei de probă beneficiarul semnează un contract de comodat sau de locațiune, având ca obiect locuința acordată în folosință, în conformitate cu prevederile Codului civil.

27. Autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi sau al doilea care prestează Serviciul poate plasa beneficiarul în locuința aflată în proprietatea unei persoane fizice. În acest caz plasarea se efectuează în temeiul contractului semnat între persoana fizică și beneficiarul Serviciului. Între autoritatea administrației publice locale și persoana fizică se încheie un acord de colaborare privind asigurarea cu locuință a beneficiarului Serviciului.

28. Într-o locuință pot fi plasați în același timp de la doi până la șase beneficiari, conform Standardelor minime de calitate ale Serviciului.
29. Odată cu semnarea contractului de locațiune sau de comodat cu fiecare beneficiar în parte, în condițiile prezentului Regulament, managerul de caz introduce în registrul de evidență a plasamentelor în Serviciu următoarele informații:
- 1) datele de identitate ale beneficiarului plasat în Serviciu;
  - 2) locuința în care se efectuează plasamentul beneficiarului;
  - 3) perioada plasamentului.
30. Beneficiarul Serviciului își înregistrează temporar domiciliul ori reședința în locuința unde este plasat în cadrul Serviciului.
31. Managerul de caz prezintă datele cu privire la plasamentul beneficiarului în Serviciu supervisorului său din cadrul structurii teritoriale de asistență socială în teritoriul căreia este plasat beneficiarul.
32. În termen de 3 zile de la data plasării beneficiarului în Serviciu ori de la data începerii plasamentului de probă, după caz, managerul de caz convoacă o ședință a echipei multidisciplinare de specialiști, în cadrul căreia se elaborează planul individualizat de asistență al beneficiarului, care se anexează la dosarul personal al acestuia. Managerul de caz implică în acest proces beneficiarul Serviciului.
33. Beneficiarul și managerul de caz semnează un acord de colaborare în baza planului individualizat de asistență. Acordul de colaborare determină obiectivele stabilite de managerul de caz în cadrul planului individualizat de asistență, responsabilitățile beneficiarului și managerului de caz privind implementarea planului individualizat de asistență și durata implementării acordului.
34. Acordul de colaborare semnat cu beneficiarul precizează, de asemenea:
- 1) data încetării plasamentului;
  - 2) cauzele care pot determina încetarea sau suspendarea plasamentului (cauze de urgență sau cu preaviz de 30 de zile lucrătoare);
  - 3) obligația managerului de caz de a informa în scris beneficiarul cu privire la motivele încetării sau suspendării plasamentului;
  - 4) locația în care se va muta beneficiarul (altă locuință protejată, alt serviciu de asistență socială, locuința proprie etc.);
  - 5) persoana de contact care va relata despre evoluția ulterioară a beneficiarului.
35. Beneficiarul poate fi plasat de urgență în Serviciu în baza raportului de evaluare inițială, prin decizia consiliului din unitățile administrativ-teritoriale de nivelul întâi sau al doilea, atunci când viața și integritatea lui sunt în pericol. În cazul plasamentului de urgență, președintele raionului sau primarul, după caz, înștiințează în scris Comisia, pentru avizarea plasamentului. Înștiințarea este efectuată în termen de trei zile de la plasament.
36. În cazul plasamentului de urgență, managerul de caz elaborează și prezintă Comisiei, în condițiile punctului 15 din prezentul Regulament, raportul de evaluare complexă a beneficiarului.
37. Asistența medicală a beneficiarului este asigurată de către centrul medicilor de familie din localitatea unde este prestat Serviciul și de către instituțiile medico-sanitare publice, conform standardelor Ministerului Sănătății.

#### **Secțiunea a 6-a Drepturile și obligațiile beneficiarului**

38. Promovarea și respectarea drepturilor beneficiarilor Serviciului revine, în principal, managerului de caz și personalului Serviciului, autorităților administrației publice locale de nivelul întâi și al doilea în teritoriul cărora este plasat beneficiarul.
39. Beneficiarul Serviciului are dreptul:
- 1) de a fi informat asupra drepturilor și obligațiile sale în calitate de beneficiar al Serviciului și de a fi consultat la luarea tuturor deciziilor;

- 2) de a locui într-un mediu fizic accesibil și sigur, conform cu necesitățile sale de viață și asistență;
- 3) de a avea o locuință adaptată necesităților personale, în funcție de tipul dizabilității;
- 4) de a accesa toate spațiile și echipamentele comune din locuință;
- 5) de a decide și de a-și asuma riscurile în toate aspectele vieții sale, precum și de a-și exprima liber opțiunile;
- 6) de a gândi și de a acționa autonom, cu respectarea drepturilor celorlalți beneficiari, conform potențialului și dorințelor personale;
- 7) de a fi asistat și sprijinit de personalul Serviciului pentru dobândirea deprinderilor necesare unei vieți autonome și active;
- 8) de a primi asistență și suport din partea personalului Serviciului în integrarea sa socială și angajarea în câmpul muncii;
- 9) de a primi prestații de asigurări sociale și prestații de asistență socială, acordate în condițiile legii;
- 10) de a avea acces la datele, rapoartele și oricare alte informații care îl privesc, întocmite în procesul prestării Serviciului;
- 11) de a-i fi asigurată confidențialitatea datelor personale;
- 12) de a solicita încetarea plasamentului.

40. Beneficiarul Serviciului are următoarele obligații:

- 1) să comunice prestatorului de serviciu sau managerului de caz, în termen de 2 zile lucrătoare de la data la care i-au devenit cunoscute, orice circumstanțe care pot atrage modificarea, suspendarea sau încetarea dreptului său de a fi plasat în Serviciu;
- 2) să se prezinte, la solicitarea managerului de caz, la ședințele echipei multidisciplinare pentru întocmirea și revizuirea planului individualizat de asistență și să participe la elaborarea și revizuirea acestuia;
- 3) să colaboreze cu managerul de caz și specialiștii care se ocupă de recuperarea, reabilitarea, orientarea profesională și integrarea sa socială;
- 4) să respecte termenele acordului de colaborare semnat cu managerul de caz;
- 5) să îndeplinească obligațiile asumate prin contractul de locațiune sau de comodat al locuinței unde este plasat, după caz;
- 6) să depună eforturi pentru încadrarea în muncă, în condițiile legii, în raport cu pregătirea, posibilitățile sale fizice și psihice, pe baza recomandărilor managerului de caz;
- 7) să respecte prevederile regulamentului intern al locuinței în care este plasat.

#### **Secțiunea a 7-a**

##### **Revizuirea planului individualizat de asistență a beneficiarului**

41. Revizuirea planului individualizat de asistență prevede reevaluarea necesităților beneficiarului și este realizată de către managerul de caz, cu implicarea echipei multidisciplinare și a personalului angajat în serviciu, în următoarele termene:

- 1) după prima lună de plasament;
- 2) la trei luni de la plasament;
- 3) în funcție de necesitate, dar nu mai rar decât o dată în șase luni.

42. Planul individualizat de asistență a beneficiarului revizuit include concluziile sau recomandările rezultate în urma revizuirii acestuia, care se notifică în scris tuturor persoanelor interesate, inclusiv beneficiarului într-o formă accesibilă.

#### **Secțiunea a 8-a**

##### **Monitorizarea și evaluarea plasamentului beneficiarului**

43. Monitorizarea plasamentului în Serviciu este realizată prin vizite, în conformitate cu planul individualizat de asistență și la solicitarea beneficiarului.

44. Numărul minim de vizite obligatorii în locuință, din data plasamentului, este:

- 1) de două ori pe săptămână, pe parcursul primei luni;

- 2) săptămânal, în lunile a doua și a treia;
- 3) la două săptămâni, până la împlinirea a șase luni;
- 4) lunar, după șase luni.
45. În cadrul vizitei, managerul de caz are întreveneri individuale cu fiecare beneficiar, întocmind rapoarte, care se anexează la dosarele acestora.
46. Managerul de caz întreprinde acțiuni suplimentare de monitorizare, inclusiv în cazuri de abateri, urgență sau suspiciuni de violență față de beneficiar.
47. În cazul prestatorilor de Serviciu asociații obștești, asistentul social al acestora monitorizează și evaluează plasamentul beneficiarului conform prevederilor punctelor 43 și 44 din prezentul Regulament și raportează managerului de caz.
48. Supervizorul managerului de caz evaluează anual plasamentul beneficiarului în Serviciu în baza rapoartelor de monitorizare prezentate de managerul de caz și Standardelor minime de calitate ale Serviciului.
49. În baza rapoartelor de monitorizare a plasamentului supervizorul elaborează un raport anual de evaluare a procesului de integrare a beneficiarului în comunitate.
50. Raportul anual de evaluare menționat în punctul 49 este prezentat Comisiei și fundamentează concluzia privind corespunderea plasamentului cu Standardele minime de calitate ale Serviciului.
51. Raportul anual de evaluare conține recomandări cu privire la continuarea sau încetarea plasamentului, cu indicarea condițiilor corespunzătoare.
52. Orice concluzie sau recomandare rezultată în urma procesului de evaluare se notifică în scris beneficiarului și managerului de caz de către supervizorul acestuia.

## **Secțiunea a 9-a**

### **Suspendarea și încetarea plasamentului beneficiarului în Serviciu**

53. Decizia privind suspendarea sau încetarea plasamentului este de competența Comisiei, după examinarea raportului anual de evaluare a procesului de integrare a beneficiarului în comunitate sau a altei informații relevante privind plasamentul beneficiarului în Serviciu.
54. În cazul în care se constată că plasamentul este în detrimentul beneficiarului, Comisia revizuieste oportunitatea acestuia în baza prevederilor punctului 21 din prezentul Regulament.
55. Suspendarea sau încetarea plasamentului se face cu respectarea prevederilor contractului de locațiune sau de comodat, acordului de colaborare, Standardelor minime de calitate ale Serviciului.
56. Încetarea plasamentului în locuință sau în Serviciu se efectuează în temeiul deciziei Comisiei, conform următoarelor criterii:
  - 1) necesitățile specifice ale beneficiarului sau cerințele acestuia nu corespund specificului Serviciului sau acesta este respins de către ceilalți beneficiari din locuință;
  - 2) beneficiarul este declarat incapabil de către instanța de judecată;
  - 3) beneficiarul încalcă prevederile contractului de locațiune sau de comodat semnat cu prestatorul de serviciu sau ale acordului de colaborare semnat cu managerul de caz;
  - 4) beneficiarul încalcă sistematic prevederile regulamentului intern al locuinței, elaborat de către prestatorul de Serviciu și aprobat de către structura teritorială de asistență socială;
  - 5) beneficiarul nu mai îndeplinește cumulativ criteriile de admitere în Serviciu;
  - 6) există circumstanțe care ar putea afecta integritatea fizică sau psihică a unuia dintre beneficiarii Serviciului;
  - 7) beneficiarul solicită personal încetarea plasamentului.
57. Suspendarea plasamentului are loc în baza deciziei Comisiei, la solicitarea managerului de caz sau a beneficiarului, cu specificarea termenelor de suspendare. Comisia decide suspendarea plasamentului în caz de plecare a beneficiarului pentru o perioadă îndelungată, de limitare a capacității sau de declarare a incapacității beneficiarului de către instanța de judecată sau alte circumstanțe care exclud temporar plasarea în Serviciu.



