

AVOCATUL POPORULUI



*Domeniul privind
prevenirea torturii - MNP*

RAPORT **privind activitatea de monitorizare** **efectuată de către Mecanismul Național de Prevenire** **în starea de urgență și starea de alertă** **(2020)**

București, 2021

„Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante [...] nici în caz de război sau de alt pericol public ce amenință viața națiunii.”

Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului
și a libertăților fundamentale
(art. 3 și art. 15 lit. 2)

CUPRINS

Introducere	pag. 2
Contextul întocmirii raportului și metodologia	pag. 5
Capitolul 1 - Monitorizarea căminelor pentru persoane vârstnice.....	pag. 8
Capitolul 2 - Monitorizarea activității Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului.....	pag. 26
Capitolul 3 - Monitorizarea centrelor pentru migranți.....	pag. 31
Capitolul 4 - Monitorizarea unităților penitenciare.....	pag. 37
Capitolul 5 - Monitorizarea centrelor de reținere și arestare preventivă.....	pag. 47
Capitolul 6 – Monitorizarea spitalelor de psihiatrie.....	pag. 58
Capitolul 7 - Monitorizarea locurilor de carantină instituționalizată.....	pag. 79
Capitolul 8 - Monitorizarea spitalelor COVID-19.....	pag. 91
Concluzii.....	pag.146

„Este responsabilitatea Mecanismelor Naționale de Prevenire să răspundă în mod creativ la noile provocări cu care se confruntă în exercitarea mandatelor OPCAT.”

Subcomitetul ONU pentru Prevenirea Torturii – SPT
Aviz către statele părți OPCAT și Mecanismele Naționale de Prevenire, cu privire la pandemia de
Coronavirus

INTRODUCERE

Prin ratificarea *Protocolului Opțional din 18 decembrie 2002 la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (OPCAT)*, România și-a asumat obligația de a înființa *Mecanismul național de prevenire a torturii în locurile de detenție* (MNP), echivalentul la nivel național al Subcomitetului ONU de prevenire a torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (SPT), creat prin același Protocol.

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

Tortura a fost definită pentru prima dată în anul 1984, în Convenția împotriva torturii și a altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante¹ ca: „*orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferințe puternice, fizice ori psihice, mai ales cu scopul de a obține de la această persoană sau de la o persoană terță informații sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis ori este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiuni asupra ei ori de a intimida sau a face presiuni asupra unei terțe persoane, sau pentru oricare alt motiv bazat pe o formă de discriminare oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau astfel de suferințe sunt aplicate de către un agent al autorității publice sau de orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al unor asemenea persoane Acest termen nu se referă la durerea ori suferințele rezultând exclusiv din sancțiuni legale, inerente acestor sancțiuni sau ocazionate de ele.*”

Tratamentele inumane și degradante nu sunt definite de actele internaționale, dar generic ele fac parte din categoria relelor tratamente, care aduc atingeri grave demnității umane. Acestea sunt acte prin care se provoacă victimei leziuni sau suferințe fizice sau morale, susceptibile de a-i produce puternice suferințe psihice.

Unul dintre cele mai eficiente mijloace de prevenire a torturii și a relelor tratamente o constituie monitorizarea tratamentului și a condițiilor de detenție a persoanelor private de libertate aflate într-o formă sau alta de custodie, prin vizite neanunțate și regulate efectuate de

¹ Convenția împotriva torturii și a altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante a fost adoptată la New York la 10 decembrie 1984; România a aderat prin Legea nr. 19/1990.

Mecanisme Naționale de Prevenire independente, parte a sistemului de protecție a persoanelor private de libertate.

Astfel, în anul 2014, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48 s-a stabilit ca instituția Avocatul Poporului, prin ***Domeniul privind prevenirea torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante în locurile de detenție***, să îndeplinească atribuțiile specifice de mecanism național de prevenire. MNP exercită un **mandat preventiv**, rolul său fiind identificarea situațiilor cu risc potențial pentru rele tratamente.

Activitatea MNP constă în principal în: efectuarea de vizite periodice, anunțate sau inopinate, în locuri de detenție; formularea de recomandări către conducerile locurilor vizitate și autoritățile ierarhic superioare și formularea de propuneri de modificare legislativă. Scopul activității de monitorizare este consolidarea protecției persoanelor lipsite de libertate împotriva torturii și a tratamentelor crude inumane sau degradante și a exercitării fără discriminare a drepturilor fundamentale.

MNP efectuează vizite în orice *loc considerat a fi de detenție*, în sensul art. 4 din OPCAT, astfel: „în orice loc aflat sub jurisdicția și controlul său, în care persoanele sunt sau ar putea fi private de libertate, fie în baza unui ordin al unei autorități publice sau la cererea acesteia ori cu acordul tacit al acesteia (denumite în continuare locuri de detenție)”, iar prin *privarea de libertate* se înțelege „orice formă de detenție sau închisoare ori plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură”.

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

S-a considerat neadecvată definirea „locurilor de detenție” în OPCAT prin prezentarea unei liste închise și exhaustive a categoriilor de instituții. O astfel de abordare ar fi dus în mod inevitabil la crearea unui sistem de vizite prea restrâns și restrictiv în domeniul său de aplicare. Cu toate acestea, anumite categorii intră în sfera de aplicare a definiției OPCAT a "locului de detenție" și ar putea fi exprimate printr-o definiție neexhaustivă în legislația națională, din motive de claritate, de exemplu: •secții de poliție; •arestul preventiv; •închisori; •centre de detenție juvenilă; •facilitățile de poliție de frontieră și zonele de tranzit la punctele de trecere a frontierei, porturile și aeroporturile internaționale; •centre de detenție pentru imigranți și solicitanți de azil; •instituții psihiatrice; •centrele de detenție aflate sub jurisdicția militară; •mijloace de transport pentru transferul deținuților. În plus, față de aceste categorii relativ evidente, articolul 4 din OPCAT cere ca MNP să aibă acces la orice alt loc în care cineva poate fi ținut împotriva voinței sale, în legătură, chiar indirect, cu autoritatea publică.

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

Potrivit art. 34 alin. (3) lit. j) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, sunt locuri de detenție sau, după caz, locuri în care

instituția Avocatul Poporului își exercită atribuțiile privind prevenirea torturii și orice loc care face parte din sistemul de sănătate sau sistemul de asistență socială.

În îndeplinirea mandatului său, MNP are acces la: •toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora; •toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane, precum și condițiile de detenție; •toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora. Membrii MNP au posibilitatea de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate, fără martori, fie personal, fie cu interpret, dacă se consideră necesar, precum și cu orice persoană care poate furniza informații pertinente și libertatea de a alege locurile pe care doresc să le viziteze și persoanele cu care doresc să aibă întrevederi.

CONTEXTUL ÎNTOCMIRII RAPORTULUI ȘI METODOLOGIA

În contextul situației excepționale create la nivel internațional de pandemia de COVID-19, în România au fost aplicate o serie de măsuri pentru combaterea răspândirii noului coronavirus. În data de 16 martie 2020, prin Decretul Prezidențial nr. 195 a fost instituită starea de urgență pentru o perioadă de 30 de zile, prelungită prin Decretul Prezidențial nr. 240/2020, până la data de 15 mai 2020. În Decretele prezidențiale de instituire și prelungire a stării de urgență se prevedea restrângerea unor drepturi și libertăți fundamentale, precum și o serie de măsuri de primă urgență cu aplicabilitate directă și graduală. Ulterior, a fost instituită starea de alertă, prelungită periodic pe tot parcursul anului 2020, în cadrul căreia au fost menținute/instituite o serie de restricții.

Având în vedere că, în conformitate cu prevederile Constituției, restrângerea exercițiului unor drepturi sau a unor libertăți fundamentale poate fi dispusă numai cu respectarea principiilor necesității, proporționalității, nediscriminării și fără a aduce atingere însăși existenței dreptului sau a libertății, MNP a monitorizat implementarea măsurilor dispuse de către autoritățile publice în timpul stării de urgență și ulterior de alertă, precum și consecințele acestora, care intră în aria sa de competență.

În acest scop, MNP a monitorizat toate tipurile de locuri de detenție, inclusiv locurile de carantină instituționalizată și spitalele COVID-19, noi locuri de detenție în sensul art. 4 din OPCAT apărute ca reacție a autorităților române la situația epidemiologică existentă în România.

Astfel, încă de la începutul stării de urgență *au fost solicitate informații conducerii locurilor de detenție/autorităților care au în subordine astfel de locuri, cu privire la măsurile întreprinse în scopul protecției persoanelor private de libertate împotriva contaminării cu noul coronavirus și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale acestora, precum și informații specifice, în funcție de tipurile de locuri de detenție/măsurile adoptate*².

De asemenea, au fost întocmite adrese către alte instituții/organizații/asociații implicate în monitorizarea tratamentului aplicat persoanelor lipsite de libertate: *organizații neguvernamentale și barourile din cadrul Uniunii Naționale a Barourilor din România* (în scopul de a informa MNP cu privire la situațiile de încălcare a drepturilor omului și de rele tratamente în cazul persoanelor lipsite de libertate, de care iau cunoștință în timpul desfășurării activității); *Curțile de Apel din România* (fiind solicitate informații cu privire la procedura internării nevoluntare: judecarea la fond și în cale de atac a măsurii internării nevoluntare, asigurarea participării și ascultării pacientului la ședința de judecată, precum și asigurarea apărării pacientului, din oficiu, dacă nu are apărător ales).

Având în vedere importanța cunoașterii legislației și standardelor în materia interzicerii și prevenirii relelor tratamente, a drepturilor omului și ale pacientului, a principiilor de etică în practica medicală, au fost solicitate informații către toate *universitățile/facultățile de medicină, de stat sau private din România, Ordinul Asistenților*

² Au fost comunicate peste 880 de adrese următoarelor autorități: Ministerul Afacerilor Interne; Ministerul Sănătății; Ministerul Muncii și Protecției Sociale; Comitetul Național pentru Situații Speciale de Urgență; Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP); Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții; Inspectoratul General pentru Imigrări (IGI); Inspectoratul General al Poliției Române; Instituțiile Prefectului de la nivelul fiecărui județ și al Municipiului București; Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului; Consiliile locale ale Municipiului București și Consiliile Județene; Primării; cămine pentru persoane vârstnice private. Cu o parte dintre autorități a fost menținut un dialog continuu.

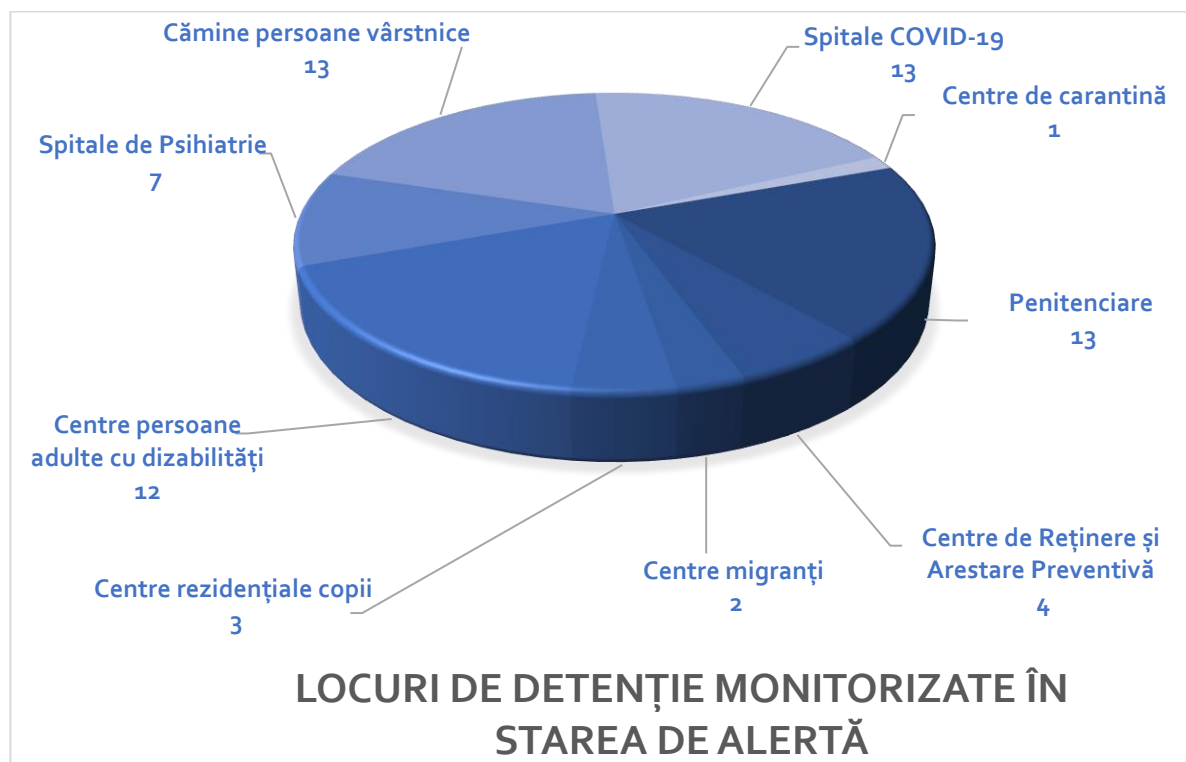
Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și Centrul de resurse umane în sănătate publică - Ministerul Sănătății, cu privire la cuprinderea unor astfel de informații în Planul de învățământ al studenților/Curriculum de pregătire al medicilor rezidenți/educația medicală continuă a personalului medico-sanitar.

În data de 13 aprilie 2020, urmând exemplul Subcomitetului privind prevenirea torturii (SPT) și Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT) și raportat la realitatea românească, a fost formulat un set de principii care trebuie respectate de toate autoritățile relevante responsabile de persoanele lipsite de libertate, în scopul prevenirii oricăror acte de tortură sau de tratamente crude, inumane sau degradante - ***Declarație de principii cu privire la tratamentul aplicat persoanelor lipsite de libertate pe parcursul stării de urgență instituite urmare a epidemiei de coronavirus (COVID-19)*** – postată pe site-ul instituției Avocatul Poporului.

Ulterior încetării stării de urgență, au fost efectuate monitorizări prin mijloace alternative la vizitele clasice, precum și vizite clasice, atunci când a fost posibil. Pentru mediatizarea și eficientizarea activității de monitorizare (facilitarea accesului persoanelor lipsite de libertate la echipele MNP) **au fost întocmite:** •***comunicate de presă*** cu privire la activitatea de monitorizare a penitenciarelor/spitalelor de psihiatrie/spitalelor COVID-19/centrelor de carantină; •***chestionare*** destinate persoanelor lipsite de libertate din penitenciare/spitale de psihiatrie/spitale COVID-19/centre de carantină/cămine pentru persoane vârstnice și personalul din penitenciare/cămine pentru persoane vârstnice³; •***anunțuri*** referitoare la monitorizarea spitalelor de psihiatrie/spitalelor COVID-19, posibilitatea completării chestionarelor antemenționate și datele de contact ale MNP, comunicate unităților monitorizate pentru a fi afișate în locuri accesibile.

În perioada stării de alertă, MNP a efectuat **68** de monitorizări ale locurilor de detenție, prin intermediul vizitelor clasice (atunci când contextul epidemiologic a permis), sau prin mijloace alternative, conform graficului următor.

³ Chestionare care pot fi completate pe pagina de internet a instituției Avocatul Poporului și care au fost transmise și în format fizic în timpul monitorizării din penitenciare, spitale de psihiatrie și cămine pentru persoane vârstnice.



Constatările activității de monitorizare desfășurate în starea de urgență și starea de alertă⁴ sunt prezentate în cele 8 capitole ale prezentului raport.

⁴ Pentru starea de alertă sunt prezentate constatările monitorizării spitalelor COVID-19 și a centrelor de carantină, și în mai mică măsură a celorlalte locuri de detenție, în cazul cărora a fost întocmit un raport de monitorizare, pentru fiecare în parte, publicat pe site-ul instituției Avocatul Poporului, la rubrica Mandatul MNP.

Capitolul 1

RAPORTUL MNP PRIVIND

MONITORIZAREA CĂMINELOR PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE

I. ASPECTE PRELIMINARE

Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare, prevede în art. 92: *Pentru a identifica și a răspunde cât mai adecvat nevoilor sociale ale persoanelor vârstnice și condițiilor particulare în care acestea se află, serviciile sociale se organizează cu prioritate la nivelul comunităților locale. Autoritățile administrației publice locale au responsabilitatea identificării și evaluării nevoilor persoanelor vârstnice, a organizării, planificării și asigurării finanțării sau cofinanțării serviciilor sociale, iar furnizorii de servicii sociale publici și privați au responsabilitatea acordării acestora cu respectarea standardelor de calitate, iar în art. 97 alin. (2) precizează: Autoritățile administrației publice locale au obligația de a asigura serviciile de îngrijire personală acordate la domiciliu sau în centre rezidențiale pentru persoanele vârstnice dependente singure ori a căror familie nu poate să le asigure îngrijirea.*

Prin urmare, căminele pentru persoane vârstnice fac parte din sistemul de asistență socială și sunt supuse monitorizării MNP, având în vedere că acestea:

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

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

Or, în legislația specifică persoanelor vârstnice, se precizează că admiterea într-un astfel de serviciu social se face în baza deciziei de admitere în cămin/centru, emisă ca urmare a cererii beneficiarului/reprezentantului legal/convențional și a Contractului de furnizare servicii ce se încheie între centru/furnizorul acestuia și beneficiar sau, după caz, reprezentantul legal al acestuia. De asemenea, suspendarea temporară a serviciilor, cât și încetarea acestora, se face prin dispoziția conducătorului centrului/ furnizorului acestuia ca urmare a unei cereri depuse de beneficiar sau, după caz, reprezentantul legal al acestuia, sau la decesul beneficiarului, responsabilitatea asigurării îngrijirii, supravegherii și a serviciilor suportive furnizate de specialiști, conform Contractului de furnizare servicii, revenindu-i serviciului social în care persoana vârstnică se află.