## **Secțiunea a 10-a**

### **Managementul și personalul Serviciului**

58. Autoritatea administrației publice locale în teritoriul căreia este plasat beneficiarul monitorizează instituirea și funcționarea Serviciului, în conformitate cu atribuțiile și competențele acesteia.

59. Asistența și suportul beneficiarilor Serviciului sunt efectuate de către managerul de caz, lucrătorul social, alt personal specializat și resursele comunitare, după caz, în conformitate cu planul individualizat de asistență și Standardele minime de calitate ale Serviciului.

60. Pentru asigurarea activității Serviciului, prestatorul de serviciu angajează unități de lucrători sociali, în conformitate cu Standardele minime de calitate ale Serviciului.

61. Prestatorul de serviciu angajează personalul în baza contractului individual de muncă sau a contractului de prestări servicii, după caz.

62. Personalul Serviciului activează după un program ce corespunde cu planul individualizat de asistență al beneficiarului.

63. Structura teritorială de asistență socială efectuează supervizarea activității managerului de caz și a personalului Serviciului la intervale regulate de timp.

64. Structura teritorială de asistență socială are obligația de a promova, de a facilita și de a asigura programe de formare profesională inițială și continuă cu privire la asistența și suportul beneficiarilor plasați în Serviciu și legislația în domeniu, destinate managerilor de caz și personalului Serviciului.

65. Programele de formare profesională vor fi organizate în baza curriculumului unificat, aprobat de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei pentru dezvoltarea competențelor profesionale teoretice și practice și învățarea metodelor și tehnicilor noi de lucru cu beneficiarii Serviciului.

66. Personalul Serviciului are obligația de a avea o atitudine atentă în relațiile cu beneficiarul și îndatorirea de a-și exercita cu operativitate și eficiență atribuțiile stabilite prin fișa de post.

## **Secțiunea a 11-a**

### **Competențele personalului**

67. Comisia repartizează cazul beneficiarului unui manager de caz. Managerul de caz este responsabil de:

- 1) monitorizarea continuă a plasamentului beneficiarului în Serviciu, cu respectarea Standardelor minime de calitate ale Serviciului;
- 2) elaborarea și implementarea, conform prezentului Regulament, a planului individualizat de asistență al beneficiarului;
- 3) coordonarea și îndrumarea activității personalului Serviciului care realizează împreună asistența și suportul beneficiarului;
- 4) informarea beneficiarului privind drepturile acestuia și prevederile legale;
- 5) coordonarea activității cu supervisorul său în scopul luării deciziilor cu privire la intervențiile de lungă durată asupra cazului beneficiarului;
- 6) raportarea către supervisorul său și consiliu, după caz, a oricăror schimbări în situația beneficiarului, ce ar putea afecta îngrijirea și suportul acestuia;
- 7) completarea și prezentarea formularelor și a rapoartelor către structura teritorială de asistență socială privind rezultatele monitorizării plasamentului.

68. Lucrătorul social este responsabil de:

- 1) implementarea, conform prezentului Regulament, a planului individualizat de asistență al beneficiarului;
- 2) consilierea și informarea beneficiarului pentru a accesa și a valorifica resursele și facilitățile comunității;
- 3) îmbunătățirea relațiilor dintre beneficiarii plasați în aceeași locuință și relațiile acestora cu comunitatea;
- 4) acordarea sprijinului în rezolvarea unor situații de criză ale beneficiarilor;

- 5) sprijinirea beneficiarului pentru desfășurarea activităților de timp liber conform potențialului și preferințelor proprii;
- 6) cooperarea, după caz, cu asistentul social din cadrul asociației obștești care prestează Serviciul și alți specialiști în îngrijirea și suportul special al beneficiarului;
- 7) coordonarea activității sale cu managerul de caz, în scopul luării deciziilor cu privire la intervențiile de lungă durată asupra cazului beneficiarului;
- 8) raportarea către managerul de caz a oricăror schimbări în situația beneficiarului, ce ar putea afecta îngrijirea și suportul acestuia.

## **Secțiunea a 12-a**

### **Finanțarea Serviciului**

69. Sursele de finanțare a Serviciului sunt:

- 1) bugetele unităților administrativ-teritoriale de nivelul întâi și al doilea, bugetul central al unității teritoriale autonome Găgăuzia;
- 2) mijloace speciale;
- 3) alte surse, conform legislației.

70. Garantarea utilizării imobilului pentru Serviciu, în cazul plasării beneficiarului în locuința aflată în proprietatea unei persoane fizice, se efectuează în temeiul acordului de colaborare privind asigurarea cu locuință a beneficiarului Serviciului, semnat între persoana fizică și autoritatea administrației publice locale.

71. Beneficiarul plasat în Serviciu are dreptul la prestații de asigurări sociale și prestații de asistență socială acordate în conformitate cu prevederile legale.

72. Salarizarea personalului Serviciului se efectuează conform legislației, în baza devizului de cheltuieli al Serviciului, aprobat de către prestatorul Serviciului.

**Dosarul personal al beneficiarului Serviciului**

Dosarul personal al beneficiarului trebuie să conțină cel puțin următoarele acte:

- 1) copia de pe cererea personală de plasare în Serviciu;
- 2) copia de pe actul de identitate;
- 3) raportul de evaluare inițială;
- 4) raportul de evaluare complexă;
- 5) copia de pe certificatul de invaliditate;
- 6) extrasul din cartela medicală (copia);
- 7) planul individualizat de asistență ;
- 8) informații privind angajarea în câmpul muncii (după caz);
- 9) actul care confirmă lipsa locuinței sau necesitatea de îmbunătățire a condițiilor de trai, eliberat de organele cadastrale teritoriale sau de primărie;
- 10) lista anuităților sub formă de drepturi de asigurări sociale și drepturi de asistență socială, acordate în condițiile legii;
- 11) copia de pe contractul de locațiune sau de comodat încheiat cu prestatorul de Serviciu;
- 12) acordul de colaborare încheiat cu managerul de caz;
- 13) informații despre convingerile religioase, istoricul cultural și lingvistic;
- 14) rapoartele de reevaluare complexă și procesele-verbale ale ședințelor;
- 15) rapoartele de reexaminare a planului individualizat de asistență și procesele-verbale ale ședințelor;
- 16) recomandările managerului de caz și ale asistentului social din cadrul prestatorilor de serviciu, formulate în urma vizitelor.

### **Criteriile de admitere în Serviciu**

În procesul examinării cererilor solicitanților de plasare în Serviciu, Comisia va lua în considerare următoarele criterii de admitere:

- 1) prezența criteriilor stipulate la punctul 3 subpunctul 1) din prezentul Regulament;
- 2) posesia unor abilități elementare de independență ale beneficiarului, capacitatea acestuia de a efectua activități minime de autoîngrijire, probate printr-un raport de evaluare a comportamentului beneficiarului;
- 3) dorința și acordul beneficiarului de a fi plasat în comunitate;
- 4) cunoașterea de către prestatorul de serviciu și/sau asistentul social comunitar a cazului, inclusiv a relațiilor cu familia, rudele, a formelor de manifestare a dizabilității mintale;
- 5) lipsa locuinței sau necesitatea de îmbunătățire a condițiilor de trai;
- 6) capacitățile beneficiarului de a învăța și dorința acestuia de a depune efort pentru integrarea în comunitate;
- 7) starea de sănătate a beneficiarului, care să îi permită un trai independent și să nu pună în pericol integritatea altor beneficiari ai Serviciului;
- 8) compatibilitatea beneficiarilor care vor fi plasați într-o locuință;
- 9) compatibilitatea dizabilităților, dacă gradul și manifestarea dizabilității la beneficiarii plasați în aceeași locuință va permite dezvoltarea abilităților de trai independent;
- 10) compatibilitatea în funcție de gen, fără un acord prealabil al beneficiarilor și dovada relațiilor dintre aceștia; plasarea a doi beneficiari de sex opus într-o locuință protejată este posibilă în cazul în care aceștia sunt în relație de rudenie sau sunt căsătoriți;
- 11) relația cu familia biologică, situația în familia biologică a beneficiarului.

## **Capitolul I. Dispoziții generale**

1. În sensul prezentelor Standarde minime de calitate pentru Serviciul social „Locuință protejată” (în continuare – Serviciu) sunt utilizate următoarele noțiuni:  
1) *Standarde minime de calitate pentru Serviciu* – norme obligatorii a căror aplicare garantează un minim de calitate a serviciilor în domeniu (în continuare – Standarde minime de calitate);  
2) *manualul operațional al Serviciului* – ghid aprobat de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, care conține proceduri, instrumente de lucru și modele de documente cu menirea de a ajuta managerul de caz, specialiștii în domeniu și prestatorul de servicii să implementeze eficient Serviciul.

## **Capitolul II. Accesul la Serviciu Informarea – standardul 1**

2. Prestatorul de serviciu desfășoară activitatea de informare și de promovare a Serviciului, inclusiv în forme accesibile persoanelor cu dizabilități mintale, în funcție de nivelul de înțelegere al acestora.

3. Prestatorul de serviciu:

- 1) pune la dispoziția populației, în condițiile legii, materiale informative (materiale tipărite, înregistrări audio-video etc.) privind specificul Serviciului;
- 2) asigură prezența în materialele informative a datelor accesibile, actualizate cu referire la scopul și principiile de prestare a Serviciului, stabilirea condițiilor de eligibilitate a persoanelor care solicită plasarea în Serviciu, condițiile de locuit (individuale și spații comune), calificarea personalului Serviciului, precum și termenii-cheie ai contractului de locațiune sau de comodat având ca obiect locuința acordată în folosință, ai acordului de colaborare cu managerul de caz și ai procedurii de soluționare a plângerilor;
- 3) organizează întâlniri cu alte servicii sociale, de educație, de sănătate, reprezentanți ai autorităților publice locale, asociații obștești, în vederea informării cu privire la activitatea Serviciului, beneficiile oferite, criteriile de funcționare a serviciilor, tipologia beneficiarilor pentru care este destinat Serviciul etc.

## **Evaluarea necesităților solicitanților de Serviciu – standardul 2**

4. Plasamentul în Serviciu este realizat după evaluarea inițială și evaluarea complexă a solicitantului și are drept scop asigurarea unei asistențe adecvate în funcție de necesitățile acestuia.

5. Asistentul social comunitar care activează în teritoriul primăriei în a cărei rază teritorială se află domiciliul, locul de trai sau locul de aflare al solicitantului, în colaborare cu instituția sau familia în care se află acesta și specialiștii în domeniu, efectuează o evaluare inițială a fiecărui solicitant și întocmește un raport de evaluare inițială.

6. În cazurile în care se stabilește necesitatea plasării solicitantului în Serviciu, în baza cererii acestuia înregistrată la consiliu, asistentul social comunitar va efectua evaluarea complexă a solicitantului.

7. Evaluarea complexă se efectuează în colaborare cu specialiști în domeniu din cadrul echipei multidisciplinare (psiholog, psihiatru sau nursă psihiatrică, lucrător social etc.), cu participarea obligatorie a solicitantului și a celor care îl îngrijesc (dacă solicitantul dorește acest lucru). Aceasta implică vizite la domiciliu și ședințe ale specialiștilor în domeniu, comune sau separate de solicitant.

8. Raportul de evaluare complexă a solicitantului include descrierea următoarelor: capacitatea de gradul de autoîngrijire, autonomie personală, starea generală de sănătate, greutatea, regimul alimentar (inclusiv preferințele alimentare), văzul, auzul, comunicarea, limbajul, locomoția, mobilitatea generală, medicația curentă, sănătatea mintală și dezvoltarea cognitivă, preocupările, necesitățile culturale, siguranța personală, posibilele riscuri pentru solicitant, relațiile cu familia și alte contacte sociale, situația locativă, veniturile disponibile pe parcursul a cel puțin un an, dependența de substanțe nocive (droguri, alcool, tutun etc.), angajarea în câmpul muncii și

posibilitățile de încadrare în muncă, compatibilitatea cu locatarii din locuința unde va fi plasat, alte date relevante despre solicitant.

9. Managerul de caz asigură reevaluarea complexă a beneficiarului pentru revizuirea planului individualizat de asistență atunci când apar modificări semnificative ale stării lui psihofizice ori sociale, precum și la încetarea plasamentului în Serviciu.

10. Rapoartele de evaluare/reevaluare complexă sunt anexate la dosarul solicitantului/beneficiarului. Datele sunt păstrate în regim de confidențialitate, conform prevederilor legale.

11. Solicitantul/beneficiarul are acces la raportul de evaluare inițială, precum și la raportul de evaluare complexă a acestuia.

### **Capitolul III. Plasamentul în Serviciu; Examinarea condițiilor de viață și de asistență în Serviciu – *standardul 3***

12. Solicitanții Serviciului și beneficiarii acestuia au dreptul să viziteze locuința anterior plasamentului și să beneficieze de plasament de probă, ca să testeze compatibilitatea plasamentului său în locuință, care se realizează cu consimțământul liber al tuturor beneficiarilor din locuință.

13. Solicitanții Serviciului și beneficiarii admiși în Serviciu pot să viziteze locuința o jumătate de zi (cel puțin) pentru: a-i cunoaște pe ceilalți beneficiari, a se întâlni cu managerul de caz și personalul, a vedea camera pe care o vor ocupa și a-l cunoaște (dacă este cazul) pe cel cu care va împărți camera de dormit, a lua masa în locuință.

14. Noul beneficiar are dreptul la maximum două luni de plasament de probă, pentru a se stabili compatibilitatea sa cu stilul de viață din locuință și cu ceilalți beneficiari plasați; noul venit și ceilalți beneficiari din locuință sunt consultați pentru definitivarea deciziei la sfârșitul perioadei de probă.

15. Managerul de caz va preciza în scris supervizorului său și beneficiarului motivele schimbării plasamentului sau ale respingerii din locuință ori Serviciu, precum și modul de contestare a deciziei de către beneficiar.

### **Pregătirea beneficiarilor pentru plasament – *standardul 4***

16. În urma deciziei de plasament în Serviciu, fiecare beneficiar, în funcție de necesitățile individuale, are dreptul, în perioada de probă, la asistență și sprijin individual intens, pentru dezvoltarea abilităților necesare pregătirii pentru o viață independentă.

17. În funcție de necesitățile beneficiarului plasat în Serviciu, acesta este asistat în perioada de probă într-un mod intens și sprijinit individual pentru dezvoltarea abilităților de trai independent. Perioada de asistență intensă este stabilită de managerul de caz în baza evaluării complexe a necesităților beneficiarului.

18. Prestatorul de serviciu, în comun cu asistentul social comunitar și personalul angajat în Serviciu, oferă o perioadă de asistență, îngrijire intensivă pentru reabilitarea și dezvoltarea abilităților de trai independent ale beneficiarului.

19. Perioada de pregătire pentru plasament se desfășoară în mod obligatoriu în baza unui plan individualizat de asistență și include activități educative, instructive și terapeutice destinate dezvoltării independenței beneficiarului.

### **Planul Individualizat de Asistență – *standardul 5***

20. Serviciul asigură o planificare individualizată a serviciilor pentru fiecare beneficiar prin elaborarea și implementarea unui plan individualizat de asistență.

21. Planul individualizat de asistență se elaborează în baza evaluării inițiale și evaluării/reevaluării complexe a cazului beneficiarului.

22. La elaborarea planului individualizat de asistență participă echipa multidisciplinară (psiholog, asistent social etc.). Procesul de elaborare a planului individualizat de asistență implică vizite la domiciliu și ședințe ale specialiștilor în domeniu, comune sau separate de

beneficiar.

23. Planul individualizat de asistență stabilește obiectivele ce trebuie atinse în perioada plasamentului, factorii care determină vulnerabilitatea beneficiarului și care trebuie înlăturați, acțiunile ce trebuie întreprinse și în ce interval de timp, serviciile asigurate beneficiarului pe perioada plasamentului în Serviciu, precum și persoanele implicate în realizarea planului individualizat de asistență.

24. Planul individualizat de asistență specifică, de asemenea, condițiile în care se va efectua încetarea sau suspendarea plasamentului în Serviciu, individual pentru fiecare beneficiar.

25. Responsabilitatea coordonării serviciilor incluse în planul individualizat de asistență revine unui manager de caz, angajat de către autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi sau al doilea, după caz.

26. În cazul în care beneficiarul necesită și alte servicii decât cele pe care le poate asigura Serviciul, acestea pot fi acordate de alți prestatori de servicii sau instituții din comunitate și vor fi incluse în planului individualizat de asistență.

27. Planul individualizat de asistență este semnat de managerul de caz responsabil și de beneficiar. Planul individualizat de asistență constituie baza acordului de colaborare semnat între aceștia.

28. Acordul de colaborare determină în scris obiectivele stabilite de managerul de caz în cadrul planului individualizat de asistență, obligațiile beneficiarului și managerului de caz privind implementarea planului individualizat de asistență și durata implementării acordului.

29. Managerul de caz este responsabil de monitorizarea implementării planului individualizat de asistență al beneficiarului plasat în Serviciu.

#### **Contractul de locațiune sau de comodat – *standardul 6***

30. Contractul de locațiune sau de comodat stabilește termenele în care se efectuează transmiterea de către prestatorul de serviciu a folosinței locuinței către beneficiar.

31. Fiecare beneficiar semnează un contract în baza căruia i se asigură folosința locuinței în coabitare cu alți beneficiari ai Serviciului.

32. Contractul specifică obligațiile părților, locuința ce urmează a fi ocupată (adresa), camera ce urmează a fi ocupată, termenele și condițiile ocupării, inclusiv perioada de ocupare, condițiile de încetare a folosinței locuinței, facilitățile și serviciile de sprijin asigurate de prestatorul de servicii, regulile care se respectă în locuință, răspunderea în cazul încălcării condițiilor contractului și condițiile de reziliere a acestuia.

33. Beneficiarul suportă, în sume egale cu ceilalți beneficiari din locuință, cheltuielile necesare folosinței locuinței în care este plasat, inclusiv cheltuielile pentru serviciile comunale, în conformitate cu prevederile contractului.

34. Contractul este scris într-o formă accesibilă beneficiarului și explicat acestuia într-un mod cât mai clar. La încheierea contractului beneficiarul este asistat de managerul de caz și de familie sau prieteni (dacă dorește acest lucru).

35. Managerul de caz supraveghează concordanța termenelor contractului cu specificul Serviciului, ținând cont de toate circumstanțele cazului acestuia, prevederile Regulamentului Serviciului și prezentelor Standarde minime de calitate.

36. Contractul poate fi prelungit ori modificat, sub supravegherea managerului de caz, în concordanță cu schimbările intervenite în cazul beneficiarului.

37. Un exemplar al contractului de locațiune sau de comodat se înmânează beneficiarului, iar copia se anexează la dosarul personal.

#### **Regulamentul intern al locuinței – *standardul 7***

38. Serviciul sprijină beneficiarii pentru ca aceștia să-și stabilească prin consens și să respecte reguli comune de comportament și organizare a traiului în locuință.

39. Managerul de caz asigură beneficiarilor sprijin pentru a stabili și respecta reguli scrise sau nescrise de comportament și organizare a traiului în comun în locuința pe care aceștia o ocupă.

40. Regulile comune se referă la accesul la locuință, păstrarea igienei și curățeniei, organizarea activităților gospodărești, acoperirea cheltuielilor de folosință a locuinței, plata cheltuielilor pentru servicii comunale, vizitele unor persoane din afara locuinței, relațiile cu personalul Serviciului, cu vecinii, restricțiile privind fumatul, consumul de băuturi alcoolice, utilizarea drogurilor și alte elemente ale vieții personale, de coabitare și trai în comunitate.

#### **Condițiile de locuit ale beneficiarului – *standardul 8***

41. Condițiile generale de locuit corespund scopului și obiectivelor Serviciului și asigură beneficiarilor un mediu sigur, accesibil și confortabil.

42. Locuința poate funcționa într-o casă sau într-un apartament din bloc. Locuința este amplasată în comunitate astfel încât să permită accesul beneficiarului la toate resursele și facilitățile acesteia.

43. Locuința dispune de dormitoare pentru beneficiari, cameră de zi, bucătărie și spații igienico-sanitare.

44. Prestatorul de servicii asigură spațiile din locuință cu mobilierul și decorul minim necesar, care să corespundă necesităților evaluate ale beneficiarilor locatari, să prezinte siguranță în utilizare și să fie accesibile acestora. Locuința are un aparat telefonic în funcție, accesibil tuturor beneficiarilor din locuință. Spațiile din locuință și cele exterioare sunt adecvat iluminate.

45. Fiecare beneficiar dispune de un spațiu locativ care include dormitorul și spații comune din locuință. Fiecare beneficiar are un spațiu locativ total de minimum 9 m<sup>2</sup> și peste norma de 10 m<sup>2</sup> în cazul beneficiarilor care utilizează permanent un scaun cu roțile. Suprafața camerei de zi și a bucătăriei corespunde numărului și necesităților beneficiarilor.