Menționăm că în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (1) lit. d) din Hotărârea de Guvern nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal, autoritățile publice locale sunt obligate să comunice sau, după caz, să pună la dispoziția instituțiilor/structurilor cu atribuții în monitorizarea și controlul respectării drepturilor omului, în monitorizarea utilizării procedurilor de prevenire și combatere a oricăror forme de tratament abuziv, neglijent, degradant asupra beneficiarilor serviciilor sociale și, după caz, instituțiilor/structurilor cu atribuții privind prevenirea torturii, informațiile solicitate, acordându-le sprijin în realizarea vizitelor de monitorizare, în condițiile legii.

În scopul monitorizării centrelor rezidențiale pentru persoane vârstnice, în perioada martie-iunie 2020 (perioadă în care au fost sistate vizitele în contextul epidemiei de

COVID-19), au fost formulate adrese către: •direcții generale de asistență socială și protecția copilului (autorități care au în subordine: centre rezidențiale pentru copii, locuințe protejate, centre rezidențiale/cămine pentru persoane vârstnice, centre rezidențiale pentru persoane adulte cu handicap etc.); •autorități publice locale (care au în subordine: centre rezidențiale pentru copii, cămine pentru persoane vârstnice etc.); •furnizori privați de servicii sociale (organizații neguvernamentale; persoane fizice autorizate în condițiile legii; operatori economici, în condiții speciale, prevăzute de lege; culte recunoscute de lege); •filiale și sucursale ale asociațiilor și fundațiilor internaționale recunoscute, în conformitate cu legislația în vigoare, fiind vizate, în principal, centre rezidențiale pentru persoane vârstnice care dețin licență de funcționare, aflate la data transmiterii adreselor (6 aprilie 2020), pe site-ul Ministerului Muncii și Justiției Sociale la adresa: <http://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>.

Solicitățile au fost transmise unui număr de 548 centre rezidențiale pentru persoane vârstnice dintre care 22 servicii sociale care funcționează în subordinea Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, 93 servicii sociale care funcționează în subordinea autorităților publice locale și 433 servicii sociale organizate de furnizori privați.

Din totalul celor 548 furnizori de servicii sociale, aproximativ jumătate nu au răspuns solicitării MNP. Lista acestor furnizori va fi transmisă Ministerului Muncii și Protecției Sociale în vederea analizării situației, având în vedere că în conformitate cu prevederile art. 40 alin. (1) din Legea nr. 35/1997, republicată, **instituțiile sunt obligate să pună la dispoziția MNP orice documente sau informații care se află la dispoziția lor sau pe care le pot procura, aceste documente fiind solicitate în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale.**

Prin adresele transmise către centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice, au fost solicitate informații care privesc aspecte esențiale pentru desfășurarea în bune condiții a activității din centre, cât și pentru asigurarea condițiilor de viață și a tratamentului beneficiarilor cu respectarea prevederilor legale și standardelor naționale și internaționale în materia respectării drepturilor fundamentale.

Începând cu luna iunie 2020 au fost monitorizate prin intermediul vizitelor clasice sau prin mijloace alternative 13 centre rezidențiale pentru persoane vârstnice: Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șișești, județul Mehedinți; Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice Speranța, municipiul București; Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice Sky Angel, Dărăști-Vlașca, județul Giurgiu; Căminul pentru persoane adulte și vârstnice Anina, județul Caraș-Severin; Căminul pentru Bătrâni Asociația Creștină Sf. Prooroc Ilie, Balotești, județul Ilfov; Căminul pentru persoane vârstnice Mozăceni, județul Argeș; Căminul pentru persoane vârstnice Blaj, județul Alba; Căminul pentru persoane vârstnice Tutova, județul Vaslui; Căminul pentru persoane vârstnice ProSenectute Lilieci, județul Bacău; Centrul pentru Persoane Vârstnice „Sfântu Gheorghe” Oltenița, județ Călărași; Căminul pentru persoane vârstnice „Sf. Antim Ivireanul” Călărași.

Următoarele centre au refuzat monitorizarea de către MNP, invocând faptul că nu sunt loc de detenție: ***Centrul pentru Persoane Vârstnice San Francesco Giurgiu, județul Giurgiu***, centru privat și ***Unitatea de Asistență Medico-Socială „Dr. Elena Popovici” Flămânzi, Județul Botoșani***. În cazul celei din urmă unități, în cursul lunii noiembrie 2020 MNP urma să se efectueze o vizită de verificare a implementării recomandărilor formulate urmare a vizite efectuate în anul 2019. Deși, inițial, noua conducere a centrului (conducerea s-a schimbat în perioada dintre cele două vizite) s-a arătat dispusă să participe la vizita programată de comun acord, după transmiterea adresei prin care se solicitau informații/documente privind activitatea unității, personalul unității a refuzat să dea curs

solicităților. S-a motivat această schimbare de atitudine cu faptul că unitatea nu este un centru de detenție și nu intră sub incidența Legii nr. 35/1997, republicată.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Referitor la situația beneficiarilor pe perioada stării de urgență, s-a reținut că:

► Ministerul Muncii și Protecției Sociale a recomandat să se identifice familiile/susținătorii care pot lua în familie și pot îngriji beneficiarii pe perioada stării de urgență, motiv pentru care unitățile au trimis înștiințării privind această posibilitate. În urma celor transmise, fie nu au fost cazuri, fie au fost foarte puține situații în care susținătorii legali au dorit și au avut posibilitatea să ia acasă beneficiarii de servicii sociale, solicitând în scris acest lucru (Căminul de bătrâni ASSC Ploiești; S.C. Manor Care House S.R.L. - Centru de îngrijire pentru persoane vârstnice Ploiești, județul Prahova; Tangent Alzheimer Care S.R.L. - Cămin pentru persoane vârstnice Breaza; Căminul pentru persoane vârstnice „Sf. Antim Ivireanu” Călărași; Asociația „Decența pentru Bătrâni”, Bihor; Asociația de Întrajutorare „Sfânta Maria” Botoșani - Căminul pentru persoane aflate în incapacitatea de a se îngriji singure). În unele cămine, toți beneficiarii reprezentau cazuri sociale, care nu aveau aparținători sau venituri pentru a se întreține astfel că, în aceste cazuri, persoanele vârstnice nu aveau unde să revină, în familie (Căminul pentru persoane vârstnice Sf. Elena Târgoviște).

► În această perioadă au fost înregistrate puține cazuri de admitere în centre (la Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare - Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău au fost admiși 2 noi beneficiari; la Căminul pentru persoane vârstnice Baia Sprie au fost admiși 5 beneficiari etc.). Conform informațiilor primite, în toate cazurile de admitere în cămine a fost respectată procedura adoptată pentru beneficiarii primiți în regim de urgență (testare COVID-19, izolare timp de 14 zile, măsuri de dezinfectie și igienă suplimentare etc.). Lipsa admișterilor în centre s-a datorat recomandărilor primite de la Ministerul Muncii și Protecției Sociale (Recomandări privind prevenirea și managementul situației generate de epidemie de COVID-19 în serviciile sociale) și afișate/aduse la cunoștința personalului și a beneficiarilor, activităților de consiliere realizată de către inspectorii sociali din cadrul agențiilor teritoriale pentru plăți și inspecție socială, cât și de prevederilor Ordonanțelor Militare, pe toată perioada stării de urgență, care recomandau să nu fie admise persoane vârstnice pe motiv de securitate medicală.

► În unele cazuri, pentru situații de urgență (reveniri din spital sau situații de suspiciune privind infectarea cu COVID-19) a fost amenajat un cort militar în curtea căminului/centrului, unde puteau fi aplicate măsurile de dezinfectie pentru beneficiari și sterilizare cu lampa UV a efectelor acestora, precum și o cameră de izolare. Au fost desemnate numai anumite persoane din rândul personalului angajat, pentru a oferi servicii beneficiarilor aflați în camera de izolare. Izolarea persoanei vârstnice s-a făcut pentru o perioadă de 14 zile, realizându-se screening-ul medical și monitorizarea permanentă a stării de sănătate (Căminul de bătrâni „Sf Mănăstire Christiana” București; Căminul de bătrâni „Sf. Dumitru” Bragadiru; Asociația „Casa Sufletului” București; Căminul pentru persoane vârstnice „On To On Nursing”; Căminul pentru persoane vârstnice „Sf. Antim Ivireanu” Călărași; Căminul pentru persoane vârstnice Voluntari, județul Ilfov, Complex Zathureczky Berta, Sfântul Gheorghe).

Referitor la procedura adoptată pentru beneficiarii primiți în regim de urgență (dacă se realizează screening-ul medical, unde se asigură cazarea beneficiarului etc.), s-a menționat că:

► A fost elaborată o procedură care prevede că beneficiarii admiși pe perioada stării de urgență sunt găzduiți în cameră și izolați o perioadă de 14 zile față de ceilalți beneficiari. Dacă persoana vârstnică venea din spital, a fost solicitat rezultatul testării COVID-19 (Centrul

rezidențial pentru seniori „Rezidența Bunicilor” București; Fundația „Longevita” București; Căminul de bătrâni „Nik&Sara Travel” București; Asociația „Decența pentru Bătrâni”, județul Bihor). Beneficiarii primiți în regim de urgență au fost obligați să-și facă testul rapid și au fost izolați 14 zile în izolatorul special amenajat pentru situații de acest gen sau similare (Asociația „Kronos” Constanța). În cazul unor internări noi în cadrul căminului/centrului, pe perioada stării de urgență, persoanele vârstnice ce urmau a fi instituționalizate aveau obligația să dețină în documentele medicale rezultatul testării COVID-19 (Asociația Ariminia, jud. Ilfov – Căminul pentru îngrijirea și recuperarea vârstnicilor).

► Pentru beneficiarii primiți în regim de urgență s-a realizat screening-ul medical de către spital, aceștia au venit cu aviz de intrare în colectivitate și cu analize medicale, apoi au fost cazați în spații special amenajate pentru o perioadă de 14 zile, timp în care li s-au efectuat investigații medicale de către instituțiile medicale cu care colaborează căminul/centrul, sub supravegherea asistenților medicali ai căminului/centrului (Centrul pentru persoane vârstnice din cadrul Ansamblului Social Creștin Măgurele; Asociația creștină „Sf. Gheorghe și Sf. Dumitru” Balotești; Casa „Seniors Heaven” București). A fost realizat screening-ul medical, în laboratoare specializate, de către familia beneficiarului care a dorit admiterea în rezidență. Beneficiarii noi au fost admiși doar în urma testării PCR pentru COVID-19, aceștia au fost izolați pentru 14 zile într-o încăpăre special amenajată din instituție (Asociația „Vârstnicii noștri”- Căminul de bătrâni „Rezidența Speranța” Constanța, Căminul de bătrâni Mangalia). Alte cămine au luat măsura amenajării unui compartiment COVID-19 pentru posibili infectați dotat cu 5 paturi și grup sanitar propriu (Centrul pentru persoane vârstnice Bocșa, județul Caraș-Severin). În cazul reintegrării în familie, pe perioada stării de urgență, persoana reintegrată în familie a fost monitorizată continuu în ceea ce privește asigurarea nevoilor acesteia (cumpărături, medicamente, consiliere socială) de către personalul din cadrul serviciului public de asistență socială de la nivel local (Căminul de bătrâni Mangalia).

► Începând cu luna martie 2020 admiterile au fost suspendate, iar vizitele aparținătorilor persoanelor instituționalizate în centrele din subordinea Direcției Generale de Asistență Socială a Municipiului București au fost limitate (Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Berceni, Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Darvari, Centrul rezidențial „Sf. Teodora” și Căminul pentru persoane vârstnice „Academician Nicolae Cajal”. Ulterior, tot în cursul lunii martie, au fost suspendate învoirile beneficiarilor, vizitele aparținătorilor, activitățile recreative, activitatea voluntarilor și a fost impusă informarea și instruirea personalului, dar și a beneficiarilor cu privire la măsurile adoptate pentru prevenirea răspândirii COVID-19. Astfel, la începutul programului de lucru, la orice schimbare a măsurilor de prevenire sau de câte ori este necesar, s-a efectuat informarea permanentă, pozitivă și fermă. Membrii personalului din centre, la intrarea în serviciu, aveau obligația de a completa o declarație pe propria răspundere cu privire la intrarea în serviciu, dacă au intrat sau nu în contact direct cu persoane bolnave cu COVID-19, precum și cu privire la prezența/absența simptomelor specifice infecției, atât pentru salariați, cât și pentru membrii familiei cu care locuiesc, inclusiv istoricul călătoriilor acestora. Apoi, a fost stabilită obligația de a se dezinfecta la intrare, de a schimba ținuta de stradă, de a purta echipamentul de protecție, de a-și măsura temperatura și saturația. Accesul personalului în alte spații decât cele în care își desfășoară activitatea a fost limitat, aceste aspecte fiind regăsite ca reguli de conduită în majoritatea centrelor.

Referitor la situația deceselor survenite pe perioada stării de urgență, s-a reținut că:

► Majoritatea cauzelor deceselor au constat în: afecțiuni cardiace, demențe severe, tumoră, accidente vasculare cerebrale, diabet zaharat, insuficiență venoasă cronică, blocaj

renal, colită hemoragică, insuficiență organică multiplă, insuficiență renală cronică, stop cardio-respirator, iar locul decesului a fost de cele mai multe ori în cămin/centru. Au fost identificate situații în care locul decesului a fost în spital, iar acesta a fost certificat de medicul specialist sau de medicul specialist de medicină legală din cadrul Serviciului de Medicină Legală Vâlcea (centre/cămine din județul Vâlcea). De asemenea, au existat și decese constatate de Serviciul de Ambulanță (Centrul de îngrijire și asistență Bistrița; Căminul pentru persoane vârstnice „Sfântul Ilie” Galați, Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice „Sfânta Maria”, comuna Mărgineni, județul Bacău). De menționat că, potrivit articolelor din presă și răspunsului transmis instituției Avocatul Poporului, căminul a fost declarat focar COVID-19 (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfântul Ilie” Galați). În răspuns se menționează că, începând cu data de 04.04.2020 *beneficiarii declarați pozitiv cu COVID -19 au fost transferați la diferite spitale din municipiul Galați, unde, o parte dintre ei au decedat*, dar fără a se preciza numărul acestora sau alte informații. Ulterior, și alte cămine au fost declarate focar COVID-19 (Căminul „Salvați Bătrânii Sucești” Bacău etc). Din răspunsurile primite s-a constatat că pentru nicio persoană decedată nu s-a efectuat autopsie medico-legală.

Referitor la condițiile de cazare – număr de paturi/cameră raportat la suprafața camerei, amenajarea unor spații/săli de izolare în cazul suspiciunii infectării, s-au constatat următoarele:

► Clădirile în care funcționau centrele dispuneau de dormitoare suficiente în care erau amenajate 1-6 paturi, holuri, băi cu duș, vestiare, depozite rufe curate, săli de lectură/socializare, săli de mese, grupuri sanitare beneficiari și personal, cabinete medicale, cabinete de fizioterapie și recuperare, etc, condițiile de cazare fiind, în principal, cele impuse de Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare, organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice, formulate în Ordinul nr. 29/2019 al ministrului muncii și justiției sociale, aspect garantat prin deținerea licenței de funcționare.

► Au fost amenajate 2-3 camere de izolare (Asociația „Kronos” Constanța; Paradisul Seniorilor Giurgiu; Asociația vârstnicilor noștri-Căminul de bătrâni „Rezidența Speranța” Constanța; Căminul pentru persoane vârstnice „On To On Nursing”, județul Ilfov; Asociația creștină „Sf. Gheorghe și Sf. Dumitru” Balotești, județul Ilfov; Căminul „Sf. Elena” Afumați, județul Ilfov; Căminul de bătrâni „Casa Primitoare” Ciorogârla, județul Ilfov; Casa „Seniors Heaven” Municipiul București; Căminul de bătrâni „Filantropia” Berca, județul Buzău; Căminul de bătrâni „Ganesh” Municipiul București; S.C. Manor Care House S.R.L. - Centru de îngrijire pentru persoane vârstnice Ploiești, județul Prahova; Tangent Alzheimer Care S.R.L. - Cămin pentru persoane vârstnice Breaza), iar în alte situații, pentru cazurile suspecte de infecție cu Coronavirus s-a pregătit etajul I al clădirii, izolându-l complet de restul spațiului (Casa San Giuseppe Ștefăneștii de Jos, județul Ilfov). În majoritatea cazurilor se asigura o distanță de minimum 2 m între paturi pentru cazurile suspecte, în camere special amenajate.