46. Într-o locuință pot fi plasați minimum doi și maximum șase beneficiari, cu condiția respectării spațiului locativ minim pentru fiecare beneficiar.

47. Beneficiarii care utilizează permanent un scaun cu roțile sunt plasați în locuințe la parter.

48. Bucătăria și spațiile igienico-sanitare dispun de instalații și echipamente minime necesare utilizării lor conform destinației.

49. Beneficiarul are acces liber la spațiile din locuință, cu respectarea drepturilor celorlalți beneficiari, conform Regulamentului intern al locuinței.

50. Într-o locuință sunt plasate persoane de același sex, în baza consimțământului reciproc al acestora. Doi beneficiari de sex diferit pot ocupa împreună o cameră dacă sunt căsătoriți sau au o relație de rudenie ori de familie.

51. Doi beneficiari pot ocupa împreună o cameră, cu acordul scris al acestora, după evaluarea compatibilităților și a riscurilor coabitării.

52. Responsabilitatea menținerii curățeniei și igienei locuinței revine beneficiarilor din locuință.

53. Personalul angajat în Serviciu supraveghează menținerea curățeniei și igienei în locuință și, dacă este cazul, formulează recomandări beneficiarilor și îi ajută în activitățile de gospodărire în cazul în care acesta necesită suport.

54. Fiecare beneficiar deține cheia locuinței și are acces permanent în locuință (cu respectarea condițiilor stabilite prin contractul de locațiune sau de comodat și Regulamentul intern). Managerul de caz deține o cheie de rezervă, pentru cazuri de forță majoră.

55. Beneficiarii își pot aduce obiecte personale în locuință și pot amenaja camera proprie și celelalte spații din locuință conform preferințelor.

#### **Asistența și suportul pentru o viață independentă – *standardul 9***

56. Beneficiarii sunt sprijiniți de personalul Serviciului pentru a duce o viață pe cât posibil independentă în comunitate, în conformitate cu planul individualizat de asistență, necesitățile, interesele și preferințele acestora.

57. Beneficiarul este asigurat de personalul Serviciului cu sprijin pentru un trai independent în comunitate, în conformitate cu planul individualizat de asistență, în funcție de necesitățile acestuia.



58. Prestatorul de serviciu este responsabil pentru asigurarea unui trai decent al beneficiarului plasat în Serviciu. În acest scop, prestatorul de serviciu, în baza evaluării veniturilor lunare ale beneficiarului, stabilește și îi acordă acestuia, în limita mijloacelor disponibile, o alocație lunară destinată procurării obiectelor de uz personal și întreținerii sale.

59. Serviciile sociale sau medicale suplimentare prevăzute în planul individualizat de asistență, care nu sunt accesibile gratuit în comunitate, sunt contractate în limita resurselor disponibile de consiliul local în teritoriul căruia este plasat beneficiarul, la recomandarea managerului de caz.

#### **Înregistrarea și păstrarea datelor – *standardul 10***

60. Prestatorul de serviciu aplică politici și proceduri scrise de înregistrare, utilizare și păstrare a datelor aferente procesului de furnizare a serviciilor.

61. Înregistrarea și arhivarea datelor se efectuează cu promptitudine, în conformitate cu prevederile legale, normele metodologice stabilite și Manualul operațional al Serviciului.

62. Dosarul personal al beneficiarului, cu informațiile și documentele specificate în anexa nr.1 la Regulamentul privind organizarea și funcționarea serviciului social „Locuință protejată” se păstrează în regim de confidențialitate de către prestatorul de serviciu. Beneficiarilor li se asigură acces necondiționat la datele care îi privesc.

63. În situații speciale, când este necesar acordul scris al beneficiarului pentru furnizarea unor informații personale, prestatorul de serviciu aplică proceduri scrise privind utilizarea sau eliberarea unor documente conținând datele beneficiarilor.

64. Prestatorul de serviciu arhivează datele în dosare și le păstrează în condiții de securitate, le actualizează și le utilizează în conformitate cu prevederile legale.

#### **Încetarea și suspendarea plasamentului – *standardul 11***

65. Serviciul deține și aplică o procedură privind încetarea și suspendarea plasamentului beneficiarului în locuință sau în Serviciu atunci când acesta este în detrimentul beneficiarului sau al celorlalți beneficiari din locuință.

66. Încetarea sau suspendarea plasamentului în Serviciu se efectuează în temeiul deciziei Comisiei, cu respectarea condițiilor stabilite în acordul de colaborare semnat cu managerul de caz, contractul de locațiune sau de comodat, semnat cu beneficiarul, și Regulamentul intern al locuinței.

67. Condițiile de încetare sau de suspendare a plasamentului în locuință sau în Serviciu sunt aduse la cunoștința beneficiarului într-un mod accesibil pentru acesta.

68. Încetarea plasamentului beneficiarului în locuință se va face în mod obligatoriu în situația în care plasamentul lui afectează traiul celorlalți beneficiari, al vecinilor sau pune în pericol locuința.

69. Managerul de caz anunță poliția atunci când plasamentul beneficiarului în locuință sau în Serviciu a încetat din cauza unor comportamente antisociale ale beneficiarului.

70. În caz de deces al beneficiarului, managerul de caz și consiliul îndeplinesc formalitățile necesare, cu respectarea, pe cât posibil, a dorințelor, tradițiilor etnice, religioase, culturale ale beneficiarului.

71. Informația privind încetarea plasamentului se arhivează în dosarul beneficiarului, în regim de confidențialitate.

#### **Capitolul IV. Monitorizarea și evaluarea plasamentului - *standardul 12***

72. Serviciul dispune de o procedură eficientă de monitorizare și evaluare a plasamentului.

73. Managerul de caz monitorizează plasamentul beneficiarului prin vizite în locuința acestuia.

74. În timpul vizitelor sunt colectate următoarele informații:

- 1) starea sănătății, integritatea fizică și psihică a beneficiarului;
- 2) implementarea planului individualizat de asistență;
- 3) progresele înregistrate de beneficiar pe perioada plasamentului;
- 4) opinia beneficiarului cu privire la plasament;

- 5) armonizarea traiului beneficiarului cu cel al celorlalți beneficiari ai locuinței;
- 6) satisfacerea cerințelor beneficiarului stabilite în baza evaluării complexe a necesităților acestuia.
75. În urma fiecărei vizite de monitorizare, managerul de caz elaborează un raport de monitorizare.
76. Raportul de monitorizare include constatările și recomandările privind implementarea planului individualizat de asistență, inclusiv necesitatea revizuirii acestuia și oportunitatea continuării plasamentului.
77. Managerul de caz transmite supervisorului său rapoartele de monitorizare întocmite.
78. În cadrul evaluării procesului de integrare a beneficiarului în comunitate supervisorul managerului de caz:
- 1) efectuează investigații și colectează informația necesară pentru a stabili dacă plasamentul beneficiarului continuă să corespundă criteriilor, termenelor și condițiilor stabilite de Comisie;
  - 2) solicită informații, rapoarte de monitorizare și alte documente necesare de la managerul de caz și specialiștii care dețin informații referitor la desfășurarea plasamentului;
  - 3) solicită și ia în considerare opinia beneficiarului privind situația acestuia în Serviciu și în comunitate.

#### **Capitolul V. Resurse umane; Angajarea personalului – *standardul 13***

79. Serviciul dispune de o structură și de state de personal în concordanță cu misiunea și obiectivele sale.
80. Resursele umane corespund cerințelor pentru desfășurarea eficientă a procesului de prestare a Serviciului.
81. Structura de personal a Serviciului include lucrătorul social și alt personal specializat, după caz, în conformitate cu planul individualizat de asistență al beneficiarului.
82. Numărul personalului se stabilește și se revizuieste periodic de prestatorul de serviciu, pentru a răspunde dinamicii cerințelor beneficiarilor.
83. Personalul Serviciului activează după un program în corespundere cu planul individualizat de asistență al beneficiarului.
84. Pentru fiecare poziție de personal există o fișă a postului, în care sunt prevăzute rolul și responsabilitățile angajatului (calificare, experiență, abilități profesionale, calități morale etc.).
85. Fișele postului sunt corelate cu scopul și obiectivele Serviciului.
86. Fiecare angajat are calificarea, competența, experiența și calitățile solicitate de fișa postului.
87. Fiecare angajat are obligația de a cunoaște și de a respecta prevederile fișei postului pe care îl ocupă.

#### **Instruirea personalului – *standardul 14***

88. Beneficiarii Serviciului sunt deserviți de un personal care se perfecționează permanent din punct de vedere profesional.
89. Angajații Serviciului participă la cursuri de instruire, pentru a dobândi abilitățile și cunoștințele necesare, în scopul oferirii serviciilor de calitate și sporirii nivelului lor de competențe profesionale.
90. Structura teritorială de asistență socială:
- 1) planifică instruirea profesională inițială și continuă a personalului Serviciului, în baza curriculumului unificat, aprobat de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei în conformitate cu obiectivele și standardele Serviciului;
  - 2) identifică oportunitățile de perfecționare a personalului Serviciului în vederea creșterii competențelor profesionale ale acestora;
  - 3) elaborează periodic propuneri privind programele de instruire a asistenților sociali comunitari și specialiștilor Serviciului, conform necesităților de instruire identificate, politicilor, bunelor practici și studiilor în domeniu;
  - 4) ține evidența instruirilor de care a beneficiat personalul Serviciului.

**Anexa nr.5**  
**decizia Nr.15/52, Decembrie, 2010**  
**a Consiliului Municipal Bălți**

**REGULAMENT**  
**privind organizarea și funcționarea**  
**Centrului de Sănătate Mintală „Somato”**

**Capitolul I**  
**Dispoziții generale**

1. Prezentul Regulament este elaborat în temeiul Legii privind sănătatea mintală nr.1402-XIII din 16 decembrie 1997 cu modificările ulterioare, Politicii Naționale de Sănătate (HG RM nr. 886 din 06.08.2007 ), Legii despre Asistenta Sociala nr. 547 din 25.12.2003, Programului național de sănătate mintală pentru anii 2007-2011 (HG RM nr. 353 din 30 martie 2007), Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Locuință protejată” (HG a RM nr.711 din 9 august 2010) și a standardelor minime de calitate altor acte normative aferente și are drept obiectiv asigurarea continuității îngrijirilor în comunitate a pacienților cu afecțiuni mintale.

2. Centrul de Sănătate Mintală „Somato” (în continuare Centrul) reprezintă o instituție publică de profil medico-social, fondatorul căruia este Primăria mun. Bălți, care oferă servicii de reabilitare medico-psihosocială și incluziune socială atât pentru persoanelor cu probleme de sănătate mintală, cât și familiilor și rudelor lor. Centrul răspunde necesităților reale de îngrijire specifice ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală, furnizând asistență medico-psihosocială în scopul oferirii beneficiului public.