► La nivelul unor centre au fost identificate spații cu rol de triaj sau posibilă izolare pentru beneficiarii de servicii sociale, în situația în care unul dintre beneficiari prezenta simptomatologie asemănătoare infecției COVID-19. Conform procedurilor stabilite, se contactează în regim de urgență medicul de familie, iar în situația în care acesta nu este disponibil, se sună la numărul de urgență 112. În situația în care unul dintre beneficiari este declarat infectat, la nivelul căminului/centrului rezidențial sunt aplicate măsurile stabilite de către Direcția de Sănătate Publică Județeană, iar în situația în care serviciul rezidențial este declarat în carantină, beneficiarii sunt repartizați pe dormitoare în funcție de situația lor (infectați - în situația în care pentru aceștia nu este recomandată spitalizarea imediată de către DSP și cei neinfecțați). Beneficiarii neinfecțați sunt repartizați pe dormitoare în funcție de

complexitatea afecțiunilor medicale și de prezența imunodeficienței. Se recomandă ca beneficiarii infectați să fie îngrijiți singuri în cameră dar, în situația în care acest lucru nu este posibil, ei vor fi repartizați pe dormitoare în funcție de gravitatea simptomatologiei specifice infecției, cu menținerea distanței fizice recomandate între paturi. În situația în care beneficiarii infectați, nespitalizați la recomandarea DSP, nu pot fi repartizați singuri în cameră din cauza spațiilor limitate ale unității de protecție socială, vor fi utilizate separatoare, perdele de plastic, cu păstrarea distanței între paturi. Personalul ce îngrijește beneficiarul, la momentul confirmării infectării acestuia, nu va deservi și beneficiari neinfecțați din alte dormitoare. De la momentul confirmării unui beneficiar este obligatorie purtarea de către personal a echipamentului complet de protecție.

► S-a avut în vedere evitarea servirii mesei în sala de mese a tuturor beneficiarilor, pentru a permite păstrarea distanței recomandate, folosindu-se ca alternativă servirea mesei pentru grupuri mai mici sau în cameră (Centrul pentru persoane vârstnice din cadrul Ansamblului Social Creștin Măgurele, județul Ilfov).

Referitor la elaborarea și implementarea unui Plan de urgență adaptat noului context în care prioritatea o constituie prevenirea și gestionarea eficientă a pandemiei de Coronavirus, s-a reținut că:

► Majoritatea centrelor au elaborat un Plan de urgență/Plan de măsuri adaptat noului context, ca document distinct de Planul de urgență în caz de retragere a licenței de funcționare/desființare serviciu social (Centrul rezidențial pentru seniori „Rezidența Bunicilor” București; Căminul de bătrâni „Nik&Sara Travel” București; Asociația vârstnicilor noștri - Căminul de bătrâni „Rezidența Speranța” Constanța; Căminul pentru persoane vârstnice „On To On Nursing” județul Ilfov; Centrul rezidențial pentru persoane vârstnice „Inimi frumoase” Crevedia, județul Ilfov; Casa Seniorilor Zamfira, județul Prahova; Căminul de bătrâni „Filantropia” Berca, județul Buzău; Asociația „Don Orione” Voluntari, județul Ilfov, S.C. Manor Care House S.R.L. - Centru de îngrijire pentru persoane vârstnice Ploiești, județul Prahova; Tangent Alzheimer Care S.R.L. - Cămin pentru persoane vârstnice Breaza etc). La baza elaborării Planului de urgență al căminului au stat contextul epidemiologic existent, dimensiunea resurselor umane existente la nivelul serviciului social, precum și recomandările făcute de către Comitetul Național pentru Situații Speciale de Urgență. Planul de măsuri pentru prevenirea infecției cu COVID-19 are ca scop: stabilirea unui set de reguli și măsuri, pentru asigurarea unei intervenții oportune și unitare, în situația suspiciunii sau confirmării unor cazuri de infecție cu COVID-19; stabilirea responsabilităților privind monitorizarea situațiilor, schimbul de informații, coordonarea acțiunilor, forțelor și mijloacelor și managementul acțiunilor de intervenție; limitarea răspândirii epidemiei prin desfășurarea acțiunilor de cooperare cu structurile de specialitate (inclusiv informarea personalului și a beneficiarilor cu privire la regulile de igienă, păstrarea distanței fizice, folosirea echipamentului de protecție; stabilirea măsurilor de protecție a personalului propriu (Căminul de bătrâni ASSC Ploiești, județul Prahova centrele rezidențiale din subordinea DGASPC Ialomița). O parte a centrelor încheiaseră acorduri de parteneriat cu alte servicii sociale cu același specific, în vederea transferării beneficiarilor care nu au posibilitatea revenirii în familie pe perioada epidemiei, în caz de forță majoră (Asociația „Decența pentru Bătrâni”, Bihor).

► În cadrul unor centre au fost elaborate proceduri ce cuprind măsuri în vederea prevenirii răspândirii COVID-19 și gestionarea situației în cazul îmbolnăvirii (Centrul rezidențial pentru seniori „Rezidența Bunicilor” București), cât și Ghiduri pentru prevenirea

și controlul infecțiilor cu COVID-19 (Centrul rezidențial pentru persoane vârstnice „Tangent Alzheimer Care” Breaza, județul Prahova).

Referitor la actualizarea unor proceduri/programe existente (procedura de admitere, program pentru igienă și dezinfecție, substanțe folosite, frecvență), s-a menționat că:

► Au fost actualizate o parte a procedurilor operaționale (Procedura privind admiterea; Procedura privind suspendarea serviciilor), astfel încât să corespundă măsurilor de prevenire și reducere a efectelor pandemiei de COVID-19. Admiterea în cămin/centru se face având la bază rezultatul negativ al unui test (Centrul rezidențial pentru persoane vârstnice „Seniors Residence”, județul Ilfov) sau la admiterea în cămin, beneficiarul era evaluat de către medicul unității, iar pe o perioadă de 14 zile urma să stea izolat de ceilalți beneficiari în spațiul special amenajat (Căminul de bătrâni „Filantropia” Berca, județul Buzău, Căminul de bătrâni „Nik&Sara Travel” București).

► Au fost elaborate Planuri de continuitate care să asigure funcționarea serviciilor sociale în mod continuu, în situația în care personalul este infectat cu SARS-CoV-2 (cămine/centre din subordinea DGASPC Buzău).

► Au fost adaptate programele pentru igiena și dezinfecția spațiilor în sensul creșterii frecvenței cu care se realizează aceste activități, folosindu-se soluții dezinfectante pe bază de alcool și/sau clor, săpun, dezinfectant pentru mâini pe bază de alcool etc.

► Au fost modificate procedurile privind standardizarea depozitării și eliminării gunoierului, în mod special în situația în care la nivelul serviciului rezidențial a fost infectată o persoană (în acest caz gunoierul se păstrează în containere speciale); Standardizarea curățirii materialelor atinse de reziduuri umane (fecale și vomă). De asemenea, au fost adoptate planuri de gestiune a resurselor umane în scopul aplicării măsurilor de suspendare a raportului de serviciu/contractului individual de muncă pentru salariații din aparatul propriu, a fost modificat programul de lucru, prin stabilirea a trei intervale orare de începere a activității, suspendarea realizării stagiilor de practică și a activităților de voluntariat, în principal în centrele/căminele publice. A fost întocmit Registrul special pentru evidența temperaturii fiecărui angajat, precum și Registrul special pentru evidența temperaturii beneficiarilor căminului, obligativitatea completării acestora fiind a angajaților de serviciu pe tură (Fundatia „Casa Pâinii” Viziru, județul Brăila). Beneficiarilor căminului li s-a măsurat zilnic temperatura, tensiunea arterială și numărul respirațiilor pe minut (indicator în depistarea unei insuficiențe respiratorii severe), toate valorile fiind consemnate într-un registru special (Asociația „Sfântul Ilie” Mălini, județul Suceava).

Referitor la informarea și instruirea personalului și a beneficiarilor cu privire la măsurile speciale luate, cu menționarea perioadei în care aceste măsuri vor fi active, cât și informarea permanentă, pozitivă și fermă a personalului, beneficiarilor, aparținătorilor etc., s-a transmis că:

► Toate unitățile au luat măsuri pentru informarea și instruirea personalului cu privire la măsurile de protecție și prevenire a infectării cu COVID-19. S-a avut în vedere ca personalul să fie bine instruit și să respecte regulile în ceea ce privește menținerea sănătății beneficiarilor și prevenirea infectării cu COVID-19. Angajații au fost informați cu privire la îngrijirea medicală, igiena beneficiarilor și igienizarea căminului, folosind: mănuși, măști, gel de mâini dezinfectant, șervețele antibacteriene și soluții dezinfectante pentru curățarea și igienizarea pardoselilor și a suprafețelor de orice tip (Asociația „Decență pentru Bătrâni” Oradea), cât și cu privire la aplicarea și respectarea, cu strictețe, a tuturor măsurilor speciale luate și perioada instituirii acestora, inclusiv despre interzicerea vizitelor în această perioadă (Asociația

Comunitatea Surorilor Franciscane sub Ocrotirea Sfintei Familii din Mällersdorf, Odorheiu Secuiesc; Asociația „Linștea Bunicilor” Satu Mare - Cămin pentru persoane vârstnice Emilia). Angajații și beneficiarii au fost informați periodic despre noile acte legislative adoptate, precum și despre noile măsuri ce trebuie luate în cămin/centru, pentru aplicare prevederilor legale existente, cu privire la conținutul procedurilor și altor informații relevante cu privire la situația existentă, informații preluate permanent de pe paginile autorităților (www.mmuncii.ro; www.ms.ro; www.mai.gov.ro), iar conducerea căminului/centrului s-a asigurat că oferă informațiile necesare și intervine în vederea prevenirii/diminuării stărilor de panică manifestate de membrii echipei căminului/centrului.

► În centre se regăsesc afișe în vederea păstrării distanțării fizice, afișe cu privire la modalitatea concretă de spălare pe mâini. La nivelul fiecărui cămin/centru a fost stabilită o echipă de comunicare și o echipă de permanență care să asigure comunicarea și raportarea în timp util a informațiilor referitoare la eventualele incidente legate de infecția cu COVID-19 (Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București - Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Berceni, Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Darvari, Centrul rezidențial Sf. Teodora și Căminul pentru persoane vârstnice Academician Nicolae Cajal).

► În termen de 24 de ore de la publicarea Ordonanței Militare nr. 8/2020 în Monitorul Oficial al României s-a luat măsura de izolare preventivă la locul de muncă a salariaților în cadrul căminului, pe o perioadă de 14 zile urmată ciclic de o perioadă de izolare preventivă la domiciliu, pe o perioadă egală cu cea de izolare preventivă la locul de muncă. În acest sens au fost pregătite camere necesare cazării salariaților sau, după caz, au fost solicitate spații de cazare de la autoritatea publică locală pe raza căruia funcționează serviciul social. Organizarea muncii în sistem de izolare preventivă la locul de muncă pe o perioadă de 14 zile a presupus asigurarea din partea căminului a locurilor de cazare, a hranei zilnice necesare acestuia, precum și a asigurării transportului personalului care s-a aflat în izolare preventivă la domiciliu, de la locul de muncă la domiciliu/reședința acestuia și invers, cu respectarea măsurilor de protecție și prevenire a infecției.

► În majoritatea căminelor au fost luate următoarele măsuri: accesul interzis persoanelor străine de cămin, inclusiv voluntari; accesul interzis al beneficiarilor în exterior; accesul controlat în cămin al beneficiarilor, respectiv cu dezinfecție mâini; montare aparate de dezinfecție mâini cu senzor în zona de acces; purtarea echipamentelor de protecție (mască și mănuși) de către personal și beneficiari; efectuarea triajului epidemiologic; s-a realizat instructajul tuturor salariaților cu privire la măsurile de prevenție și s-a întocmit proces verbal de instruire; au fost afișate la loc vizibil pentru vizitatori regulile preventive de urmat pentru prevenirea coronavirusului, emise de Ministerul Sănătății; a fost asigurată permanența pe ture, au fost amenajate spații destinate izolării pentru salariații acestuia; s-a asigurat hrana caldă (Căminul pentru persoane vârstnice „Sf. Elena Târgoviște”, județul Dâmbovița; Căminul de bătrâni Mangalia, județul Constanța), conform prevederilor standardelor de calitate, atât pentru beneficiari, cât și pentru salariați.

► Schimbul de tură s-a făcut cu mașina căminului sau cu autoturismele angajaților (Căminul pentru persoane vârstnice „Acasă”, județul Ilfov; Căminul privat pentru bătrâni „Sf. Cuvioasă Parascheva” București; Căminul pentru bătrâni „Sf. Mina” București; Asociația „Casa Seniorilor Zamfira”, județul Prahova).

Referitor la tipurile de restricții temporare care au fost adoptate (interdicții de deplasare în interiorului sau exteriorul unității, interdicții de folosire a unor spații comune

– *săli de recreere și petrecere a timpului liber, cu privire la locul de servire a hranei, interzicerea accesului reprezentantului cultului religios, etc*), s-a reținut că:

► Restricțiile temporare adoptate la nivelul căminului/centrului au fost luate în conformitate cu Ordonanța militară nr. 8/2020 privind măsurile de prevenire a răspândirii COVID-19, în vigoare de la 10 aprilie 2020, în sensul că a fost instituită izolarea la locul de muncă, pentru o perioadă de 14 zile, aceasta fiind urmată de o perioadă de izolare la domiciliu pe o perioadă de alte 14 zile.

► S-a suspendat vizitarea beneficiarilor de către aparținători, dar au fost puse la dispoziția acestora numere de telefon la care se pot afla informații despre beneficiari.

► Activitățile colective în interior și în exterior au fost suspendate, evitându-se, pe cât posibil adunarea beneficiarilor în zona de socializare. Dezinfecția aerului din incinta căminului, din spațiile comune și de socializare s-a realizat zilnic cu ajutorul lămpilor cu raze ultraviolete. (Căminul pentru persoane vârstnice Constanța), cât și impunerea unei distanțe de minimum 1,5 m între persoane în cămin/centru și în zonele comune de recreere precum curte, sala de mese etc. (Federația comunităților evreiești din România-Cultul Mozaic București; Căminul pentru persoane vârstnice „On To On Nursing”, județul Ilfov).

► Accesul vizitatorilor, al aparținătorilor, al susținătorilor sau reprezentanților legali ai beneficiarilor a fost reluat gradual pe perioada stării de alertă cu respectarea regulilor de disciplină sanitară stabilite de autoritățile cu atribuții în domeniu (purtarea obligatorie a echipamentelor individuale specifice-mască de protecție, mănuși, etc), vizitele au fost organizate în aer liber, în spațiile amenajate, cu păstrarea distanței de minimum 1,5 m, iar durata vizitei de maximum 15 minute. Ieșirea beneficiarilor din cămin/centru s-a făcut numai din motive justificate ce nu suportau amânare și au fost precedate de informarea în scris a beneficiarului cu privire la recomandările de siguranță publică emise de Institut Național de Sănătate Publică, precum și de stabilirea unui traseu clar al deplasării în exteriorul căminului/centrului. Unele centre au decis ca beneficiarii să se poată vedea cu familia/reprezentanții legali numai de la distanță, nefiind permis accesul acestora în curtea căminului/centrului.

► Pe perioada stării de urgență au fost interzise întâlnirile beneficiarilor în sala de socializare, servirea meselor s-a realizat în cameră, iar primirea vizitelor a fost strict interzisă (Centrul pentru persoane vârstnice „Briza Mării”, județul Constanța; Asociația vârstnicilor noștri-Căminul de bătrâni „Rezidența Speranța” Constanța; Centrul de asistență socială „Ingvar Kamprad” Siret, județul Suceava).

► Plimbările în aer liber și în curte au fost organizate pentru grupuri de cel mult 2 beneficiari, cu păstrarea distanței recomandate. Au fost suspendate activitățile colective în interior și exterior, cât și adunarea beneficiarilor în camera de zi. S-a interzis accesul familiilor/aparținătorilor, voluntarilor, reprezentanților cultelor religioase, altor vizitatorilor în incinta căminului/centrului, precum și a autovehiculelor care nu aparțin instituției (Centrul pentru persoane vârstnice din cadrul Ansamblului Social Creștin Măgurele; Casa San Giuseppe, Ștefăneștii de Jos, județul Ilfov; Fundația Ciocănești Bucovina, Vatra Dornei, județul Suceava).

► A fost adaptat programul de servire a mesei prin orar diferențiat, sau servirea mesei în salon sau în măsura posibilității, în alte spații, păstrându-se distanța recomandată (Fundația Longevita București; Fundația Umanitară Salem, Salonta, județul Bihor).

► În această perioadă nu au putut fi introduse în centre alte produse decât cele asigurate de furnizorii proprii, cu respectarea măsurilor de protecție impuse. La primirea pachetelor din partea aparținătorilor, se respecta următoarea procedură: acestea se așezau în

cutie de plastic pregătită în mod special și se dezinfectau, apoi personalul de pe secție ridica produsele și le împărțea beneficiarilor (Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București - Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Berceni; Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Darvari; Centrul rezidențial Sf. Teodora și Căminul pentru persoane vârstnice „Academician Nicolae Cajal”).

► Au fost puse în practică următoarele restricții temporare: interzicerea accesului aparținătorilor în cămin/centru, interzicerea pachetelor cu alimente aduse de aparținători, restricționarea angajaților în cămin dacă aceștia își pot desfășura munca de la domiciliu, restricționarea medicului nutriționist în cămin/centru (acesta primește meniurile pe e-mail și le aprobă sau modifică, după caz), restricționarea medicului căminului/centrului, acesta fiind solicitat doar în momentul în care consultația nu se poate oferi telefonic (Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare -Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău).

Referitor la sincope apărute în asigurarea asistenței medicale (apeluri la 112 și soluționarea acestora, prezentarea la consultații medicale, asigurarea tratamentului necesar etc.), au fost constatate următoarele:

► Nu au apărut disfuncționalități în asigurarea asistenței medicale de către personalul de specialitate al centrelor, în majoritatea centrelor nefiind necesară apelarea numărului unic de urgență 112. În cadrul Centrului de îngrijire și asistență Ilovăț, jud. Mehedinți în perioada stării de urgență un beneficiar a devenit agitat și i s-a administrat tratamentul indicat de medicul psihiatru prin telefon, nefiind nevoie de transport la spital.

► La primul schimb de tură, după 14 zile de izolare proactivă în cadrul căminului, s-au achiziționat teste rapide pentru depistarea COVID-19 pentru a testa personalul care venea de la domiciliu, în condițiile în care s-a solicitat testarea personalului de către DSP Bacău, dar nu s-a primit niciun răspuns (Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare -Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău).

Referitor la asigurarea unor cantități suficiente de produse dezinfectante și produse de protecție a personalului, au fost consemnate următoarele:

► În majoritatea centrelor au fost asigurate cantități suficiente de produse dezinfectante și materiale de protecție a personalului de serviciu, având stocuri suficiente încă de la începutul pandemiei (produse dezinfectante, servetele antimicrobiene, mănuși de unică folosință, săpun lichid, gel dezinfectant pentru mâini, mănuși de unică folosință, măști de protecție, botoși de unică folosință, halate). Pe lângă măștile de protecție achiziționate, au fost confecționate și alte măști de protecție din material textil la atelierul de criatorie al asociației (Asociația „Don Orione” Voluntari). Conducerea căminului a achiziționat echipamente de protecție, respectiv mănuși, botoși, halate și bonete, iar 500 de măști au fost primite ca donații de la DGASPC Bacău (Căminul „Speranța Bunicilor” Bacău).

► Căminul pentru persoane vârstnice „Casa Bunicilor”, județul Dâmbovița a solicitat către DGASPC Dâmbovița materiale de protecție (măști, halat, botoși etc.); deși răspunsul a fost pozitiv, sprijinul nu a fost acordat, căminul având dificultăți de a identifica furnizori de la care să poată achiziționa astfel de echipamente (aprilie 2020).

► Printr-o asociere spontană a căminelor pentru persoane vârstnice, reprezentanții acestora au solicitat oficial către Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Sănătății, sprijin pentru achiziționarea de materiale de protecție, dar demersul întreprins nu a avut niciun rezultat. Căminul/centrul a reușit achiziționarea de produse de protecție uzuale pentru personal dar s-a dorit achiziționarea de echipament de protecție de gradul III (Fundația Longevita, București).

► Pe perioada stării de urgență s-au înregistrat dificultăți în ceea ce privește aprovizionarea, de către agentul comercial cu care exista încheiat un contract de colaborare, cu bonete, măști de protecție, papuci protectori, dezinfectanți, motivul fiind lipsa acestor produse din depozitele furnizorului. De asemenea, prețul anumitor produse (spirt, clor, cloramină) comercializate de un alt furnizor, au crescut considerabil după instaurarea stării de urgență (Asociația Umanitară „Acoperământul Maicii Domnului” Bacău – Centrul rezidențial pentru persoane Vârstnice „Sfânta Maria”, comuna Mărgineni, județul Bacău).

Referitor la asigurarea continuității serviciilor de asistență psiho-socială (personal de specialitate disponibil, activități desfășurate, documente elaborate de specialiști etc.).

► Serviciile de asistență psiho-socială au fost restrânse la maximum pentru a se respecta distanțarea fizică. Au fost sistate activitățile de socializare, activitățile de ergoterapie s-au desfășurat în camerele proprii ale beneficiarilor. Documentele elaborate de specialiști au fost elaborate de la domiciliu și trimise online („Reședința pentru Seniori” Hunedoara; Fundația Siloam, Sfăraș, județul Sălaj; Centrul pentru persoane vârstnice Sisești, județul Mehedinți; Fundația Ciocănești Bucovina, Vatra Dornei, județul Suceava) sau serviciile de asistență psiho-socială au fost restrânse la maximum pentru a se respecta regulile impuse (distanțare recomandată, număr redus de participanți la activități, etc). În unele cămine serviciile de asistență psiho-socială au fost asigurate fără întrerupere, căminul/centrul având angajat un psiholog și un asistent social propriu, ambii cu program normal de lucru (Asociația „Don Orione” Voluntari).

► La solicitarea beneficiarilor sau reprezentanților legali ai acestora, personalul de specialitate din centre oferă servicii de consiliere și suport prin intermediul telefonului (comunicare audio și/sau audio-video). O parte a serviciilor de asistență psihologică s-au făcut prin sistem videoconferință prin Skype sau facetime, soluția fiind limitativă datorită dificultăților inerente pacienților cu demență senilă de a utiliza, chiar și cu ajutor, dispozitive moderne de comunicare (Fundația Longevita București).

► În această perioadă s-au continuat programele de terapie ocupațională zilnic, de către psihologul și kinetoterapeutul căminului/centrului, care și-au desfășurat activitatea individual sau în grupuri mici, aceștia intrând în izolare în centru (Casa San Giuseppe, Ștefăneștii de Jos, județul Ilfov). Activitățile de ergoterapie s-au desfășurat în camerele proprii ale beneficiarilor.

► Activitățile colective în interior și exterior au fost suspendate, recomandându-se evitarea adunării beneficiarilor în camera de zi, acolo unde există această posibilitate (Centrul rezidențial pentru persoane vârstnice „Inimi frumoase” Crevedia, județul Ilfov).

► S-a asigurat consiliere psihologică și informare pentru prevenirea infecției cu virusul COVID-19, atât verbal, cât și cu materiale informative (Centrul pentru persoane vârstnice Sisești județul Mehedinți);

► Începând cu data de 25 martie 2020, serviciile de asistență psiho-socială nu au putut continua datorită izolării și respectiv depistării cu COVID-19 a specialiștilor (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfântul Ilie” Galați).

Referitor la limitarea comunicării directe între beneficiari și familiile lor în paralel cu asigurarea unor surse alternative de comunicare (telefonică, video, alte mijloace electronice) cu precizarea numărului aparatelor telefonice și calculatoarelor disponibile pentru comunicarea la distanță și care este programul stabilit pentru utilizarea acestora, s-au constatat următoarele:

► S-a urmărit menținerea relațiilor beneficiarilor cu prietenii și familiile lor, cât și între personalul angajat al centrelor și reprezentanții beneficiarilor în vederea susținerii unei stări

de sănătate mentală corespunzătoare atât a beneficiarilor, cât și a personalului de serviciu, fiind o modalitate corespunzătoare de a preveni depresia și excluziunea socială.

► Comunicarea directă a beneficiarilor cu familiile acestora a fost interzisă pe perioada stării de urgență, dar au fost puse la dispoziția acestora numere de telefon la care se puteau afla informații despre beneficiari. La cerere, se putea lua legătura cu beneficiarul prin sistem video (Asociația „Decența pentru Bătrâni”, Căminul de bătrâni Socolu de Câmpie, comuna Cozma, județul Mureș; Căminul pentru persoane vârstnice Teiuș, județul Alba; Centrul social „Gabriela Rădoiaș”, comuna Corlăteni, județul Botoșani) sau au fost transmise aparținătorilor informări prin e-mail și o scrisoare săptămânală cu privire la starea de sănătate și la situația financiară a beneficiarilor (Fundatia Calvin Janos, Târgu-Mureș). Pe parcursul stării de urgență s-a ținut legătura permanent cu angajați prin intermediul unui grup pe whatsapp, prin intermediul căruia s-au transmis, din partea conducerii, mesaje privind regulile de autoprotecție și pași de urmat în cazul în care există o suspiciune de infectare cu COVID-19 (Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare - Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău). În cadrul căminului Federația comunităților evreiești din România-Cultul Mozaic București și Fundația Longevita București au fost amplasate aparate telefonice în fiecare cameră, extinzând rețeaua de telefonie, calculatoare de acces pentru comunicare online și tablete dedicate apelurilor prin whatsapp, accesul și utilizarea echipamentelor nefiind restricționată de vreun program.

► Periodic, la solicitarea acestora, reprezentanții beneficiarilor au primit fotografii și înregistrări video cu privire la activitățile desfășurate în cadrul centrelor - ședințe de terapie ocupațională și kinetoterapie etc (Casa San Giuseppe, Ștefăneștii de Jos, județul Ilfov).

Referitor la măsurile luate cu privire la personal (conștientizarea angajaților cu privire la necesitatea anunțării medicului de familie și a angajatorului în eventualitatea apariției simptomelor specifice unei infecții cu COVID-19 sau altele similare unei infecții respiratorii, numărul personalului angajat aflat în izolare sau carantină, demisii ale personalului angajat pe perioada stării de urgență, noi angajări în această perioadă, strategii de protejare a personalului etc.), au fost comunicate următoarele:

► Măsurile adoptate de majoritatea căminelor/centrelor în scopul protecției personalului propriu, împotriva contaminării cu COVID-19 au fost în concordanță cu măsurile dispuse pe plan național de către direcțiile județene de sănătate publică. S-a impus ca personalul să respecte condițiile de restricție ale liberei circulației, cu limitarea deplasărilor între domiciliu și locul de muncă și cu stricte deplasări impuse de nevoile cotidiene. De asemenea, s-a urmărit respectarea măsurilor de igienă și echiparea cu mănuși chirurgicale, măști sanitare și cu viziere de protecție medicală, etapizat, adaptat situațiilor. În cazul în care un angajat al căminului/centrului prezenta simptome asemănătoare infecției cu COVID-19 (febră, tuse, dificultăți de respirație), acesta era obligat să întrerupă imediat activitatea și să contacteze medicul de familie; dacă medicul de familie considera că nu este caz suspect, angajatul își relua activitatea, după consemnarea datei și orei la care a fost consultat cu precizarea expresă a numelui specialistului medical. De asemenea, personalul unităților, la începerea turei de lucru, se asigura că are la dispoziție dotările necesare pentru oferirea unor activități desfășurate în regim cât mai apropiat de cel normal, respectiv că dispune de alimente, medicamentele prescrise pentru uz propriu, dezinfectanți, săpun, prosop de unică folosință, îmbrăcăminte și echipament de schimb, mijloace tehnice de comunicare etc.

► La începutul fiecărei zile de lucru personalul de serviciu a fost verificat de personalul medical, iar rezultatul controlului era consemnat în registrul special (registrul de temperaturi) înființat în acest scop. Personalul de serviciu a fost instruit periodic ca în cazul apariției simptomelor specifice infectării cu COVID-19 sau altele similare unei infecții

respiratorii, să anunțe imediat conducerea căminului/centrului, personalul medical și medicul de familie despre simptomele apărute. Fiecare angajat a completat o declarație pe propria răspundere în privința intrării în contact cu persoane suspecte sau bolnave de COVID-19 ori cu persoane recent întoarse din străinătate. Și pe perioada de izolare la locul de muncă, personalul a fost monitorizat privind starea de sănătate, urmărind decelarea oricăror semne de infecție a căilor respiratorii superioare (Așezământul Social pentru Persoane Vârstnice - Mănăstirea Christiana; Manor Care House S.R.L. - Centru de îngrijire pentru persoane vârstnice Ploiești, județul Prahova; Fundația Longevita București; Tangent Alzheimer Care S.R.L. - Cămin pentru persoane vârstnice Breaza, județul Prahova). În situația în care o persoană părăsea căminul/centrul pentru o urgență medicală, la întoarcere stătea 14 zile în carantină, într-o clădire separată, special amenajată, după care, în funcție de evoluția stării de sănătate, putea să revină la muncă (Fundația „Casa Pâinii” Viziru, județul Brăila). Fundația pentru copii „Sf. Sava” Buzău a avut în toată această perioadă voluntari care au fost împreună cu personalul angajat, în izolare, alături de beneficiari.

► Au fost stabilite rute clare pentru fiecare angajat, în funcție de specificul activității sale (de exemplu, personalul administrativ nu are acces în spațiile destinate exclusiv beneficiarilor, cum ar fi dormitoare, băile, sălile de mese etc.). Coordonatorul căminului/centrului (director, șef) prin informări constante și prin supervizare se asigură permanent că personalul cunoaște măsurile de protecție personală, precum și reglementările în vigoare cu privire la starea de urgență declarată, se asigură că personalul poartă echipamentul corespunzător și își spală și dezinfectează mâinile la intrarea în serviciu și periodic, după fiecare contact cu beneficiarii.

► Personalul este instruit de cel puțin două ori pe săptămână referitor la prevenirea răspândirii COVID-19, cât și referitor la procedurile de lucru actualizate în contextul epidemiei COVID-19. A fost adusă la cunoștința personalului Planul de urgență și Procedura specială, actele adoptate în toată această perioadă (Federația comunităților evreiești din România-Cultul Mozaic-Centrul rezidențial pentru persoane vârstnice „Amalia și Șef rabin Dr. Moses Rosen” București).

► A fost asigurată legătura permanentă cu toți angajații, astfel încât să poată fi anunțată imediat conducerea căminului/centrului despre intrarea unui angajat în izolare sau carantină.

► A fost stabilită la nivelul fiecărei Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului o echipă de permanență care să asigure suportul 24/24 pentru personalul din structurile rezidențiale.

► Pentru a proteja beneficiarii, personalul din cadrul căminului a lucrat în ture prelungite de 24 de ore, cu repaus de 48 de ore fiind cazat în 2 apartamente închiriate de către asociație, iar transportul este asigurat cu un autoturism destinat exclusiv acestui scop (Asociația de Întrajutorare „Sfânta Maria” Botoșani - Căminul pentru persoane aflate în incapacitatea de a se îngriji singure).

► Tot personalul căminului s-a aflat în izolare sau a fost internat pentru o perioadă îndelungată în spital. În perioada 5-16 aprilie 2020, conform ordinelor Prefectului județului Galați, pentru funcționarea căminului au fost detașate cadre medicale și auxiliare, care au încercat să gestioneze acordarea asistenței medicale și îngrijirea specifică a beneficiarilor, centrul fiind declarat focar COVID-19 (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfântul Ilie” Galați).

► Au fost organizate spații de cazare pentru personalul izolat la locul de muncă astfel încât condițiile de cazare (număr paturi, toalete, băi) pentru beneficiari să nu fie afectate.

Pentru situațiile în care nu s-a putut asigura cazare în cadrul structurii rezidențiale au fost identificate și puse la dispoziția personalului izolat la locul de muncă, spații de cazare în proximitatea căminului/centrului rezidențial puse la dispoziție cu sprijinul autorităților publice din localitatea unde funcționează căminul/centrul. Instruirea personalului privind conduita care trebuie adoptată în situația în care beneficiarii sau personalul izolat la locul de muncă sunt infectați cu COVID-19 sau prezintă simptome asemănătoare COVID-19. Situația privind cazurile suspecte, izolate, în carantină și admise în servicii sociale în legătură cu COVID-19 a fost/este transmisă zilnic la Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copil și Adopții (ANDPDCA), cât și la direcțiile județene de sănătate publică, instituții cu rol de coordonare.

► De la momentul confirmării unui beneficiar a devenit obligatorie purtarea de către personal a echipamentului complet de protecție, respectiv combinezon, ochelari, mască și mănuși (Centrul de asistență socială „Ingvar Kamprad” Siret, județul Suceava).

► În vederea sprijinirii stării emoționale a personalului din cadrul căminelor/centrelor a fost asigurat sprijinul unui psiholog (cămine/centre din subordinea DGASPC Sector 6 și DGASPC Sector 4).

► În principal nu au existat situații de demisii sau refuz din partea personalului în ceea ce privește asigurarea serviciilor sociale, fiind acceptată izolarea la locul de muncă sau la domiciliu, cu excepția Centrului de Îngrijire și Asistență „Casa Maria” Voluntari, județul Ilfov și Asociația „Don Orione” Voluntari, județul Ilfov) unde un număr redus de infirmieri și-au dat demisia, fiind angajate, în această perioadă, alte persoane pe postul acestora. La Căminul pentru persoane vârstnice „Sf Maria” Unirea Călărași a fost angajat în această perioadă un asistent medical, iar în cadrul Centrului Nera din orașul Oravița, centru din subordinea DGASPC Caraș-Severin, cât și în cămine/centre ale DGASPC Mehedinți au fost întâmpinate unele dificultăți în asigurarea serviciilor de îngrijire din cauza lipsei de personal, fiind făcute demersuri pentru ocuparea posturilor vacante, după caz, nevoia de personal fiind acoperită prin transfer al personalului din alte centre (centre de zi).

► Planul de asigurare a personalului de serviciu în cămine/centre și a celui aflat la domiciliu a fost pus în aplicare în 24 de ore de la publicarea Ordonanței Militare nr. 8/10 aprilie 2020 în Monitorul Oficial, majoritatea angajaților răspunzând cu promptitudine măsurilor adoptate de conducerea centrelor.

► Fundația Catedrala Eroilor Târgoviște, județul Dâmbovița a încheiat un parteneriat cu Direcția de Asistență Socială Târgoviște din subordinea Primăriei Târgoviște, în baza căruia pot solicita sprijin pentru orice problemă identificată la nivelul căminului și pe care nu o pot gestiona.

Referitor la alte probleme/deficiențe întâmpinate, cu detalierea acestora (asigurarea hranei și a tratamentului medical, aprovizionare cu produse igienico-sanitare, asigurarea permanenței personalului etc.), au fost comunicate următoarele:

► În majoritatea căminelor/centrelor publice nu au fost identificate dificultăți în ceea ce privește asigurarea hranei, a tratamentului medical, sau aprovizionarea cu produse igienico-sanitare, toate acestea fiind în cantități corespunzătoare. În contradicție cu situația din căminele/centrele publice s-au aflat o parte a celor private unde s-au asigurat cantități suficiente de produse dezinfectante, costume de protecție a personalului, fiind întâmpinate însă unele dificultăți: materialele au fost achiziționate la prețuri exorbitante, fără sponsorizări sau ajutor din partea administrației publice locale sau alte instituții ale statului; s-a asigurat cazarea, masa personalului în cămin numai din fondurile proprii; autoritățile publice nu au asigurat sprijin în acest sens (Casa „Seniors Heaven” București; Asociația Irgalmassag Haza

Miserii Cordia, Câmpia Turzii; Centrul rezidențial de îngrijire și asistență pentru persoanele vârstnice „Casa Daniel” sat Reteag, Bistrița-Năsăud; Casa San Giuseppe, Ștefănești de Jos, județul Ilfov; Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare-Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău; Fundația Calvin Janos, Târgu-Mureș).