3. Centrul își organizează activitatea în conformitate cu principiul respectării drepturilor omului și demnității umane, responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mintală la orice moment, continuității și flexibilității îngrijirilor întru adaptarea și integrarea socială a persoanelor cu deficiențe mintale în conformitate cu necesitățile reale adaptate ale populației teritoriului pe care o deservește.

4. Centrul se călăuzește în activitatea sa de Constituția Republicii Moldova, decretele Președintelui Republicii Moldova, legile și hotărârile Parlamentului, tratatele internaționale, la care Republica Moldova este parte, hotărârile Guvernului Republicii Moldova, de alte acte normative, precum și de prezentul Regulament.

5. Adresa juridică a Centrului este: str. Șevcenko, 23<sup>a</sup>, mun. Bălți, Republica Moldova.

**Capitolul II**  
**Scopul, obiectivele și atribuțiile Centrului**

6. Scopul principal al activității Centrului este ameliorarea stării sănătății mintale a populației și crearea premiselor benefice de reabilitare și integrare socio-familială a persoanelor afectate de maladii mintale.

7. Obiectivele Centrului sunt:

- g. Reabilitarea medico-psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- h. Prevenirea instituționalizării, dezinstituționalizarea și incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- i. Sporirea accesului populației generale la asistența medico-socială în cazul problemelor de sănătate mintală conform principiului multidisciplinarității și integrității serviciilor prestate, în special a celor în situații de risc sporit și deosebit de vulnerabili.

- j. Crearea unor servicii complexe orientate spre incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și asigurarea continuității serviciilor de sănătate mintală în comunitate.
- k. Asigurarea suportului consultativ – metodic și informațional în sănătatea mintală prin sporirea nivelului de cunoștințe, formarea atitudinilor și practicilor sigure la populația teritoriului arondat ce țin de propria lor sănătate și dezvoltare.
- l. Implicarea nemijlocită a comunității în reabilitarea psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală, precum și în prevenirea și promovarea sănătății mintale în societate.

8. Obiectivele specifice ale Centrului sunt:

- a. Crearea condițiilor favorabile pentru dezvoltarea psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și sporirea gradului de adaptare a lor în societate.
- b. Reabilitarea medico-psiho-socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- c. Menținerea și îmbunătățirea sănătății persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- d. Stimularea procesului de (re)socializare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală, precum și (re)integrarea lor în mediul familial.
- e. Oferirea serviciilor de consultanță psihiatrică, psihologică pentru beneficiari și pentru familii;
- f. Organizarea serviciilor prestate de către Centru prin intermediul echipei comunitare multidisciplinare;
- g. Dezvoltarea abilităților primare, de autodeservire și educaționale a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- h. Oferirea serviciilor psiho-terapeutice pentru beneficiari și pentru familii;
- i. Oferirea unei alimentații adecvate persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- j. Oferirea unui plasament temporar persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- k. Oferirea de tratament de susținere respectiv maladiei;
- l. Implicarea beneficiarilor și rudelor în procesul de activitate a Centrului;
- m. Oferirea asistenței la domiciliu prin intermediul echipei mobile;
- n. Oferirea asistenței locative prin intermediul locuințelor protejate.
- o. Sporirea nivelului de conștientizare a beneficiarilor, familiei lor și comunității asupra importanței menținerii persoanei cu necesități speciale în familie și în comunitate.
- p. Promovarea sănătății mintale prin intermediul editării materialelor promoționale și organizării diferitor măsuri de psihoigienă și psihoprofilactică;

9. Întru realizarea scopului și obiectivelor propuse Centrul are următoarele atribuții:

- a. detectează și soluționează problemele de sănătate mintală legate de toate tipurile de dereglări psihice la populația arondată centrului.
- b. oferă persoanelor cu probleme de sănătate mintală medicație psihotropă și intervenții psihoterapeutice în conformitate cu recomandările de specialitate, protocoalele clinice aprobate de Ministerul Sănătății și a ghidurilor de bună practică.
- c. oferă servicii de reabilitare, asistență la domiciliu, asistență locativă și prin intermediul programelor de reabilitare psiho-socială
- d. direcționează la consultația specialiștilor de alt profil la necesitate.
- e. asigură colaborarea cu alte sectoare necesare pacienților cu tulburări mintale cum ar fi medicina legală, ateliere protejate, comisiile de expertiză a capacității de muncă, sectoare de ajutor social, învățământ, alte sectoare ale sănătății.

10. Centrul își desfășoară activitatea pe baza următoarelor principii:

- a) respectarea interesului superior al beneficiarului;
- b) confidențialitate;
- c) respectarea opiniei beneficiarului;

- d) non-discriminare;
- e) interdisciplinitate și multidisciplinitate;
- f) flexibilitate;
- g) accesibilitate la servicii de calitate;
- h) transparența informației;
- i) promovarea cunoștințelor despre sănătatea mintală;
- j) susținerea familiei beneficiarului;
- k) respectarea drepturilor omului.

### **Capitolul III**

#### **Organizarea și funcționarea Centrului**

11. Serviciile prestate în centru sunt oferite prin metodologia Managementului de caz (MC), și Terapiei Comunitare Afirmative (TCA);

11.1 Elementele managementului de caz sunt următoarele:

a. *Evaluarea inițială* a persoanei cu dizabilități se referă la investigarea prin metode specifice a situației în care se află ea la momentul dat. Evaluarea inițială a potențialului beneficiar este destinată măsurării gradului în care acesta poate primi serviciile și aprecierea cazului la debut.

La această etapă se realizează următoarele acțiuni obligatorii:

- identificare, inventariere, clasificare, diagnosticare;
- stabilirea nivelului de performanțe actual al persoanei;
- stabilirea încadrării educaționale;
- stabilirea parametrilor programului individualizat de intervenție.

Evaluarea inițială reprezintă un proces de evaluare multidisciplinară în care intervin mai mulți profesioniști, de formație diferită, în funcție de complexitatea cazului avut în vedere.

Evaluarea presupune colectarea de informații, interpretarea de date în scopul orientării deciziei și acțiunii educaționale. Ca urmare, demersul evaluativ nu se rezumă la o activitate de constatare, ci de investigare a potențialului de dezvoltare și învățare a persoanei cu dizabilități. Probele de evaluare nu au ca obiectiv evidențierea deficiențelor și a blocajelor pe care le are persoana în dezvoltare, ci determinarea abilităților și disponibilităților imediate pentru dezvoltare care ar facilita integrarea ei socială. Evaluarea stabilește elementele pozitive din dezvoltarea unei persoane, care vor constitui punctul de plecare în activitatea de recuperare.

Evaluarea inițială se realizează prin următoarele modalități:

- *formală* (teste, probe) – subiectul deficient este foarte receptiv dacă probele respective au o componentă ludică sau dacă sunt aplicate sub forma unor jocuri.
- *Informală* (observația, analiza produselor activității, analiza de sarcini, inventarele de abilități, chestionare, interviuri, etc.). Informațiile culese prin intermediul acestor metode oferă o adevărată „hartă” a evoluției unei persoane și a comportamentelor sale în domeniul fundamentale.

Datele obținute în procesul evaluării inițiale vor fi accesibile pentru toți membrii echipei, astfel, fiind determinat modelul explicativ pentru planificarea ulterioară a intervenției.

b. *Identificarea resurselor* - evaluarea inițială a situației persoanei cu dizabilități ajută la identificarea resurselor pe care acesta le deține sau le poate mobiliza pentru obținerea rezultatelor dorite. În categoria acestor resurse intră atât cele personale (relaționale, simbolice, etc.), cât și cele care pot fi mobilizate din apropierea lui (ale fraților, surorilor, rudelor, colegilor, etc.) Chiar dacă beneficiarul este dependent de îngrijire, cu siguranță, pot fi descoperite resurse proprii care fiind valorificate, practicate social pot conduce la schimbarea situației în care se află acesta.

c. Elaborarea *planului individualizat de intervenție* anticipează realizarea intervenției proprii zise. Componentele principale ale unui astfel de plan include:

- problemele în dezvoltarea fizică și psihică, cognitivă, de comunicare, socială, emoțională, vocațională, de adaptare, etc.;
- obiectivele intervenției;

- activitățile specifice de intervenție la domiciliu adaptate la necesitățile unice ale beneficiarului și familiei, inclusiv intensitatea, frecvența, metodele;
- rezultatele cele mai importante așteptate;
- data inițierii serviciilor și durata presupusă;
- identificarea managerului de caz, specialiștilor necesari pentru implementarea planului individual de intervenție.

La procesul de elaborare a planului participă specialiștii din echipa multidisciplinară, beneficiarul sau a unui membru al familiei beneficiarului. Un moment important la această etapă este implicarea părinților, a unor membri din familia lărgită disponibili pentru asistarea persoanei în obținerea unor rezultate care presupun activități orientate spre obținerea acestor rezultate: determinarea părinților, dar și altor persoane implicate în asistență să conștientizeze nevoile persoanelor evaluate, să coopereze la stabilirea și practicarea modalităților de satisfacere a lor, participarea la training-uri, seminare care ar spori gradul de informare pentru sprijinul acordat acestora în procesul educațional, inițierea unor acțiuni de apărare a drepturilor acestora.

Concomitent se duce lucrul de încadrare a persoanei în diverse instruiți, în câmpul de muncă, alte instituții din comunitate (în dependență de caz) și monitorizarea lui în aceste instituții.

Planul individualizat de intervenție este un proces și nu un rezultat final al activității specialiștilor implicați în modificarea situației beneficiarului. El nu trebuie să reprezinte un scop în sine, un argument al activității profesionale realizate, ci o dovadă a modului de lucru și a rezultatelor obținute în cadrul procesului de intervenție.

Planul de intervenție pune în relație așteptările celor care sunt implicați și acțiunile ce trebuie realizate într-o anumită perioadă de timp delimitată pentru atingerea rezultatelor dorite. Participarea beneficiarului, a familiei acestuia /reprezentatului legal, etc. reprezintă un mod de elaborare și acceptare a acestuia de către părțile implicate.

În plan sunt menționate obiectivele intervenției. Elaborarea obiectivelor este etapa în care, pe baza analizei situației finale se stabilesc coordonatele situației finale în care dorește a ajunge beneficiarul după finalizarea intervenției. Una dintre consecințele importante ale elaborării obiectivelor este orientarea intervenției planificate la nivelul beneficiarului.

În afară de obiective în plan se indică rezultatele așteptate, acțiunile care trebuie întreprinse. Pentru ca aceste aspecte să fie înțelese de toți cei implicați e necesar ca ele să fie exprimate într-un limbaj comun, pentru a nu crea confuzii, îndoieli, etc.

d. *Realizarea intervenției* - intervenția propriu zisă este punerea în practică a planului individualizat de intervenție elaborat, care urmărește obținerea unor rezultate stabile și măsurabile prin desfășurarea activităților de către specialiștii echipei multidisciplinare.