► Asociația „Suflete în etate” București a solicitat sprijinul autorităților (Primăria Sectorului 1, Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 1 București, Comitetul Național pentru Situații Speciale de Urgență) cu privire la acordarea de materiale de protecție și dezinfectanți, care au rămas fără răspuns, dar a oferit din veniturile proprii, angajaților care ieșeau din izolare la locul de muncă un kit format din 500 ml alcool sanitar, 20 mănuși de unică folosință și o mască din țesătură refolosibilă prin spălare și tratare la temperatură înaltă, în vederea evitării infectării cu COVID-19.

► În majoritatea căminelor/centrelor private, kiturile de recoltare și testare a personalului s-au asigurat bilunar, pe cheltuiala angajatorului, cheltuială neacoperită de direcțiile județene de sănătate publică. Pentru personalul izolat s-a asigurat 16 lei/zi norma de hrană, bani pe care Asociația „Kronos” Constanța nu i-a solicitat Consiliului Județen sau Local deoarece a considerat „jignitor” să solicite aceasta atâta timp cât celor aflați în carantină, în hoteluri, li s-a asigurat o sumă de 280 lei/zi/persoană/cazare și masă, alte cămine/centre nu au primit suport pentru asigurarea hranei, cazarea și transportul personalului izolat preventiv la muncă, deși au solicitat acest lucru autorităților (Centrul „Casa Bunicilor” Asociația Sfânta Muceniță Eugenia Câmpina, jud. Prahova; Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare-Hârja” comuna Oituz, județul Bacău).

► O mare dificultate a reprezentat-o asigurarea personalului necesar în cămine/centre private. Casa San Giuseppe, Ștefănești de Jos, județul Ilfov reclamă lipsa angajaților în această perioadă deoarece o parte a personalului era asigurată prin colaborare part-time și aceștia, conform Ordonanței militare nr. 8/9 aprilie 2020 au fost izolați la locul de muncă unde aveau funcția de bază. Problema a fost și mai accentuată datorită împărțirii personalului în 2 grupuri pentru asigurarea prezenței ciclice în cămin/centru pentru perioada de 14 zile, conform aceleiași ordonanțe (Casa San Giuseppe, Ștefănești de Jos, județul Ilfov).

► Izolarea la locul de muncă a creat mult stres angajaților, mai ales termenul scurt de punere în aplicare a Ordonanței Militare nr. 8 și anume 24 de ore. În același context, lipsa unor proceduri clare de aplicare a ordonanței antecitate, privind activitatea centrelor rezidențiale, referitoare la modul de decontarea a cheltuielilor instituțiilor cu hrana, cazarea și transportul angajaților izolați la locul de muncă a produs confuzie și dificultăți în acest sens (Asociația „Suflete în etate” București; Asociația „Sf. Voievod Ștefan cel Mare-Hârja”, comuna Oituz, județul Bacău; Centrul „Casa Bunicilor” Asociația Sfânta Muceniță Eugenia Câmpina, județul Prahova).

► Reprezentanții căminelor/centrelor private au reclamat faptul că autoritățile statului cer să se supună tuturor restricțiilor, normelor, ordonanțelor, fără să li se ceară acodul și se consideră nedreptăți față de unitățile publice în sensul că art. 9 din Ordonanța Militară nr. 8 interzice încetarea sau suspendarea activității, dar nu sunt susținuți cu fonduri din bugetul de stat pentru asigurarea continuității serviciilor așa cum se asigură pentru unitățile publice (Asociația „Kronos” Constanța).

În cadrul vizitelor efectuate au fost reținute următoarele aspecte:

Aspecte pozitive

► A existat o bună colaborare între autoritatea ierarhic superioară (DGASPC, primărie) și conducerea căminului, privind măsurile de prevenire și management a situației generate de

epidemia de COVID-19. (Căminului pentru Persoane Vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți; Centrul de îngrijire și asistență Suseni, județul Gorj; Căminul pentru persoane adulte și vârstnice Anina, județul Caraș-Severin).

► Din interviurile cu beneficiarii a rezultat că aceștia erau informați asupra modului de formulare a sesizărilor și reclamațiilor (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți; Centrul de îngrijire și asistență Suseni, județul Gorj).

► Hrana era preparată în blocul alimentară al căminului, de către personal specializat. Bucătăria era amenajată în mod corespunzător, fiind dotată cu aparatură electrocasnică (plită electrică, sistem de ventilație funcțional, frigidere și combine frigorifice etc.), veselă din inox și mobilier adecvat (mese de lucru din inox, dulapuri pentru veselă etc.). (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți).

► La nivelul Centrului Rezidențial pentru Persoane Vârstnice Speranța, București au fost întocmite circuite pentru prevenirea infecției cu COVID-19: circuitul intrării și ieșirii din ture a personalului angajat, circuitul hranei, circuitul rufelor murdare, circuitul deșeurilor periculoase rezultate din acordarea îngrijirilor medicale beneficiarilor.

Deficiențe și recomandări

► Erau vacante mai multe posturi: psiholog, asistent social, asistent medical, educator, bucătar, infirmier, îngrijitor curățenie, administrator, muncitor necalificat și paznic (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți ; Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice Sky Angel, Dărăști-Vlașca, județul Giurgiu). Recomandări transmise către unități: efectuarea demersurilor necesare pentru încadrarea personalului pe funcțiile vacante.

► Nu existau înregistrări ale instruirii personalului în vederea cunoașterii procedurilor utilizate în cămin. (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți) Recomandări transmise către unități: Planificarea și organizarea unor sesiuni de instruire a personalului privind respectarea drepturilor beneficiarilor, înscrise în Cartă și în Codul de etică a procedurilor utilizate în cămin și înregistrarea acestora.

► Procedurile prezentate echipei de vizită nu erau aprobate prin decizia furnizorului de servicii sociale, nu erau datate, semnate și înregistrate și nu erau întocmite în conformitate cu prevederile indicatorilor S3.1 și S3.2, Standardul 3 Încetare/suspendare servicii, Modulul I – Accesarea serviciului din Anexa nr. 1 Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice din Ordinul nr. 29/2019 (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți). Recomandări transmise către unități: Elaborarea și implementarea unui set de proceduri operaționale pentru toate activitățile căminului, în conformitate cu prevederile Ordinului 600/2018 și Anexei nr. 1 Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare, organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice din Ordinul nr. 29/2019.

► În unele camere pereții erau murdari, cu infiltrații și necesitau igienizare totală. De asemenea, erau și camere în care persista un miros dezagreabil de urină (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți) Recomandări transmise către unități: igienizarea dormitoarelor și a grupurilor sanitare, precum și efectuarea unor lucrări de reparații la ușile de acces la grupurile sanitare.

► Nu exista posibilitatea acordării serviciilor de kinetoterapie și recuperare medicală, căminul neavând prevăzut în statul de funcții posturi de kinetoterapeut sau maseur și nici contract de prestări servicii încheiat cu personal de specialitate (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, Mehedinți; Căminul pentru persoane adulte și vârstnice Anina, județul Caraș-Severin). Recomandări transmise către unități: efectuarea demersurilor

necesare în vederea asigurării terapiilor de recuperare/reabilitare funcțională pentru beneficiari, fie prin amenajarea unui spațiu corespunzător, dotarea cu echipamentul necesar și angajarea de personal calificat, fie prin încheierea unui contract de prestări-servicii în acest sens, conform prevederilor legale în vigoare.

► Beneficiarii aveau întocmite fișe de monitorizare servicii, dar acestea nu erau completate corespunzător, lipsind consemnarea zilnică/săptămânală/lunară a medicației administrate. De asemenea, din verificarea fișelor de monitorizare servicii s-a reținut că nu au existat consemnări referitoare la consultațiile efectuate de beneficiari la medicul de familie sau la alți medici specialiști, internări în spital etc. (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți; Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice Sky Angel, Dăraști-Vlașca, județul Giurgiu). Recomandări transmise către unități: întocmirea condicii de evidență a medicamentelor și materialelor consumabile și instruirea personalului medical cu privire la completarea corectă a fișelor de monitorizare servicii, conform standardelor minimale.

► Din verificarea fișelor medicale ale beneficiarilor a rezultat că nu toți beneficiarii au fost reevaluați periodic la termenul recomandat de medicul specialist (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți). Recomandări transmise către unități: Reevaluarea periodică a tuturor beneficiarilor diagnosticați cu afecțiuni medicale cronice, conform recomandării medicului specialist.

► La cabinetul psihologic nu era întocmit corespunzător un Registru de evidență a actelor profesionale, în care acestea să fie înregistrate. (Căminul pentru persoane vârstnice „Sfânta Maria” Șişești, județul Mehedinți). Recomandări transmise către unități: Întocmirea unui Registru de evidență a actelor profesionale în care să fie consemnate serviciile psihologice, numerotat, ștampilarea și înregistrat la DGASPC Mehedinți.

III. PROPUNERI

S-a reținut nevoia imperioasă de servicii sociale în acest domeniu, având în vedere numărul mare de solicitări de admitere (numeroase cazuri sociale), cât și faptul că majoritatea susținătorilor legali nu au posibilitatea de a îngriji persoanele vârstnice în familie.

► Este necesar să se efectueze demersurile pentru angajarea pe posturile vacante a personalului medical, psihosocial și de îngrijire având în vedere că lipsa personalului necesar asigurării activităților din centre a fost înregistrată în numeroase unități, în special în căminele/centrele private.

► Asigurarea asistenței psihologice și sociale beneficiarilor, mai ales având în vedere restricțiile impuse de pandemia COVID-19 privind deplasările și contactele sociale, eventual telefonic sau online atunci când întrevederile directe nu pot avea loc.

► Continuarea comunicării cu membrii familiei sau alte persoane relevante pentru beneficiari prin mijloace de comunicare alternative (telefonic sau prin internet) în funcție de nevoile rezidenților, precum și informarea periodică a membrilor familiei cu privire la situația beneficiarului, sau ori de câte ori este nevoie.

► Identificarea posibilității de a susține din fonduri publice (parțial sau integral) serviciile sociale oferite în cămine/centre private având în vedere nevoia evidentă de servicii sociale private, instituțiile publice fiind în imposibilitatea de a acoperi toate nevoile persoanelor vârstnice, de îngrijire și supraveghere permanentă.

► Consultarea permanentă a autorităților statului cu societatea civilă (organizații neguvernamentale, societăți comerciale, culte religioase etc.) și încurajarea dialogului permanent în luarea deciziilor cu privire la servicii sociale destinate persoanelor vârstnice.

► Formularea unor proceduri clare, transparente și unitare de aplicare a regulamentelor și deciziilor, în special în ceea ce privește decontarea cheltuielilor cu hrana, cazarea și transportul angajaților izolați la locul de muncă și în ce privește cheltuielile privind testarea personalului și a beneficiarilor, cât și cu privire la posibilitățile de sprijin în asigurarea mijloacelor de protecție, astfel încât unitățile private să beneficieze de tratament egal cu unitățile publice, pentru situații similare.

Capitolul 2

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA ACTIVITĂȚII DIRECȚIILOR GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI

I. ASPECTE PRELIMINARE

Începând cu luna aprilie 2020, în contextul declarării stării de urgență în România, a restrângerii unor drepturi și libertăți fundamentale și a creșterii numărului de cazuri de persoane infectate cu virusul SARS-CoV-2, MNP a trimis adrese către toate cele 47 de Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) din țară, solicitând informații cu privire la măsurile întreprinse în scopul protecției beneficiarilor împotriva contaminării cu COVID-19 și pentru respectarea drepturilor fundamentale, măsurile întreprinse pentru asigurarea legăturii beneficiarilor cu familia sau cu alte persoane relevante pentru aceștia, situația deceselor, dificultăți întâmpinate în asigurarea unui tratament și a unor condiții de viață corespunzătoare pe perioada stării de urgență etc.

De asemenea, s-a solicitat o informare permanentă a Avocatului Poporului cu privire la evoluția situației în instituțiile menționate mai sus (eventuale suspiciuni sau cazuri confirmate de infectări cu noul coronavirus, procedura adoptată în astfel de situații).

Au fost primite răspunsuri de la toate Direcțiile din țară. De precizat că serviciile de zi au fost suspendate în toate direcțiile, iar unele direcții au transmis că au creat spații de izolare destinate găzduirii și îngrijirii persoanelor/copiilor cu vârste cuprinse între 0-18 ani (testați negativ), ai căror părinți sau reprezentanți legali au fost infectați cu virusul SARS-CoV-2 și se află internați în instituții medicale (DGASPC Teleorman). În cazul DGASPC Teleorman, în acest spațiu de izolare, au fost găzduiți doi copii, care nu beneficiau de măsuri de protecție socială, pe o perioadă de două săptămâni, până când rezultatul testării părinților a fost negativ, copiii fiind reintegrați în familie.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Măsuri adoptate în scopul protecției beneficiarilor.

Măsurile adoptate de Direcții au avut la bază Decretul nr. 195/ 16 martie 2020 privind instaurarea stării de urgență pe teritoriul României, Decretul nr. 240/14 aprilie 2020 privind prelungirea stării de urgență, Dispoziția metodologică nr. 735/ANDPDCA/18 martie 2020 - Recomandări privind prevenirea și managementul situației generate de epidemia de COVID-19, Ordonanța Militară nr. 8/9 aprilie 2020 și recomandările Comitetelor Județene pentru Situații de Urgență. Instituțiile, cât și fiecare centru în parte au adoptat Planuri de măsuri privind prevenirea și evitarea răspândirii virusului SARS-CoV-2, având la bază legislația menționată anterior, cât și recomandările Ministerului Muncii și Protecției Sociale.

La nivelul instituțiilor s-a numit o celulă de criză, în vederea limitării extinderii virusului SARS-CoV-2 și asigurării managementului situațiilor de urgență generate de epidemia de COVID-19 în serviciile sociale, cu rol definit în estomparea sincopelor ivite la nivelul serviciilor sociale subordonate, cât și în gestionarea situațiilor indicate.

Toate răspunsurile au confirmat că, începând cu perioada stării de urgență, prin dispozițiile directorului DGASPC-ului, în serviciile sociale de zi s-au suspendat activitățile,

iar în centrele rezidențiale, ca primă măsură, a fost suspendat accesul în centre al familiei, aparținătorilor, reprezentanților legali, beneficiarilor, voluntarilor, al celor care efectuau stagii de practică sau terțelor persoane.

S-au suspendat activitățile colective, atât în interior, cât și în exteriorul centrelor. S-au sistat învoirile în familie și ieșirile în localitate prin bilete de voie, precum și organizarea unor evenimente în comunitate. Deplasările personalului s-au efectuat doar în situații de maximă necesitate sau de urgență.

În schimb, legătura beneficiarilor cu familiile s-a menținut prin convorbiri telefonice și online (Skype, Whatsapp), sau chiar scrisori. În cazul primirii pachetelor de la familie, acestea au fost dezinfectate (DGASPC Iași), iar în alte direcții s-a interzis primirea pachetelor de la familie (DGASPC Sector 6).

Beneficiarilor li s-a asigurat dreptul la informare prin accesul la televiziune, radio sau internet. Informarea beneficiarilor s-a realizat atât verbal, cât și prin afișarea unor materiale informative. Au fost instruiți despre aplicarea și respectarea unor măsuri de autoprotecție respectiv spălarea des pe mâini cu săpun, evitarea contactului cu persoanele care prezintă infecții respiratorii acute, evitarea atingerii feței, ochilor, nasului cu mâinile neigienizate, folosirea șervețelului de unică folosință și a pliului cotului pentru strănut sau tușit, folosirea măștii.

Aerisirea camerelor se efectua de două ori pe zi, iar în unele situații servirea mesei s-a împărțit pe mai multe serii pentru a se păstra distanța fizică (DGASPC Suceava).

Multe dintre instituții au declarat că au primit materiale igienico-sanitare și de protecție din fondul Consiliului Județean, din partea Ministerului Muncii și Protecției Sociale (MMPS) prin Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții și în unele cazuri ca urmare a unor donații. S-au achiziționat stocuri de alimente, medicamente și s-a purtat masca obligatorie. Beneficiarilor li s-au oferit rezerve de dezinfectant și măști.

Printre măsurile adoptate zilnic erau: curățirea și dezinfectarea spațiilor și suprafețelor (spații de locuit, holuri, grupuri sanitare, săli de terapie ocupațională, blocul alimentar, săli de servire a mesei), termometrizarea beneficiarilor (dimineața și seara), măsurarea tensiunii arteriale, a pulsului sau după caz a glicemiei, precum și observarea respirației și menționarea acestora într-un registru al cadrelor medicale.

Admiterile și ieșirile, în majoritatea cazurilor au fost păstrate la un nivel minim, cu excepția situațiilor de admitere în regim de urgență. Cele mai frecvente situații de admiteri în centre priveau copiii, cazuri în regim de urgență, dar au existat și centre rezidențiale pentru dizabilități care au avut admiteri. De asemenea, în această perioadă au existat și ieșiri din centrele de primire în regim de urgență (de exemplu, DGASPC Tulcea).

Au fost create zone de triaj pentru beneficiarii care au părăsit și s-au reîntors în centru în perioada pandemiei (DGASPC Mureș) și s-a propus achiziționarea unui tunel de dezinfecție (CIA Răchitoasa, județul Bacău).

În situația unor intervenții medicale de urgență pentru afecțiuni medicale, după întoarcerea în centru, beneficiarii, chiar dacă nu erau suspecți de infectarea cu COVID-19, au intrat în izolare preventivă fiind cazați separat de ceilalți rezidenți (DGASPC Alba).

De asemenea, ca urmare a părăsirii centrului (fugă) la întoarcere în centru, beneficiarii au fost izolați preventiv (Maramureș).

Beneficiarii din cadrul unor centre au fost transferați în alte centre sau au fost preluați de către familie/aparținători (DGASPC Harghita). Spre exemplu, beneficiarii Centrului Pilot de Protecție pentru Copilul Victimă a Traficului de Ființe Umane „Gavroche” și din cadrul Adăpostului pentru Copii Străzii „Dănilă Prepeleac” au fost comasați în cadrul Centrului de

Primire în Regim de Urgență „Cireșarii” în vederea asigurării spațiilor de carantină pentru situațiile de urgență (DGASPC Sector 2).

În alte județe beneficiarii au fost transferați de la un centru la altul (6 beneficiari din CRRN Plătărești la CIA Ciocănești și 4 adulți cu dizabilități din CSCCHS Călărași la CIA Ciocănești) sau au fost mutați din servicii sociale în alte servicii (DGASPC Sălaj).

Alte județe au răspuns că la nivelul DGASPC există spații special amenajate pentru carantinarea separată a posibililor beneficiari infectați (Galați).

Măsurile adoptate cu referire la personal. Măsurile cu privire la personal au fost aplicate gradual, în funcție de adoptarea unor noi prevederi legale ca urmare a modificării situației epidemiologice. Astfel, s-au întocmit proceduri operaționale specifice, s-au luat măsuri de suplینire a unor angajați în situații speciale. La intrarea în serviciu s-au introdus declarațiile pe proprie răspundere cu privire la starea de sănătate a angajaților, s-a monitorizat starea de sănătate a acestora, prin măsurarea zilnică a temperaturii, iar la intrare în tura de permanență de 14 zile a fost testat întreg personalul. De asemenea, au fost făcute informări cu privire la răspândirea virusului și s-au făcut achiziții de materiale de protecție și igienico-sanitare, punându-se la dispoziție materiale pentru igienizare și dezinfectare. Unele instituții au stabilit un program diferențiat de lucru, programul fiind stabilit în intervalul orar 07:00 – 09:00 (DGASPC Galați). Angajații care aveau în întreținere copii cu vârsta sub 14 ani, inclusiv cei care sunt părinți unici susținători puteau beneficia de un program de muncă individualizat, cu respectarea duratei maxime legale a timpului de muncă.

În unele instituții s-au făcut testări pentru întreg personalul și pentru beneficiari, ajungându-se la un număr ridicat de testări. Spre exemplu, la DGASPC Constanța au fost testați 484 de angajați ai serviciilor sociale cu cazare, rezultatele fiind negative.

În multe județe s-a menționat că parte din personal a intrat în izolare preventivă (patru cazuri la DGASPC Satu Mare, două la DGASPC Maramureș). Începând cu data de 11 aprilie 2020, în aplicarea prevederilor Ordonanței Militare nr. 8/9 aprilie 2020 au fost izolați la locul de muncă, respectiv la domiciliu, salariații din cadrul tuturor structurilor rezidențiale. S-au organizat spații de cazare pentru personalul izolat la locul de muncă, astfel încât condițiile de cazare pentru beneficiari să nu fie afectate. În cazul în care nu s-a putut asigura cazare în cadrul structurii rezidențiale, au fost identificate și puse la dispoziția personalului izolat spații de cazare în proximitatea centrului rezidențial (DGASPC Buzău). Înainte de intrarea în izolare la locul de muncă, personalul din structurile rezidențiale a fost testat.

În unele instituții au existat dificultăți cu privire la personal, o parte a acestuia s-a pensionat, ceea ce a creat dificultăți în asigurarea serviciilor sociale (DGASPC Maramureș). Au existat situații în care au fost suplimentate turele angajaților pentru a putea oferi copiilor care au fost izolați, susținerea necesară în efectuarea temelor în mediul online, în organizarea timpului liber petrecut în interiorul serviciilor sociale.

De asemenea, în județul Suceava, datorită numărului mare de personal angajat testat pozitiv de la CRRN Sasca Mică și CRRN Costâna, în vederea asigurării serviciilor de asistență și îngrijire, personalul a fost suplimentat cu personal angajat fără concurs, pe perioadă determinată, de către DGASPC Suceava.

Beneficiari și angajați testați pozitiv cu COVID-19. Se remarcă în acest sens situația județului Suceava unde a fost identificat un număr semnificativ de beneficiari și angajați testați pozitiv: 347 de beneficiari și 94 de angajați. S-a solicitat Direcției de Sănătate Publică Suceava sprijin cu personal medical care să instruiască personalul medico-sanitar din centre cu privire la tratamentul medical ce trebuie urmat de către beneficiarii confirmați pozitiv și cine emite această medicație.

Spre exemplu, angajații asistenți medicali și infirmieri ai centrului CRNN Sasca Mică au fost instruiți de personalul din cadrul Spitalului Județean Suceava asupra modului în care trebuie să intervină la o persoană infectată COVID-19, cum trebuie folosit echipamentul de protecție pentru a se evita infectarea și modul de monitorizare a persoanelor infectate. Au fost efectuate testări COVID-19 pentru beneficiarii suspecți. Astfel au fost confirmați pozitiv 246 de beneficiari și 59 de angajați ai CRRN Sasca Mică, 88 de beneficiari și 36 de angajați la CRRN Costâna, 13 beneficiari la CRNN Zvoriștea și 2 angajați la CAbR Mitocu Dragomirnei.

Ulterior acestei situații a fost dispusă măsura izolării beneficiarilor testați negativ și izolarea preventivă, la domiciliu, a personalului testat negativ. Într-un centru rezidențial din județul Bacău au fost testați 69 de beneficiari și 30 de salariați dintre care 44 beneficiari și 30 salariați au avut rezultat pozitiv (CRRN Domnești).

La Brăila au fost 2 angajați confirmați cu COVID-19 și spitalizați.

La un centru din Sectorul 3 din București (CTF „Crinul Alb”) au fost confirmate 7 persoane infectate (4 angajați și 3 copii), ulterior și în alte centre rezidențiale fiind înregistrate persoane confirmate pozitiv (angajați sau beneficiari).

Referitor la decese. Pe perioada stării de urgență, direcțiile județene au raportat numărul deceselor. În unele județe, până la data primirii răspunsurilor, nu s-au înregistrat decese (DGASPC Teleorman, DGASPC Dâmbovița, DGASPC Botoșani, DGASPC Brăila, DGASPC Brașov), iar altele au raportat peste 10 decese (DGASPC Buzău și DGASPC Ialomița - 12 decese, DGASPC Tulcea - 11 decese, DGASPC București Sector 1 - 10 decese, DGASPC Suceava - 10 decese). Au existat diferențe în modul de transmitere a informațiilor cu privire la decese. Spre exemplu, unele județe au transmis doar cifra deceselor din centrele rezidențiale („s-au înregistrat două decese” - DGASPC Sector 2), altele au transmis detalii despre cauzele deceselor, dar fără a furniza alte informații despre persoana decedată (DGASPC Giurgiu, DGASPC Ilfov, DGASPC Sibiu, DGASPC Satu Mare). Au fost județe care au precizat că în cazul centrelor pentru copii nu au fost înregistrate decese.

În unele situații de decese s-au efectuat autopsii medico-legale. De exemplu, în cazul a șase beneficiari din centrele aparținând DGASPC Ialomița și în cazul unui copil dintr-un centru al DGASPC Iași, s-au făcut autopsii. În alte cazuri, când decesul nu a fost considerat suspect, la recomandarea medicului și în conformitate cu dorința familiei, nu s-a efectuat autopsia. La DGASPC Suceava au fost înregistrate 6 decese în centre și 4 în spital, nefiind efectuate autopsii.

De asemenea, în unele județe au fost făcute autopsii la beneficiarii decedați în centre (de exemplu, DGASPC Giurgiu, DGASPC Ilfov, DGASPC Ialomița, DGASPC Tulcea) și la unii decedați în spital (Spitalul Județean de Urgență Ialomița, Spitalul Județean de Urgență Constanța). La DGASPC Constanța au fost raportate 4 decese și doar la 2 cazuri s-a făcut autopsia (un decedat având loc în CIA Sf. Andrei Negru Vodă și altul în Spitalul din Constanța), iar la DGASPC Giurgiu, din cele 5 decese raportate, doar în cazul a 3 decese s-a făcut autopsia (două decese având loc în centre și unul la spital).

Din 9 decese raportate la DGASPC Tulcea, s-a făcut autopsia doar în cazul a două decese, ambele având loc în centre rezidențiale, celelalte decese având loc fie în centre, fie la spital.

La DGASPC Ialomița, din cele 12 decese raportate, în cazul a 6 decese s-a făcut autopsia (cazul unui copil sub 3 ani decedat la Serviciul Județean de Urgență Slobozia, trei decese în centru, două decese în spital).

În cazul deceselor raportate de DGASPC Buzău (în perioada stării de urgență și până la 24 aprilie 2020), **în niciun caz din cele 10 decese nu s-a făcut autopsia**, decese survenite

în cadrul centrelor rezidențiale sau în unitățile medicale (Spitalul de Psihiatrie pentru Măsurile de Siguranță Săpoca).

În cadrul DGASPC Iași, în cazul unui deces al unui adult din Centrul de Servicii Sociale Budăi - CIAPAD „Armonia” s-a precizat că, deși a fost solicitat de către asistenta medicală a centrului, prin Serviciul 112, ambulanță cu medic (ca urmare a înrăutățirii stării de sănătate a beneficiarei), **prezentarea echipajului a fost refuzată motivându-se că nu e urgență conform diagnosticului, vârsta înaintată a beneficiarului, existența stării de urgență din România.** În fapt, beneficiara avea vârsta de 83 de ani. Aceasta a decedat la scurt timp în centru, s-a solicitat din nou Serviciul 112, care a dispus trimiterea unui echipaj de poliție, acesta constatând decesul. Beneficiara decedată a fost transportată la IML Iași, i s-a făcut autopsia medico-legală și s-a eliberat certificat medical constatator al decesului (29 martie 2020).

Referitor la această situație, ***MNP consideră că s-a adus atingere drepturilor constituționale prevăzute de art. 22 dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică și art. 34 dreptul la ocrotirea sănătății, drepturi care nu se află printre cele a căror exercitare a fost restrânsă prin Decretul Președintelui României nr. 195/16 martie 2021 de instaurare a stării de urgență. De asemenea, chiar dacă a fost activat art. 15 din Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, România nu poate deroga de la art. 2 – dreptul la viață și nici de la art. 3 – interzicerea torturii, a pedepselor inumane sau degradante.***

Iar conform Constituției toți cetățenii, fără discriminare (deci indiferent de vârstă), sunt egali în drepturi.

Situații deosebite. Au fost raportate cazuri de copii părăsiți în unități sanitare (două cazuri) și patru cazuri de neglijență în familie (DGASPC Vrancea). Au fost instrumentate 3 cazuri de abuz/neglijare și 8 cazuri de abandon (DGASPC Bihor). Opt beneficiari au părăsit centrele fără permisiune și o mamă a părăsit Centrul Maternal „Maria” (București Sector 2). S-a reținut cazul unui copil abuzat în familia biologică, caz aflat în atenția organelor de cercetare penală (DGASPC Ilfov). S-a apelat numărul unic de urgență 112 în cazul unor situații deosebite precum atac de panică, fuga beneficiarului din centru, constatări deces (DGASPC Ilfov).

Tot în categoria situațiilor deosebite s-a precizat insuficiența locurilor de cazare în centre și existența unor liste de așteptare: „La data prezentului înscris, în evidența DGASPC Tulcea, sectorul ocupațional dedicat persoanelor adulte în dificultate, cu handicap și vârstnice, se găsesc în așteptare un număr de 52 de cazuri ale persoanelor adulte cu dizabilități, dintre care 40 cu risc de abandon. Facem precizarea că din anul 2018, centrele rezidențiale pentru adultul cu handicap funcționează la supracapacitate și că admiterile se efectuează exclusiv în situația disponibilizărilor locurilor ca urmare a externărilor/reinserției sociale sau, cel mai adesea, ca urmare a deceselor”.

Sincope. Majoritatea instituțiilor au declarat că nu au existat sincope, dificultăți majore în acordarea serviciilor pentru beneficiari și nu au fost servicii de tip rezidențial care să-și înceteze activitatea în perioada stării de urgență. S-a asigurat continuitatea tratamentului medicamentos prin faptul că valabilitatea scrisorilor medicale a fost prelungită, conform decretului de instituire a stării de urgență.

Unele instituții au trimis răspunsuri în detaliu (cuprinzând planurile de măsuri), iar alte instituții au trimis un răspuns sumar, fără nicio precizare suplimentară, prin expresii precum „cazuri deosebite - nu avem”; „dificultăți majore în asigurarea serviciilor - nu există”; „dificultăți în asigurarea asistenței medicale - nu există”; „cazuri sociale deosebite - nu există”

(DGASPC Brăila). Totodată, au existat câteva direcții județene care au precizat volumul mare al solicitărilor de la diferite autorități publice, ceea ce conducea la împiedicarea desfășurării activităților zilnice. Raportările au fost solicitate zilnic de la instituții precum Prefectură, ANDPDCA, Consiliul Județean, Agenția Județeană Pentru Plăți și Inspekția Socială (AJPIS), Inspectoratul pentru Situații de Urgență (ISU), fiecare instituție solicitând informații diversificate, astfel că punctul de vedere exprimat de direcțiile județene a fost acela că ”suntem bombardati de recomandări, dar nu ni se oferă nicio soluție, așa că suntem nevoiți să luăm măsurile care le considerăm necesare, de îndată, fără niciun sprijin cuvenit” (DGASPC Sălaj).

Din răspunsurile Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului s-a reținut atât nevoia imperioasă de servicii sociale (având în vedere numărul mare de solicitări de admitere), cât și nevoia de sprijin a furnizorilor de servicii sociale de către autoritățile ierarhic superioare.

Răspunsul Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA)

La 6 iunie 2020, ANDPDCA informa cu privire la situația centrelor, următoarele:

- a) Decesul a 144 de persoane adulte cu dizabilități și persoane vârstnice, persoane infectate cu virusul SARS-CoV-2;
- b) Infectarea a 503 de beneficiari dintre care 31 de copii și vindecarea a 736 de beneficiari;
- c) Infectarea a 220 de angajați și înregistrarea a două decese;
- d) Județele cu cel mai mare număr de beneficiari și personal afectat de pandemia fiind: Suceava, Neamț, Galați, București, Ilfov, Cluj și Bacău;
- e) În total, în România aproximativ 11% din decesele cauzate de virusul SARS-CoV-2 au avut loc în rândul beneficiarilor din centre rezidențiale.

Autoritatea a constituit o celulă de criză începând cu data de 10 martie 2020, astfel că, prin diverse parteneriate au existat donații substanțiale de echipamente igienico-sanitare, măști și mănuși (240.000 buc.), iar cu sprijinul Departamentului pentru Situații de Urgență au fost distribuite peste 1.240.000 măști pentru serviciile rezidențiale. Autoritatea a sesizat câteva dificultăți identificate, și anume: existența centrelor rezidențiale mari care a favorizat răspândirea virusului, disfuncționalitatea în legătură cu Direcțiile de Sănătate Publică (refuzul testării educatorilor, efectuarea tardivă a testărilor și transmiterii rezultatelor, acoperirea costurilor de testare de către unii furnizori de servicii).

III. PROPUNERI

► trebuie să existe o colaborare permanentă între toți actorii implicați în furnizarea serviciilor sociale pentru identificarea soluției optime pentru fiecare caz în parte, avându-se în vedere strategiile naționale și județene referitoare la asistența socială;

► persoanele instituționalizate trebuie să beneficieze de asigurarea serviciilor medicale în deplină egalitate cu toți cetățenii României, fără discriminare;

► în caz de deces al beneficiarilor, să fie respectat Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C din 25 mai 2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale, art. 34 alin. (2) punctul 3 lit. d), conform căruia: Autopsia medico-legală a cadavrului se efectuează la solicitarea organelor judiciare [...] fiind obligatorie în următoarele cazuri: deces care survine în custodie, precum moartea persoanelor aflate în detenție sau private de libertate [...].

Capitolul 3

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA CENTRELOR PENTRU MIGRANȚI

I. ASPECTE PRELIMINARE

În temeiul Legii nr. 35/1997, republicată, MNP are atribuții în monitorizarea centrelor pentru migranți: centrele regionale de proceduri și cazare pentru solicitanții de azil, centrele de triere din cadrul poliției de frontieră și centrele pentru cazarea străinilor luați în custodie publică, care fac parte din locurile de detenție prevăzute la art. 34 alin. (3).

Modul de organizare a accesului străinilor luați în custodie publică în centrele de cazare este reglementat prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 194/2002 privind regimul străinilor în România, republicată, cu modificările și completările ulterioare și prin Ordinul Ministrului Afacerilor Interne nr. 121/2014, prin care a fost aprobat Regulamentul centrelor de cazare a străinilor luați în custodie publică.

Cât privește solicitanții de azil, actele normative în materie sunt Legea nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, Hotărârea Guvernului nr. 1251/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 122/2006, Ordinul nr. 130/2016 al Ministrului Afacerilor Interne pentru aprobarea Regulamentului de ordine interioară al centrelor regionale de proceduri și cazare a solicitanților de azil.