Domeniul intervenției este deosebit de divers, iar intervenția individualizată se realizează în funcție de caracteristicile situației în care se află beneficiarul și de specialistul serviciilor oferite. În această etapă sunt aplicate un șir de tehnici stabilite în cadrul planului individualizat de intervenție, printre care putem enumera o listă din care pot fi extrase doar cele vizate de caracteristicile cazului respectiv: consiliere, terapie individuală și de grup, educația și instruirea, vizitele la domiciliul beneficiarului, discuțiile cu familia lărgită, etc.

Pentru fiecare dintre modalitățile de intervenție utilizate sunt elaborate instrumente de lucru și de monitorizare a intervenției.

Orice program de intervenție este elaborat de profesioniști, axat pe dizabilitatea concretă, și pe activitatea de informare / pregătire / motivare a părinților sau beneficiarului, în direcția acceptării situației ca atare și implicării active în rezolvarea ei.

Caracteristicile realizării unui program de intervenție eficient sunt:

- Programul este elaborat în baza priorităților beneficiarului;
- Folosirea unui stil de comunicare flexibil și binevoitor;
- Instrucțiunile și recomandările sunt prezentate la dorința părinților sau beneficiarului, folosind așa materiale ca cărți și materiale din diferite surse, explicații în scris, instrucțiuni verbale și situaționale;

- Activitățile și exercițiile sugerate vor fi cât mai apropiate vieții cotidiene a beneficiarului, devenind astfel stilul ei de existență și nu vor crea disconfort suplimentar persoanei sau rudelor;
- Toate ocupațiile se încadrează în activitățile de rutină ale beneficiarului și recomandările se vor axa în mare parte pe dezvoltarea activităților de bază cum ar fi: autodeservirea, îmbrăcarea, alimentarea, etc.;
- Numărul activităților pentru fiecare sesiune va fi rezonabil (două sau trei) și într-o ordine logică;
- Unele activități, în dependență de caz, vor fi sugerate tuturor membrilor familiei. Ele ar putea fi efectuate de câțiva membri ai familiei, pentru a evita întreruperea lor când unul din ei este absent;

e. *Monitorizarea și reevaluarea situației* - etapa respectivă reprezintă un proces de înregistrare și documentare a intervenției realizate și a rezultatelor obținute, care măsoară urmărirea aplicării pașilor intervenției și a rezultatelor obținute în cadrul intervenției.

Pentru o monitorizare eficientă și pentru a crea o imagine a întregului proces de intervenție care a dus sau nu la rezultatele scontate se creează registre a fiecărui specialist, unde se notează toate acțiunile efectuate pentru fiecare beneficiar cu planuri detaliate a activităților. Plus la acesta echipa dispune de registre unde se notează numărul de vizite efectuate data vizitelor, etc., (în cazul asistenței la domiciliu sau în cazul asistenței locative).

Avantajul monitorizării mai constă în faptul că de fiecare dată pot fi stabiliți pașii, indicatorii așteptați de la intervenție în comunitate.

Reevaluarea situației beneficiarului reprezintă, în principal, o formă de măsurare a impactului pe care-l are intervenția asupra situației sale, luând în considerare indicatorii măsurabili stabiliți pentru fiecare obiectiv în parte. Această formă de evaluare urmărește, în mod special, măsurarea progresului înregistrat la nivelul beneficiarilor.

Reevaluarea situației beneficiarului pornește de la analiza evaluării inițiale a situației și urmărește să măsoare ceea ce s-a modificat în ceea ce privește situația beneficiarului.

Toate aceste aspecte ale reevaluării situației beneficiarului sunt puse într-o relație de comparație cu situația inițială și stau la baza realizării raportului de reevaluare. În același timp, acest moment al intervenției este o oportunitate de a păstra intervențiile eficiente și de a renunța la acțiunile care nu produc efecte așteptate. Astfel, pot fi sugerate recomandări pentru revizuirea planului de intervenție care îl pot modifica sau reconsidera deciziile.

Reevaluarea are loc de câte ori este necesar, conform evoluției situației beneficiarului.

Evaluarea progresului presupune comparația într-o stare inițială și alta – finală și poate viza:

- Progresele în gradul de autonomie;
- Progresele în antrenarea potențialului restant;
- Stagnarea, regresul – cauze, evoluții, ș. a.

Acest proces de evaluare constituie și o condiție necesară pentru organizarea acțiunilor viitoare, pentru redirecționarea intervenției și ajustarea rezultatelor dorite în funcție de progresul înregistrat.

f. *Evaluarea rezultatelor* - în conformitate cu recomandările prezentate în planul de intervenție revizuit, se continuă intervenția până la finalizarea acesteia. Evaluarea rezultatelor finale ale intervenției este un proces de măsurare a efectelor produse asupra beneficiarului și a rezultatelor intervenției.

Se observă de această dată, că procesul de evaluare a rezultatelor finale ia în considerare nu numai impactul intervenției asupra beneficiarului, ci și modalitatea de implementare a planului individualizat de intervenție. Astfel, evaluarea, în acest caz, devine un argument pentru continuarea sau finalizarea intervenției.

g. *Monitorizarea postintervenție* - această formă de monitorizare reprezintă o urmărire a modului în care situația beneficiarilor se stabilizează după perioada de intervenție propriu-zisă. Această perioadă, care poate varia, în medie, până la trei luni de observație, este extrem de importantă pentru situația a foștilor beneficiari de servicii sociale. Acest lucru se datorează prin fragilitatea situației accentuate de dependență dezvoltată în cadrul intervenției. De acea perioadă



de monitorizare post-intervenție poate fi gândită și proiectată ca o cale de reducere a dependenței, pentru ca practic, beneficiarul nu mai primește servicii, dar este observat de specialiști, care pot interveni când există o solicitare din partea beneficiarului.

h. *Închiderea cazului* se face la recomandarea managerului de caz, cu aprobarea coordonatorului de echipă, pe baza unui raport de închidere a cazului. Acest document prezintă în sinteză situația inițială și cea finală a beneficiarului, progresele înregistrate, elementele-cheie ale reușitei în intervenție, precum și referirile la alte servicii disponibile în comunitate care ar asigura incluziunea socială.

12. Serviciile pe care le oferă Centrul sunt variate, în concordanță cu nevoile persoanelor cu probleme de sănătate mintală și sunt divizate în patru servicii de bază:

### 12.1. *Centru de zi*

- a. Centrul de zi prestează servicii de la ora 8:00 până la 19:00, cinci zile pe săptămână în care oferă toate serviciile necesare celor care frecventează Centrul;
- b. Capacitatea centrului de zi este de 25 persoane pe zi;
- c. Centrul de zi oferă alimentație complexă de trei ori pe zi, menținerea igienei personale a fiecărui beneficiar;
- d. Centrul de zi oferă un tratament medicamentos la necesitate și psihoterapeutic permanent.
- e. Centrul de zi oferă programe specializate de reabilitare psihosocială cum ar fi programe de reabilitare vocațională, terapie ocupațională, activități creative și social-utile, programe de petrecere a timpului liber, programe de consultanță și consiliere (psihiatrică, psihologică, medicală, socială);
- f. Activitatea centrului de zi se realizează cu participarea în toate activitățile a beneficiarilor și familiilor sale;
- g. Reevaluarea necesității sistării în serviciu se face odată la șase luni.

### 12.2 *Plasamentul temporar*

- a. Plasamentul temporar oferă asistență 24 din 24 ore, șapte zile pe săptămână;
- b. Capacitatea plasamentului temporar este pentru zece persoane;
- c. Plasamentul temporar se oferă pe un timp scurt, în perioada dificilă a familiei, deplasări, vacanțe, etc., sau în cazul lipsei serviciilor de sănătate mintală accesibile în aria domiciliului persoanei cu dizabilități;
- d. Persoanele cu probleme de sănătate mintală din plasament beneficiază de toate serviciile centrului de zi;
- e. Reevaluarea necesității sistării în serviciu se face odată la trei luni.

### 12.3 *Asistență la domiciliu*

- a. Este un serviciu specializat, destinat persoanelor cu dizabilități mintale sau dizabilități mixte, care oferă asistență multidisciplinară și suport profesional la domiciliul beneficiarului, în baza nevoilor identificate ale acestuia, cât și consiliere persoanelor care îl îngrijesc pe acesta, în vederea creșterii independenței și integrării lui sociale;
- b. Scopul Serviciului este îmbunătățirea calității vieții beneficiarului prin servicii de reabilitare, reabilitarea psihosocială și reintegrare acestuia în familie și societate și implicarea familiei în îngrijirea acestuia, în vederea creșterii gradului lui de independență personală, până la atingerea autonomiei maxim posibil.
- c. Obiectivele Serviciului sunt:
  - asistența la domiciliu a persoanelor cu probleme de sănătate mintală sau dizabilități mixte;
  - asistența medico-socială, consiliere, asistență în conformitate cu planul individualizat de asistență al beneficiarului;
  - consilierea și instruirea persoanelor care îl îngrijesc pe beneficiar în ceea ce privește asistența, suportul și acordarea unui minim de terapie de recuperare acestuia, în scopul menținerii lui în familie și comunitate;
  - dezvoltarea abilităților beneficiarilor pentru o viață independentă în comunitate;

- asigurarea socializării beneficiarilor, dezvoltarea relațiilor cu comunitatea și reintegrare familială;
- d. Reevaluarea necesității sistării în serviciu se face odată la trei luni.