În perioada stării de urgență, MNP a monitorizat centrele pentru migranți, prin solicitarea de informații către Inspectoratul General pentru Imigrări (IGI), centrele regionale de proceduri și cazare pentru solicitanții de azil (Timișoara, Maramureș, Giurgiu, București, Rădăuți și Galați) și centrele pentru cazarea străinilor luați în custodie publică (Arad și Otopeni) cu privire la protecția străinilor împotriva contaminării cu COVID-19 și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale acestora; măsurile întreprinse cu privire la personal (suplimentarea numărului de personal, asigurarea permanenței în acordarea asistenței medicale, ocuparea posturilor vacante etc.); dificultăți întâmpinate; măsurile întreprinse pentru asigurarea comunicării străinilor luați în custodie publică cu exteriorul, familia, avocatul, ambasada, organizații neguvernamentale etc.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

În răspunsul comunicat de către IGI au fost precizate următoarele:

Strategia întocmită pentru punerea în aplicare a prevederilor Decretului nr. 195 din 16 martie 2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României. În vederea aplicării prevederilor Decretului nr. 195/2020, la nivelul centrelor regionale de cazare și proceduri pentru solicitanții de azil și a centrelor pentru cazarea străinilor luați în custodie publică a fost implementat *Planul de acțiune al Inspectoratului General pentru Imigrări, pentru punerea în aplicare a măsurilor prevăzute în Decretul de instituire a stării de urgență nr. 195 din 16.03.2020, nr. 357070 /27.03.2020*, în care au fost prevăzute o serie de obiective specifice, dintre care se disting următoarele:

- planificarea corespunzătoare a tuturor resurselor avute la dispoziție, în vederea gestionării situației care a determinat instituirea stării de urgență și după caz, a unui posibil aflux de imigranți;

- asigurarea măsurilor de protecție suplimentară a sănătății personalului, în vederea desfășurării optime a activităților specifice;
- asigurarea capacității de funcționare optimă a personalului din punct de vedere al parametrilor psihici prin desfășurarea activităților de profilaxie, intervenție și suport din punct de vedere psihologic;
- asigurarea măsurilor de asistență psihologică pentru străinii cazați în centrele de azil și custodie, în vederea prevenirii apariției unor comportamente dezadaptative;
- asigurarea măsurilor de protecție suplimentară a sănătății străinilor luați în custodie publică, precum și a oricărei persoane care intră în contact, din punct de vedere instituțional, cu personalul IGI;
- luarea tuturor măsurilor necesare în cazul apariției unui aflux masiv de imigranți la frontiera de stat a României;
- suplimentarea capacității de cazare și gestiune în caz de supraaglomerare a centrelor IGI.

Măsurile întreprinse în centre pentru protecția străinilor împotriva contaminării cu COVID-19 și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale acestora. În fiecare centru a fost elaborat un Plan de măsuri propriu cu scopul de a preveni îmbolnăvirea atât a personalului centrului, cât și a străinilor cazați în centru, cu virusul SARS-CoV-2, precum și pentru menținerea centrului în stare de funcționare, în cazul apariției suspiciunii/confirmării de contaminare cu noul coronavirus, în rândul persoanelor cazate și/sau angajaților IGI prin care s-au stabilit următoarele măsuri: portul materialelor de protecție (mănuși, măști de protecție) de către întreg personalul centrului; păstrarea distanței fizice (minimum 2 m) între persoane; spălarea frecvent pe mâini și dezinfectarea mâinilor utilizând recipientii cu dezinfectanți; ventilarea frecventă a încăperilor și spațiilor comune; evitarea expunerii pe termen îndelungat (mai mult de 15 minute) în contactul cu vizitatorii sau cu străinii nou cazați; afișarea materialelor de informare privind protecția împotriva contaminării în spațiile comune; igienizarea și dezinfectarea spațiilor de cazare și a spațiilor comune.

O măsură importantă adoptată la nivelul centrelor a fost aceea de a separa fluxul de cetățeni străini nou cazați în centru, de ceilalți străini.

Străinii ce urmau a fi cazați în centre erau plasați în prima etapă în camerele special amenajate, erau monitorizați prin personalul medical timp de 14 zile și, ulterior, erau cazați alături de ceilalți străini.

Străinilor li se distribuiau materiale de igienă personală conform normelor, dar și materiale furnizate suplimentar de către ONG-uri, erau informați asupra respectării normelor de igienă pentru prevenirea îmbolnăvirii, erau montați recipientii cu dezinfectanți la intrări și în spațiile comune.

Vizitarea străinilor se desfășura după o pregătire prealabilă a activității (curățirea spațiului, echiparea atât a vizitatorilor, cât și a străinilor cazați cu materiale de protecție, măști, mănuși), limitarea timpului de vizită, programarea vizitelor astfel încât să se permită curățenia spațiilor destinate pentru vizite. Activitățile de asistență medicală și psihologică se desfășurau în continuare cu respectarea măsurilor de protecție.

Măsurile întreprinse cu privire la personal (suplimentarea numărului de personal, asigurarea permanenței în acordarea asistenței medicale, ocuparea posturilor vacante). Atunci când a fost cazul au fost înaintate spre aprobare conducerii Ministerului Afacerilor Interne, prin Serviciul Resurse Umane al Inspectoratului General pentru Imigrări, structura competentă pe linia gestionării resurselor umane, note raport pentru ocuparea fără concurs a unor posturi vacante în cadrul inspectoratului și a centrelor pentru străini din subordine, pentru

o perioadă de 6 luni, în contextul instituirii stării de urgență și a stării de alertă pe teritoriul României, inclusiv a celor de medici și asistenți medicali prevăzute în statul de funcții al centrelor.

Dificultăți întâmpinate. În vederea acordării asistenței medicale străinilor cazați în centre, s-a reușit contractarea unor servicii medicale (medicina de familie), în scopul întocmirii fișelor medicale cu ocazia efectuării controalelor medicale la cazarea în centre, precum și efectuarea vizitelor medicale pe toată perioada cazării străinilor în centre. A fost asigurată continuitatea asistenței medicale, prin asistenții medicali care efectuează serviciul în ture, **însă au fost și unele cazuri în care nu a existat suficient personal medical pe timpul nopții.** De asemenea, constrângerile economice generate de această criză sanitară **au creat anumite dificultăți agenților economici în aprovizionarea cu diverse alimente, astfel încât gama de produse oferite s-a restrâns, disponibilitatea acestora a fluctuat, ceea ce a produs în anumite situații nemulțumiri în rândul străinilor care au solicitat cumpărarea unor alimente, bunuri etc.**

Totodată, în această perioadă au fost înregistrate câteva cazuri în care străini din centrele pentru cazarea străinilor luați în custodie publică au refuzat hrana, motivul declarat fiind nemulțumirea de faptul că au fost luați în custodie publică și plasați într-un centru închis, considerând că nu au comis infracțiuni. Pe toată perioada refuzului de hrană, străinii au fost monitorizați medical, au beneficiat de consiliere psihologică, asigurându-li-se zilnic norma de hrană cuvenită, acces la convorbiri telefonice, precum și activități de recreere. După o perioadă scurtă, aceștia au renunțat la protest și s-au integrat în programul centrului, inclusiv orarul de servire a mesei.

Măsurile întreprinse pentru asigurarea comunicării străinilor luați în custodie publică cu exteriorul, familia/avocatul/ambasada/organizații neguvernamentale. În toată această perioadă, străinii cazați în centre nu au avut restricții privind asigurarea comunicărilor cu familia, au avut acces la telefon și au fost în contact cu familia, ambasada sau avocatul acestora, în funcție de situație. Avându-se în vedere restricțiile de circulație impuse de regimul stării de urgență, asistența consulară s-a acordat prin facilitarea convorbirilor telefonice între străinii cazați în centru și reprezentanții oficiilor consulare, fără a exista restricții de timp. De asemenea, în unele cazuri, în baza unor solicitări, s-au efectuat vizite, întâlniri cu avocații, în condițiile de protecție împotriva infectării cu COVID-19, așa cum s-a precizat anterior. Cu ocazia vizitelor s-au predat documente, s-au primit bani, au beneficiat de consiliere juridică etc.

Măsurile pentru ca personalul centrului să beneficieze de dreptul la ocrotirea sănătății și la asigurarea igienei publice. Personalul centrelor a beneficiat de măsuri de protecție (dezinfecțanți, măști de protecție, mănuși, combinezoane) mai dificil la început, însă ulterior s-au asigurat inclusiv combinezoane celor care se află în contact direct cu străinii pentru un timp mai îndelungat (30 minute - 1 oră). Există recipiente/rezervoare cu dezinfectant lichid la intrarea în spațiile comune și în zonele intens circulate.

Până la momentul întocmirii răspunsului, nu au fost înregistrate cazuri de străini infectați cu COVID-19. Doi angajați ai centrului s-au autoizolat la domiciliu, în condițiile în care aceștia au intrat în contact cu o persoană infectată cu COVID-19, la expirarea perioadei aceștia și-au reluat activitatea în centru.

Cu ocazia vizitei efectuate de către MNP la Centrul de Cazare a Străinilor luați în Custodie Publică Arad, s-au constatat următoarele aspecte:

► la data efectuării vizitei, centrul funcționa cu un singur asistent medical angajat și cu un medic de familie care avea un program de două ore/zi (contract prestări servicii). Astfel,

examenul medical al străinilor la introducerea în centru se realiza cu mare dificultate. ***Nu se putea acorda asistența medicală în condiții de permanență, conform prevederilor Ordinului nr. 121/2014 pentru aprobarea Regulamentului centrelor de cazare a străinilor luați în custodie publică, art. 32 alin. (3) „Serviciul de permanență în cadrul cabinetului medical al centrului se asigură de către asistenți medicali care execută serviciul în ture [...]”.***

În contextul epidemiologic actual, ***insuficiența personalului medical poate duce la apariția unor deficiențe la examinarea străinilor la introducerea în centre și la creșterea riscului de contaminare pentru personal și ceilalți străini cazați.***

Legea 55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19 a suspendat organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante aflate în derulare, ***dar există posibilitatea legală de angajare de cadre medicale din sursă externă pentru o perioadă limitată***, cu posibilitate de prelungire a contractelor de muncă până la ridicarea restricțiilor impuse de starea de urgență, respectiv alertă.

► în centru ***nu funcționa decât un singur telefon***, în situația în care capacitatea de cazare în centru era de 160 de persoane, iar la data vizitei erau custodiați 116 străini, astfel încât ***existau deficiențe în asigurarea dreptului la comunicare și nu exista posibilitatea asigurării unor convorbiri online;***

► nu exista semnal Tv prin cablu în unele sectoare de cazare, deși centrul dispunea de suficiente aparate tv pentru toate camerele de cazare. Astfel, în contextul actual în care desfășurarea activităților recreative este limitată, asigurarea unor condiții minimale de petrecere a timpului liber pentru persoanele străine este mai mult decât necesară.

► ***nu era asigurat un stoc minim de îmbrăcăminte pentru persoanele străine nou intrate în centru.*** Având în vedere contextul epidemiologic și faptul că unele persoane nu dețineau haine de schimb, iar posibilitatea sprijinului primit din partea unor organizații neguvernamentale este limitat în această perioadă, ar fi util atât pentru igiena centrului, cât și pentru protecția personalului și a celorlalți străini asigurarea unui stoc minim de îmbrăcăminte.

În luna decembrie 2020, urmare a *sesizării instituției Avocatul Poporului de către Înalțul Comisariat pentru Refugiați al Națiunilor Unite (UNHCR) cu privire la situația unor migranți sosiți în județul Timiș, prin Serbia*, care au fost privați de cazare în condiții corespunzătoare, MNP s-a adresat unor autorități locale din județe/orașe unde sunt localizate centre pentru migranți: Direcții de Sănătate Publică (din județele Giugiu, Maramureș, Suceava, Galați, Timișoara și municipiul București) și Primării (București, Giurgiu, Galați, Rădăuți, Timișoara, Șomcuta Mare). De asemenea, s-a adresat IGI, solicitând informații cu privire la demersurile măsurile întreprinse în centrele aflate în subordinea IGI în scopul protecției străinilor împotriva contaminării cu SARS-CoV-2 și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale acestora, colaborarea cu Direcțiile de Sănătate Publică, cu autoritățile administrației publice centrale și locale responsabile privind situația migranților nou-veniți etc.

IGI a comunicat faptul că au avut loc repetate întâlniri de lucru la nivelul Instituției Prefectului județului Timiș, în scopul urgentării demersurilor la nivel local pentru autorizarea unor spații desemnate ca spații de carantină pentru migranți, având în vedere fluxul mare de persoane care treceau granița din Serbia în România (în ultima parte a anului 2020). În practică însă, răspunsul autorităților locale din Municipiul Timișoara nu a fost, de fiecare dată, prompt. De asemenea, IGI a comunicat că: •în centre se aplică în continuare măsurile de profilaxie de natură a preveni răspândirea noului coronavirus; •dreptul persoanelor de a solicita o formă de protecție nu a fost îngrădit sub nicio formă în perioada stării de urgență și de alertă; •a fost întărită colaborarea cu structurile Inspectoratului General al Poliției de Frontieră pe linia

asigurării implementării activității de evaluare medicală și carantinare a persoanelor, după caz; •au fost realizate informări ale ministrului sănătății cu privire la faptul că se impune modificarea cadrului legislativ incident în domeniul sănătății, în sensul unor măsuri care să reglementeze problematica străinilor intrați ilegal pe teritoriul României, în cazul în care Serbia va fi inclusă în lista statelor din zona galbenă sau roșie (toți străinii intrați ilegal să fie testați imediat după depistare, cei confirmați pozitiv să fie izolați în spații puse la dispoziție de autoritățile locale, iar cei cu rezultat negativ să fie cazați în centrele de azil/custodie publică, după caz; reglementarea posibilității decontării către autoritățile locale a costurilor necesare pentru izolarea instituționalizată a străinilor confirmați cu rezultat pozitiv).

Până la data întocmirii prezentului raport, nu au răspuns toate autoritățile sesizate.

Trebuie menționat faptul că situația centrelor pentru migranți ca servicii sociale a constituit tema principală a unor întâlniri/corespondență a MNP cu IGI, desfășurate în cursul anului 2020.

Dialogul continuu între MNP și IGI va continua și în anul 2021, atât pe tema menționată, cât și pe alte probleme care trebuie soluționate cu precădere: asigurarea permanenței asistenței medicale, îmbunătățirea condițiilor de cazare necorespunzătoare în unele dintre centre.

III. PROPUNERI

► implicarea promptă a tuturor actorilor responsabili în gestionarea situației migranților intrați ilegal în țară, în ceea ce privește cazarea acestora în centre desemnate drept centre de carantină, dacă este cazul, în contextul epidemiologic actual și respectarea drepturilor acestora (inclusiv la comunicarea cu exteriorul, prin asigurarea unui număr suficient de aparate telefonice);

► asigurarea numărului necesar de personal medical în centrele pentru migranți, astfel încât să se asigure permanența asistenței medicale.

Capitolul 4

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA UNITĂȚILOR PENITENCIARE

Persoanele private de libertate reprezintă un grup deosebit de vulnerabil, datorită naturii restricțiilor care le-au fost deja impuse și capacității lor limitate de a lua măsuri de precauție. În închisori și în alte spații de detenție, multe dintre acestea fiind supraaglomerate și neigienice, există probleme din ce în ce mai acute.

(Avizul Subcomitetului pentru Prevenirea Torturii către statele părți și Mecanismele Naționale de Prevenire, cu privire la pandemia de Coronavirus - adoptat la 25 martie 2020)

I. ASPECTE PRELIMINARE

Penitenciarele sunt servicii publice specializate ale căror principale atribuții sunt custodierea persoanelor private de libertate în timpul executării pedepselor și formarea unei atitudini sociale adecvate pentru adaptarea și integrarea la o viață normală în societate, după liberare.

Respectarea demnității deținuților ca persoane umane trebuie să reprezinte valoarea etică de bază pentru persoanele responsabile de locurile de detenție și cei care lucrează în cadrul acestora, principiu stipulat în mod clar în art. 10 al Pactului Internațional privind drepturile civile și politice, potrivit căruia, *Orice persoană privată de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane.* (Asociația pentru prevenirea torturii -APT, Ghid practic, Monitorizarea locurilor de detenție).

În contextul epidemiei de coronavirus COVID-19, prin Decretul Prezidențial nr. 195/2020 s-a prevăzut suspendarea exercitării unor drepturi de către persoanele private de libertate din penitenciare (dreptul de a primi vizite, dreptul la vizită intimă, dreptul de a primi bunuri prin sectorul vizită), cât și a recompenselor constând în permisiunea de ieșire din penitenciar. În aceste condiții, în exercitarea atribuțiilor sale de prevenire a relelor tratamente, încă de la începutul stării de urgență, MNP (în colaborare cu Domeniul armată, justiție, poliție, penitenciare) a solicitat către Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP) informații detaliate cu privire la aplicarea efectivă a măsurilor compensatorii adoptate la nivelul unităților penitenciare, și anume: suplimentarea sferei convorbirilor telefonice, a comunicărilor online și la informare, precum și cu privire la măsurile întreprinse în scopul protecției persoanelor private de libertate împotriva contaminării cu noul coronavirus și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor lipsite de libertate.