#### **12.4 Locuințe protejate**

- a. Scopul serviciului este de a crea condiții pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- b. Obiectivele Serviciului sunt:
  - prevenirea instituționalizării adulților cu dizabilități mintale;
  - asigurarea condițiilor minime de trai pentru garantarea integrității fizice și psihice;
  - asigurarea serviciilor de îngrijire și suport în comunitate;
  - dezvoltarea deprinderilor de autoservire;
  - facilitarea accesului la servicii de orientare și formare profesională.
- c. Centrul deține patru locuințe protejate pentru 16 persoane adulte care se află pe adresele:
  - str. Șevcenko, nr.34, apartamentul nr.1, mun. Bălți;
  - str. 31 August, nr.127, apartamentul nr.5, mun. Bălți;
  - str. Independenței nr.6, încăperea nr.52, mun. Bălți;
  - str. Ștefan cel Mare, nr.6/2, mun. Bălți.
- d. Serviciul dat este oferit în conformitate cu standardele minime de calitate ale acestuia, potrivit prevederilor legislației;
- e. Într-o locuință pot fi plasați concomitent de la doi până la patru beneficiari, conform standardelor minime de calitate ale serviciului;
- f. Plasarea, suspendarea sau încetarea plasamentului beneficiarului în Serviciu se efectuează în baza deciziei administrației Centrului;
- g. Plasarea beneficiarului în serviciu este efectuată conform criteriilor de admitere în serviciu;
- h. Înainte de plasament beneficiarul are dreptul la plasament de probă care nu poate depăși două luni calendaristice și primește un sprijin intens în cadrul Centrului de zi;
- i. După încheierea perioadei de probă beneficiarul semnează un contract de comodat sau de locațiune, având ca obiect locuința acordată în folosință, în conformitate cu prevederile Codului civil;
- j. Beneficiarul Serviciului își înregistrează temporar domiciliul ori reședința în locuința unde este plasat în cadrul Serviciului;
- k. Evaluarea complexă a beneficiarului este de competența echipei multidisciplinare de specialiști;
- l. Monitorizarea plasamentului în Serviciu este realizată prin vizite, în conformitate cu planul individualizat de asistență și la solicitarea beneficiarului.
- m. Dacă necesitățile specifice ale beneficiarului nu corespund specificului Serviciului sau acesta este respins de către ceilalți beneficiari din locuință, managerul de caz, în comun acord cu administrația centrului, examinează posibilitatea plasării lui într-o altă locuință sau în alt tip de serviciu social, efectuând, în condițiile legii, referirea corespunzătoare a cazului.
- n. Dacă necesitățile individuale ale solicitantului nu pot fi asigurate de către Serviciu, specialistul responsabil efectuează referirea cazului către alte servicii;
- o. Reevaluarea necesității sistării în serviciu se face odată pe an.

## **Capitolul IV**

### **Criteriile de plasare a beneficiarului în serviciu și eliberarea**

13. Criteriile de admitere a beneficiarilor în CCSM variază și sunt clasificate conform celor patru servicii:

13.1 Admiterea beneficiarului în Centrul de zi se face în corespundere cu următoarele criterii:

- Tulburare psihică în stare de remisie
- Retard mintal gradul ușor sau mediu;
- Vârsta de la 18 ani până la 60 ani;
- Prezența invalidității (după caz);
- Prezența unui membru a familiei sau a reprezentantului legal (după caz);

13.2 Admiterea beneficiarului în Plasamentul temporar se face în corespundere cu următoarele criterii:

- Tulburare psihică în stare de remisie;
- Retard mintal gradul ușor sau mediu;
- Vârsta de la 18 ani până la 60 ani;
- Prezența invalidității (după caz);;
- Prezența unui membru a familiei sau a reprezentantului legal (după caz);;
- Lipsa serviciului de sănătate mintală accesibil în aria domiciliului persoanei cu dizabilități;
- Perioade dificile a familiei, deplasări, vacanțe, etc.

13.3 Admiterea beneficiarului în Serviciul Asistență la Domiciliu se face în corespundere cu următoarele criterii:

- Grad sever de dizabilitate sau grad mediu în cazul nefrecvențării serviciilor din comunitate;
- Persoane cu o funcționare socială dificilă (izolați acasă, cu probleme de comportament, lipsa abilităților pentru trai independent);
- Persoane cu dizabilități locomotorii, care au probleme de sănătate și necesită periodic asistență;
- Persoane cu dizabilități din familii social vulnerabile cu risc înalt de instituționalizare;
- Persoane cu probleme de comportament care reprezintă risc de a fi respinse de serviciile existente în comunitate;

13.4 Admiterea beneficiarului în Serviciul Locuințe Protejate se face în corespundere cu următoarele criterii:

- persoană care a împlinit vârsta de 18 ani;
- persoană cu tulburare psihică în stare de remisie, retard mintal gradul ușor sau mediu;
- prezența invalidității;
- persoană care nu este declarată de către instanța de judecată ca incapabilă;
- persoană care conștientizează și își dirijează acțiunile;
- posesia unor abilități elementare de independență ale beneficiarului, capacitatea acestuia de a efectua activități minime de autoîngrijire, aprobate printr-un raport de evaluare a comportamentului beneficiarului;
- dorința și acordul beneficiarului de a fi plasat în comunitate;
- lipsa locuinței sau necesitatea de îmbunătățire a condițiilor de trai;
- starea de sănătate a beneficiarului, care să îi permită un trai independent și să nu pună în pericol integritatea altor beneficiari ai Serviciului;
- compatibilitatea beneficiarilor care vor fi plasați într-o locuință;
- compatibilitatea dizabilităților, dacă gradul și manifestarea dizabilității la beneficiarii plasați în aceeași locuință va permite dezvoltarea abilității lor de trai independent;
- compatibilitatea în funcție de gen, fără un acord prealabil al beneficiarilor și dovada relațiilor dintre aceștia; plasarea a doi beneficiari de sex opus într-o locuință protejată este posibilă în cazul în care aceștia sunt în relații de rudenie sau sunt căsătoriți;

14. Beneficii sunt recomandați de către Secția Asistență Socială și Protecție a Familiei din cadrul Primăriei, de către medicul de familie, de către medicul specialist psihiatru sau beneficiarul vine desinestător.

15. La admiterea beneficiarului în serviciu se prezintă actele conform Anexei nr.2 la prezentul Regulament.

16. La admiterea beneficiarului în serviciu se încheie un contract între membrul familiei /reprezentantul legal sau beneficiar, după caz, și administrația Centrului;
17. La admiterea persoanei în Centru se iau în considerare următoarele contraindicații: prezența infecțiilor transmisibile, care necesită asistență medicală specializată sau izolare, persoane cu dereglări de comportament care prezintă pericol social, persoane care consumă substanțe stupefiante.
18. La ieșirea beneficiarului din serviciu se face un extras pentru medicul de familie cu rezultatele reabilitării.
19. După ieșirea beneficiarului din Centru, serviciile de consiliere, acompaniere, suport psiho-emoțional sunt disponibile pentru beneficiar.

## **Capitolul V**

### **Obligațiile și drepturile Centrului**

20. Centrul este obligat:
  - a. să aplice politica de respectare a drepturilor beneficiarilor, inclusiv a procedurilor existente de respectare a confidențialității;
  - b. să desfășoare activități de reabilitare psihosocială pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală;
  - c. să asigure o abordare holistică a sănătății de pe poziții multidisciplinare;
  - d. să gestioneze lucrul tuturor specialiștilor cu beneficiarii în Centru prin echipa multidisciplinară a Centrului;
  - e. să asigure o abordare individualizată a beneficiarului, elaborând un Plan Individualizat de Intervenție de către echipa multidisciplinară, în urma colectării tuturor datelor, realizării evaluării inițiale și complexe medicale, psihologice și sociale;
  - f. să acorde suportul psihologic în soluționarea diferitor probleme ale persoanelor afectate de maladii mintale prin ajutorarea pacienților de a se auto-cunoaște, auto-înțelege, de a lua decizii.
  - g. să promoveze serviciile comunitare de sănătate mintală la nivel teritorial, prin realizarea unui șir de activități de sensibilizare și mobilizare a comunității în problemele de sănătate mintală și dezvoltarea premiselor de reabilitare psiho-socială; prin conlucrarea cu autorități locale, societatea civilă - mese rotunde, întâlniri, conferințe, evenimente mass-media etc.
  - h. să realizeze studii și evaluări locale a necesităților populației, în servicii de sănătate mintală, în baza cărora va elabora planul de activitate adaptat la necesitățile locale în servicii de sănătate mintală.
21. Centrul are dreptul:
  - a. să dispună și să aplice un sistem de monitorizare și evaluare a serviciilor de sănătate mintală existente în aria de deservire;
  - b. să elaboreze și să distribuie materiale informaționale și promoționale ale serviciilor de sănătate mintală (panouri, postere, calendare etc.);
  - c. să dispună de un sistem de referință (algoritm de referință clar, tipărit, afișat la îndemâna specialiștilor);
  - d. să elaboreze programe și să realizeze activități instructiv-metodice ce țin de sănătatea mintală;
  - e. să elaboreze programe instructive, să selecteze și să instruiască voluntari;
  - f. să participe la instruirea continuă a specialiștilor și voluntarilor în domeniile prioritare de activitate;
  - g. să reprezinte instituția de referință pentru medicii de familie și alte instituții ce oferă în pachetul de bază servicii de sănătate mintală;
  - h. să conlucreze în strânsă legătură cu alți specialiști de profil din alte servicii existente;
  - i. să organizeze activități de identificare, atragere și colectare de fonduri de la diferite structuri guvernamentale și neguvernamentale, menține relații de colaborare cu alte instituții de resort;
  - j. să efectueze interpelări către structurile ce dețin informația privind datele necesare în procesul de prestare a serviciilor;
  - k. să încheie acorduri de colaborare cu alte organizații din același domeniu de activitate.

- l. să reprezinte interesele Centrului în organele de Stat și alte organizații cu drept decizional;
- m. să asigure protecția drepturilor și intereselor colaboratorilor săi cât și a intereselor sociale importante în domeniul său de activitate;
- n. să difuzeze liber informația despre activitatea sa, conform legislației în vigoare.

## **Capitolul VI**

### **Structura organizatorică a Centrului**

22. Centrul este condus de către un Director, care este o persoană cu studii superioare în unul din următoarele domenii: psihiatrie, psihologie, psihopedagogie, asistență socială, medicină, juridică.

22.1 Directorul este angajat și eliberat din funcție conform dispoziției primarului și legislației în vigoare.

22.2 În activitatea sa Directorul se conduce de actele normative și legislative în vigoare, deciziile Consiliului municipal, dispozițiile Primarului municipiului și de prezentul Regulament.

22.3 Directorul este administratorul tuturor resurselor, are dreptul de a angaja și concedia personalul în conformitate cu legislația în vigoare, este responsabil pentru activitatea juridică și administrativă a Centrului.

22.4 Directorul este responsabil de organizarea activității Centrului și de calitatea serviciilor prestate.

22.5 Directorul asigură:

- gestionarea resurselor financiare și materiale ale Centrului, conform standardelor naționale de contabilitate;
- organizarea și evaluarea activității personalului Centrului, conform fișelor postului;
- funcționarea Centrului conform standardelor de calitate;
- asigurarea confidențialității programului și registrelor beneficiarilor;
- completarea și prezentarea formularelor și rapoartelor privind activitatea Centrului către Autoritatea publică locală;
- reprezentarea Centrului în relațiile cu alte instituții publice sau private;
- asigurarea și supravegherea instruirii continue a personalului.

22.6 Directorul convoacă ședințele de planificare a activității Centrului săptămânal sau, la necesitate, în mod extraordinar.

22.7 Directorul încheie acorduri de prestare a serviciilor specializate cu alte organizații/instituții de profil.

22.7 Directorul încheie acorduri de colaborare cu organele de drept teritoriale pentru asigurarea protecției fizice a beneficiarilor și a securității instituției.

23. Personalul Centrului este format din specialiști în diferite domenii, conform legislației în vigoare, care corespund necesităților de funcționare ale Centrului.

23.1. La momentul angajării, iar ulterior la fiecare șase luni, personalul este obligat să efectueze examenul medical, conform standardelor Ministerului Sănătății.

23.2. Angajații Centrului sunt obligați să păstreze confidențialitatea informației cu privire la beneficiari, să nu pretindă și să nu primească foloase necuvenite pentru munca prestată.

23.3. Statele de funcții ale Centrului sunt stabilite și aprobate de către Consiliul Municipal în conformitate cu scopul și obiectivele Centrului și prevederile legislației în vigoare.

23.4. Personalul își desfășoară activitatea conform fișelor postului, în conformitate cu orarul de lucru stabilit și cu programele individuale ale beneficiarilor.

24. Baza sistemului de îngrijiri o reprezintă o unitate funcțională constituită de o echipă multidisciplinară;

24.1 Echipa multidisciplinară este compusă din medici psihiatri, psihologi, asistenți sociali, asistenți, și alte categorii de personal necesare în funcție de activitățile desfășurate și de specificul sectorului.

24.2 Echipa este condusă de un manager de caz.

24.3 Managerul de caz cooperează în activitățile sale, după caz, reprezentanți ai organelor publice locale, liderilor neformali, minorităților și organelor de cult, altor instituții și organizații guvernamentale și neguvernamentale ce activează în domeniu, inclusiv pe bază de voluntariat.

24.4 Echipa multidisciplinară colaborează cu medicii de familie din teritoriu. Centrul primește trimeri de la medicii de familie, de la alți medici specialiști sau alte structuri de îngrijire, precum și de la serviciile sociale din teritoriu.

## **Capitolul VII**

### **Finanțarea Centrului**

25. Centrul este finanțat din bugetul municipal, donații, granturi, alte surse conform actelor normative în vigoare.

26. Centrul poate dispune de orice patrimoniu necesar activității sale cu drept de proprietate sau administrare, în funcție de modul de dobândire a dreptului respectiv.

27. Patrimoniul Centrului se constituie din:

- a. patrimoniul inițial transmis Centrului de către Consiliul Municipal în administrare;
- b. patrimoniul transmis de către FISM în proprietate;
- c. patrimoniul transmis în perioada activității Centrului de către Consiliul municipal, alte persoane juridice sau fizice în folosință temporară;
- d. donații (granturi), alte contribuții benevole ale persoanelor fizice și juridice;
- e. patrimoniul achiziționat de Centru din contul mijloacelor proprii în perioada activității sale, care îi aparține cu drept de proprietate, precum și din veniturile obținute în urma utilizării sau înstrăinării patrimoniului dat;
- f. alte valori active și pasive ne interzise de legislație.

28. Patrimoniul Centrului se folosește exclusiv pentru realizarea scopurilor sale statutare.

29. Gestionarea patrimoniului se realizează, în funcție de valoarea acestuia, în modul stabilit de documentele de constituire a Centrului.

30. După încetarea activității Centrului sau expirarea termenului stabilit de folosință, patrimoniul dat va fi transmis autorității ale administrației publice locale.

31. Centrul ține evidența activității sale financiar-economice și prezintă dările de seamă contabile și statistice în modul stabilit de legislație.

32. Cheltuielile de întreținere a locuințelor protejate sunt suportate de beneficiari, în limita obligațiilor asumate de ei în contractul de comodat. Celelalte cheltuieli pentru buna funcționare a locuințelor protejate sunt achitate de Centru din contul mijloacelor transmise din bugetul municipal și din alte surse.

## **Capitolul VIII**

### **Dispoziții finale**

33. Activitatea Centrului poate fi sistată sau reorganizată în conformitate cu procedurile legislative existente.

**Anexa nr.6**

**CONTRACT DE COMODAT nr. \_\_\_\_\_**  
**al spațiului locativ**  
**din cadrul CSM „Somato”, programul „Locuință protejată”**

Localitatea \_\_\_\_\_

„ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_

## I. PĂRȚILE CONTRACTANTE

1.1. Centrul de Sănătate Mintală „Somato”, instituție publică, constituită prin decizia Consiliului Municipal Bălți nr. 8/17 de la 23.12.2004, reprezentată de

\_\_\_\_\_ (funcția, numele, prenumele)

care activează în baza \_\_\_\_\_

(denumirea documentului)

în calitate de *Comodant*, pe de o parte, și

1.2.

\_\_\_\_\_ (numele, prenumele )

identificat(ă) prin \_\_\_\_\_

(tipul actului de identitate, numărului, organul emitent și data eliberării)

în calitate de *Comodatar*, pe de altă parte, au convenit să încheie prezentul Contract de comodat, cu respectarea următoarelor clauze:

## II. SCOPUL CONTRACTULUI

2.1. Contractul este încheiat în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 711/09.08.2010, în vederea prestării serviciului social „Locuința protejată” (în continuare, Serviciu), cu scopul de a asigura condiții de locuit pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu dizabilități mintale.

## III. OBIECTUL CONTRACTULUI

3.1. Obiectul prezentului Contract îl constituie transmiterea în posesiune și folosință temporară, fără plată, a spațiului locativ mobilat, situat pe adresa:

\_\_\_\_\_ (strada, bloc, numărul apartamentului )

mun. Bălți, etaj \_\_\_\_\_.

3.2. Comodatarul va locui în camera \_\_\_\_\_

(încăperea, suprafața)

3.3. În folosință comună a persoanelor ce locuiesc în spațiul locativ se află următoarele încăperi: \_\_\_\_\_

(încăperea, suprafața)

3.4. Spațiul ce face obiectul prezentului contract va fi dat în folosință Comodatarului pe baza unui act de predare-primire în care se va consemna descrierea imobilului, starea acestuia, obiectele de inventar predate, suprafața efectivă.

Procesul verbal de predare-primire va constitui anexă și parte integrantă la prezentul contract și se va încheia la data predării imobilului.

## IV. TERMENUL CONTRACTULUI

4.1. Termenul contractului se stabilește pe o perioadă limitată de timp:

- contractul primar - de la „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ până la „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_;

- contractul permanent - de la „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ până la „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_.

(de subliniat necesarul)

## **V. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR**

5.1. Comodatarii are dreptul:

- a) de a fi consultat la luarea tuturor deciziilor privitor la conviețuirea și folosirea spațiului locativ;
- b) de a locui într-un mediu fizic accesibil și sigur, conform cu necesitățile sale de viață și asistență;
- c) de a avea o locuință adaptată necesităților personale, în funcție de tipul dizabilității;
- d) de a accesa toate spațiile și echipamentele comune din locuință;
- e) la intimitate, spațiu personal și confidențialitate;
- f) de a-și înregistra, pe durata contractului, domiciliul ori reședința în locuința dată.

5.2. Comodantul are dreptul să efectueze periodic controlul utilizării bunurilor transmise în folosință. Personalul angajat al Comodantului supraveghează menținerea curățeniei și igienei în locuință și dacă e cazul, formulează recomandări Comodatarului, acordându-i după necesitate suport în activitățile de gospodărire.

5.3. Comodantul se obligă:

- a) să transmită Comodatarului spațiul de locuit, conform actului de predare-primire, în termen de \_\_\_\_\_ zile de la data înțrării în vigoare a Contractului;
- b) să asigure un mediu sigur, accesibil și confortabil în spațiul locativ;
- c) să asigure spațiul locativ cu mobilierul și decorul minim necesar, care să corespundă necesităților Comodatarului, să prezinte siguranță în utilizare și să fie accesibile acestuia.

5.4. Comodatarul se obligă:

- a) să păstreze și să îngrijească bunul primit în folosință cu diligența unui bun proprietar;
- c) să folosească bunul primit numai în scopul stabilit în contract;
- b) să suporte cheltuielile necesare de folosire și întreținere în stare normală a bunului, inclusiv achitarea serviciilor comunale, reparația curentă a spațiului locativ, a mobilierului și a obiectelor de uz casnic;
- c) să nu transmită bunul în folosința altei persoane, decât cu acordul scris al Comodantului;
- d) să respecte Regulamentul intern al locuinței;
- e) să restituie Comodantului bunurile primite, în termen de \_\_\_ zile de la expirarea termenului Contractului.

5.5. Comodatarul achită Comodantului plata pentru serviciile comunale, energia electrică, telefon și alte servicii în termen de \_\_\_\_\_ zile din momentul prezentării conturilor de plată de către Comodant.

5.6. Comodantul calculează plata pentru serviciile comunale și necomunale, în conformitate cu legislația în vigoare, reieșind din datele contoarelor și proporțional comodatarii care locuiesc în spațiul locativ respectiv.

## **VI. CONDIȚIILE DE MODIFICARE ȘI REZILIERE A CONTRACTULUI**

6.1. Modificarea clauzelor contractului, prelungirea sau rezilierea lui se efectuează cu acordul părților contractante.

6.2. În temeiul ordinului administrației CSM „Somato”, Comodantul poate rezilia unilateral contractul dacă:

- a) necesitățile specifice ale Comodatarului sau cerințele acestuia nu corespund specificului Serviciului sau acesta este respins de către ceilalți beneficiari din locuință;
- b) Comodatarul este declarat incapabil de către instanța de judecată;
- c) Comodatarul încalcă prevederile contractului de comodat sau ale acordului de colaborare semnat cu managerul de caz;
- d) Comodatarul încalcă sistematic prevederile Regulamentului intern al locuinței;
- e) Comodatarul nu mai îndeplinește cumulativ criteriile de admitere în Serviciu;



- f) există circumstanțe care ar putea afecta integritatea fizică sau psihică a unuia dintre beneficiarii Serviciului, a vecinilor sau pun în pericol locuința;
- g) Comodatarul solicită personal încetarea plasamentului;
- h) Comodatarul a decedat;
- i) în alte condiții prevăzute de lege.

## VII. DISPOZIȚII FINALE

7.1. În cazul ne respectării obligațiilor contractuale părțile poartă răspundere în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

7.2. Litigiile de orice fel decurgând din executarea prezentului contract de comodat, se vor soluționa pe cale amiabilă. În cazul în care acest lucru este imposibil, litigiul va fi transmis spre soluționare în instanța judecătorească competentă.

7.3. Contractul este întocmit în \_\_\_\_\_ exemplare, fiecare având aceeași putere juridică. Unul dintre exemplare se transmite Comodantului, iar altul se păstrează la Comodatar

## VIII. SEMNĂTURILE PĂRȚILOR

### Comodantul :

Centrul de Sănătate Mintală „Somato”

\_\_\_\_\_  
(Adresa juridică)

\_\_\_\_\_  
(Rechizitele bancare)

\_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile)

semnătura \_\_\_\_\_

L. Ș.

### Comodatarul:

\_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele)

semnătura \_\_\_\_\_