De asemenea, în perioada stării de alertă au fost efectuate vizite de monitorizare la 13 penitenciare: Penitenciarul Mărgineni, Penitenciarul Constanța-Poarta Albă Secția Exterioară Valu lui Traian, Penitenciarul de Femei Ploiești Târgșorul Nou, Penitenciarul Craiova-Secția exterioară Ișalnița (femei), Penitenciarul Craiova Pelendava, Penitenciarul Deva, Penitenciarul Bistrița, Penitenciarul București-Rahova, Penitenciarul Bacău, Penitenciarul Botoșani, Penitenciarul Brăila, Penitenciarul-Spital Târgu Ocna, Penitenciarul Satu Mare.

Atunci când situația epidemiologică nu a permis monitorizarea prin deplasarea echipei de vizită la unitatea penitenciară, MNP a apelat la mijloace alternative, precum: solicitare de informații/documente anterior vizitei; discuții cu conducerea unității penitenciare, cu personalul angajat, precum și interviuri cu persoanele private de libertate realizate prin

intermediul aplicației Skype - conducerea unității penitenciare a facilitat și a asigurat întreprinderile echipei MNP cu persoanele custodiate, în condiții de confidențialitate (un spațiu special amenajat, destinat convorbirilor online, dotat cu calculator, căști cu microfon); elaborarea și aplicarea unor chestionare pentru obținerea unor informații suplimentare, întocmite pe categorii (conducere și personal angajat și persoane private de libertate).

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Cu privire la informațiile solicitate în perioada stării de urgență, *conform răspunsului primit de la Administrația Națională a Penitenciarelor*, la nivelul unităților Penitenciare au fost adoptate o serie de măsuri, astfel:

Măsuri întreprinse în scopul protecției personalului propriu și a persoanelor private de libertate împotriva contaminării cu noul coronavirus (SARS-CoV-2). Anterior instituirii stării de urgență, la nivelul locurilor de deținere din subordinea ANP a fost implementat un <Plan de măsuri pentru prevenirea îmbolnăvirii și răspândirii infecției cu COVID-19> care cuprindea măsuri de intervenție specifice deținuților extrădați din zone cu risc epidemiologic pentru COVID-19, precum și măsuri de intervenție în situații de criză.

La nivelul penitenciarelor: •au fost desfășurate campanii de informare a persoanelor private de libertate cu privire la SARS-CoV-2; •au fost realizate și transmise, periodic, prin circuitele proprii de radio și televiziune, informări cu privire la noul coronavirus; •au fost efectuate activități de consiliere individuală (educativă, socială, psihologică) pentru conștientizarea și acceptarea unor măsuri stricte de igienă; •s-au desfășurat activități de igienizare a spațiilor de cazare și a celor destinate activităților de reintegrare socială; •au fost transmise instrucțiuni cu privire la implementarea măsurilor de distanțare fizică și limitare a contactului dintre polițiștii de penitenciare și persoanele aflate în custodie; •pentru reducerea mișcării persoanelor private de libertate s-a solicitat instanțelor de judecată analizarea posibilității audierii persoanelor private de libertate prin videoconferință; •s-a purtat corespondență cu Uniunea Națională a Barourilor din România cu privire la acordarea dreptului la asistență juridică.

Pentru derularea demersurilor de reintegrare socială, au fost transmise indicații privind desfășurarea acestora: •suspendarea activităților de școlarizare, formare profesională, activități de voluntariat, activități interpenitenciare; •suspendarea activităților desfășurate în grup și desfășurarea lor în regim individual; •asigurarea asistenței psihologice numai în situații de risc; •respectarea criteriilor de separațiune impuse de Direcția de Supraveghere Medicală.

Cu privire la protejarea sănătății persoanelor custodiate, au fost avute în vedere următoarele aspecte: •s-a solicitat unităților penitenciare să acorde o atenție sporită persoanelor private de libertate cunoscute ca foste consumatoare de droguri sau aflate în tratament de substituție; •a fost înființat un Grup de suport Tehnico-Medical cu atribuții în monitorizarea situației în locurile de deținere și propunerea de măsuri în funcție de evoluția contextului epidemiologic; •au fost luate măsuri de limitare a contactului persoanelor private de libertate cu posibile surse de infectare prin suspendarea unor activități în afara locului de deținere; •s-au identificat spații de carantinare, monitorizare, izolare respiratorie pentru persoanele private de libertate care, în urma unui triaj epidemiologic, ar prezenta simptome specifice infectării cu noul virus; astfel, în mod etapizat și progresiv, s-a luat măsura organizării unor astfel de spații la nivelul Penitenciarelor Aiud, Spital Constanța-Poarta Albă, Drobeta Turnu-Severin, Baia Mare, Spital Jilava și Spital Mioveni; •pentru a avea o monitorizare atentă a persoanelor care se află în izolare medicală, au fost stabilite soluții tehnice de evidențiere în aplicația informatică de evidență a datelor persoanelor private de

libertate PMSWeb, a camerelor de deținere utilizate în acest sens; totodată, la nivelul locurilor de deținere au fost luate măsuri de monitorizare atentă a stării de sănătate a tuturor persoanelor private de libertate care, într-un interval de 14 zile, au revenit din permisiunea de ieșire din penitenciar.

Prin decizia directorului general s-a instituit un *Plan de măsuri pentru sistemul penitenciar, la instituirea stării de urgență pe teritoriul României*, care a fost transmis unităților subordonate, spre implementare.

Măsuri adoptate pentru a compensa suspendarea anumitor drepturi. Conform Decretului Președintelui României nr. 195/2020, *pentru menținerea legăturii cu mediul suport se majorează durata și numărul de convorbiri pentru persoanele condamnate aflate în regimul de maximă siguranță, la maximum 45 de minute pe zi, iar pentru persoanele condamnate aflate în regim închis, semideschis, deschis, regim provizoriu sau pentru cei care nu au regimul stabilit, la maximum 75 de minute pe zi. Dreptul deținuților la convorbiri online, indiferent de situația disciplinară și periodicitatea legăturii cu familia, se suplimentează corespunzător numărului de vizite la care au dreptul conform regimului de executare.*

În cadrul penitenciarelor, menținerea legăturii cu membrii de familie, aparținători sau alte persoane a fost asigurată deținuților, în starea de urgență, prin convorbiri telefonice și comunicări online. În acest sens, durata și numărul convorbirilor telefonice au fost majorate, iar numărul comunicărilor online la care persoanele custodiate au avut dreptul a fost suplimentat, indiferent de situația disciplinară și periodicitatea legăturii cu familia, corespunzător numărului de vizite la care aveau dreptul, în funcție de regimul de executare sau categoria din care fac parte.

Pentru deținuții clasificați în regimul de maximă siguranță, numărul convorbirilor telefonice a fost majorat de la 3 apeluri zilnic la 5 apeluri zilnic, cu durata maximă cumulată de 45 minute/zi.

Au fost transmise solicitări și s-a obținut reducerea cuantumului tarifelor pentru convorbirile telefonice efectuate de către persoanele private de libertate, de la ambii furnizori cu care ANP are încheiate contracte.

De asemenea, pe perioada detenției persoanele private de libertate au posibilitatea de a comunica zilnic cu administrația penitenciarului și de a aduce la cunoștință orice aspect privind o posibilă încălcare a drepturilor sau exercitarea de abuzuri ori de a se adresa, în scris sau verbal, judecătorului de supraveghere a privării de libertate, directorului penitenciarului ori persoanelor desemnate de acesta din urmă.

Măsuri dispuse la nivelul penitenciarelor-spital. La nivelul sistemului administrației penitenciare au fost stabilite spații de izolare respiratorie, destinate persoanelor private de libertate considerate cazuri suspecte/bolnave de COVID-19, în cadrul a 5 unități Penitenciare: Penitenciarul - Spital București - Jilava, Penitenciarul Aiud, Penitenciarul - Spital Constanța - Poarta Albă, Penitenciarul Drobeta Turnu Severin și Penitenciarul Baia Mare. De asemenea, prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 489/2020 din 23 martie 2020 privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul și îngrijirea pacienților critici, cu infecții emergente și reemergente (AP- IE/RE), Penitenciarul - Spital București - Jilava a fost nominalizat ca unitate sanitară ce va desfășura AP-IE/RE. La nivelul sistemului administrației penitenciare există două penitenciare-spital cu secții/compartimente de Anestezie și Terapie Intensivă.

Se avea în vedere și posibilitatea desemnării altor spații de izolare respiratorie, gradual, în funcție de necesitățile ivite.

Pentru asigurarea unităților penitenciare cu materiale sanitare și echipament de protecție, necesare gestionării activităților medicale cu persoanele private de libertate considerate cazuri suspecte/bolnave de COVID-19, penitenciarele-spital au întreprins demersurile necesare achiziționării resurselor menționate, atât pentru unitatea proprie, cât și pentru unitățile arondate acestora.

Asistența medicală a persoanelor private de libertate considerate suspecte/bolnave de COVID-19 era asigurată de personal medical de specialitate, în acest sens fiind angajați la nivelul ANP, în penitenciarele-spital, 2 medici în specialitatea Anestezie și Terapie Intensivă și 1 medic în specialitatea Boli infecțioase și convocați 2 medici în specialitatea ATI și 1 medic în specialitatea Pneumologie, rezidenți în ultimul an. Totodată pentru sprijinul rețelei sanitare penitenciare, au fost convocați și alți medici rezidenți, din următoarele specialități: 12 - Medicină de familie, 1 - Radiologie, 1 - Chirurgie Toracică, 1 - Chirurgie Generală, 1 - Otorinolaringologie și 1 - Obstetrică-Ginecologie.

Referitor la instruirea specifică a asistenților medicali, au fost elaborate instrucțiuni proprii scrise și au fost transmise în completarea ordinelor/instrucțiunilor ministrului sănătății și ale Comitetului Național pentru Situații Speciale de Urgență referitoare la utilizarea echipamentului de protecție și raționalizarea/eficientizarea utilizării acestor echipamente. Totodată, au fost promovate materiale video informative referitoare la măsurile igienico-sanitare și instrucțiunile de utilizare privind echiparea/dezechiparea echipamentului de protecție.

Măsuri luate pentru păstrarea siguranței deținerii pe toată durata aplicării stării de urgență. Pentru a monitoriza respectarea planului de măsuri, au fost efectuate controale de specialitate de către ofițeri specialiști din cadrul ANP, în mai multe locuri de deținere. Acestea au vizat modul de implementare a măsurilor stabilite prin *Planul de măsuri pentru sistemul penitenciar, la instituirea stării de urgență*, desfășurarea activităților specifice siguranței deținerii și aplicării regimului penitenciar, a stării de spirit în rândul persoanelor private de libertate și a stării administrativ-gospodărești, a modului de organizare a programului zilnic și a activității generate de predarea-primirea serviciului.

Cu privire la accesul în unitate, acesta se realiza cu respectarea regulilor de triaj epidemiologic impuse prin planul de măsuri elaborat la nivelul ANP, asistentul medical aflat în serviciu verificând temperatura corporală cu un termometru digital și aplicând un chestionar cu privire la posibile simptome fizice.

Polițiștii de penitenciare care își desfășoară activitatea în postul control, la intrarea în locul de deținere, au fost dotați cu mască de protecție și mănuși de protecție de unică folosință, iar cei care desfășoară activitatea pe secții au fost dotați cu mască de protecție, mănuși de protecție de unică folosință și halate.

Deplasările în interiorul sectorului de deținere au fost limitate la maximum pentru personal, ținându-se o evidență clară a tuturor celor care au avut acces, pe baza atribuțiilor de serviciu, fiind instituit un registru în acest sens. În intervalul orar 07:00-21:00, pe bază de planificare, se asigura continuitatea cu ofițeri în unitate pentru organizarea și coordonarea directă a activităților cu persoanele custodiate.

Directorul adjunct pentru siguranță și regim penitenciar, împreună cu șeful serviciului siguranța deținerii, șeful serviciului regim și șeful detașamentului de intervenție, verificau, analizau și solicitau completarea mijloacelor de comunicare, pază și apărare, mijloace ajutoare blocare căi de acces, căi de iluminat, sisteme de stingerea incendiilor, în funcție de nevoile urgente.

Au fost reanalizate toate activitățile (inclusiv cele sportive) cu deținuții/persoanele

internate, astfel încât acestea să fie efectuate, în serii cu număr redus de deținuți/persoane internate, limitându-se, pe cât posibil, gruparea camerelor de deținere la aceeași activitate.

S-a limitat interacțiunea cu deținuții/persoanele internate, astfel, în cadrul secțiilor de deținere, nu aveau acces decât cei planificați în serviciul de supraveghere pe secție, cei cu funcții de conducere sau planificați la continuitate și structuri de intervenție, iar pentru fiecare nevoie administrativă de mentenanță/întreținere, se dispuneau măsuri suplimentare de siguranță.

În funcție de evoluția situației operative, directorul locului de deținere putea dispune încetarea învoierilor, concediilor de odihnă, cât și părăsirea localității de domiciliu, în afara orelor de program, iar în cazul în care existau informații sau stări de nemulțumire generalizate, fiind identificate riscuri cu privire la alterarea stării de spirit a deținuților, directorul locului de deținere urma să dispună suplimentarea cu 1/3 a personalului aflat în serviciu.

A fost analizată nevoia de suplimentare a dispozitivului cu alte posturi permanente/temporare, pe direcții de acțiune, în funcție de locuri și momente vulnerabile. Obligatoriu, s-a instituit paza la magazia de armament și muniție, precum și la depozitele de carburant/alimente, în special dacă acestea din urmă se află în afara perimetrului păzit al unității.

Structurile de intervenție au fost suplimentate cu personal în sprijin, astfel încât, pe baza planificării și rotației, să se asigure, în orice moment, intervenția specializată, conform *Manualului privind structurile asociate pentru măsuri de securitate specială, constrângere și control, precum și pentru utilizarea mijloacelor și tehnicilor de imobilizare*, vol. II - Intervenția structurilor specializate, aprobat prin Decizia directorului general al ANP nr. 566 din 26 august 2011.

Ca măsură suplimentară, pentru realizarea continuității activităților și pentru prevenirea răspândirii noului virus, s-a hotărât ca un procent de 30% din personalul care lucrează în program normal de lucru (8h/zi), cu excepția celor care fac parte din sectorul operativ, medical și intervenție psihosocială, să rămână la domiciliu, în baza unei planificări aprobate de către directorul fiecărei unități penitenciare, efectuând sarcini profesionale care pot fi îndeplinite de la domiciliu. Mai mult, la nivelul unităților penitenciare, a fost înființată a 5-a subunitate în sectorul operativ pentru asigurarea rezervei de personal și alocarea unor perioade de 14 zile libere pentru fiecare schimb, în vederea reducerii riscului de infestare în acest context epidemiologic.

Aspecte constatate de MNP pe parcursul vizitelor de monitorizare:

Referitor la măsurile adoptate în starea de urgență și, ulterior, în starea de alertă, MNP a constatat că la nivelul unităților penitenciare au fost adoptate o serie de măsuri de protecție și prevenire a infecției cu SARS-CoV-2, au fost aduse modificări regulamentului de ordine interioară, fiind introduse noi prevederi referitoare la obligativitatea purtării echipamentelor individuale de protecție de către persoanele private de libertate.

La nivelul *Penitenciarului de Femei Ploiești-Târgșorul Nou* au fost luate o serie de măsuri, printre care: •au fost elaborate instrucțiuni de lucru privind distanțarea fizică pentru prevenirea îmbolnăvirii cu virusul SARS-CoV-2 pentru personalul sectorului operativ; •au fost elaborate instrucțiuni de lucru pentru personalul sectorului de acordare a drepturilor deținuților, cu limitarea la maximum a personalului care are acces în sectorul de deținere; •activitățile lucrative, cu excepția celor necesare funcționării unității, au încetat; •secția E4 de deținere, destinată inițial deținuților arestate preventiv a fost reorganizată și prin cele 8 camere instituite au fost luate măsuri în vederea asigurării cazării individuale a persoanelor private de

libertate nou depuse, aflate sub monitorizare medicală pe o perioadă de cel puțin 14 zile, în vederea efectuării triajului epidemiologic anterior introducerii acestora în colectivitate.

După încetarea stării de urgență, cu ocazia acordării vizitelor, au fost instruiți lucrătorii sectorului respectiv, informați vizitatorii/persoanele cu atribuții oficiale asupra obligativității purtării echipamentului individual de protecție. De asemenea, printre măsurile luate se numără și distribuirea de viziere întregului efectiv de deținuți pe bază de semnătură, iar persoanelor private de libertate care efectuau activități lucrative în interesul locului de deținere, cât și deținuților care s-au prezentat la instanță, li s-au asigurat măști de protecție. La nivelul Penitenciarului de Femei Ploiești-Târgșorul Nou, niciun angajat al unității penitenciare nu a prezentat simptomatologie de infecție acută respiratorie, nu a fost suspect sau confirmat Covid.

*În cazul deținuților-mame cu copii minori în penitenciar și în afara acestuia, un rol deosebit în menținerea unei stări de spirit corespunzătoare l-au avut comunicările online de care au beneficiat deținuțele. Astfel, prin demersurile administrației penitenciare, comunicările online au crescut de la 103 în luna februarie la 603 în luna martie și 1712 în luna aprilie. În luna mai au fost 1370 de comunicări online. **Una dintre problemele cu care s-au confruntat deținuțele care au copii în sistemul de protecție a copilului, în perioada stării de urgență și alertă a fost cea privind imposibilitatea comunicării online cu minorii, direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului invocând lipsa unor protocoale de colaborare încheiate între penitenciar și direcție cu privire la menținerea legăturii prin comunicare online (DGASPC Galați). Având în vedere imposibilitatea comunicării online a mamei cu copilul (în situația în care nu se pot realiza vizite), ca impediment major în menținerea contactului cu familia ce afecta starea psihică atât a mamei, cât și a copilului, MNP consideră necesară încheierea unor astfel de protocoale de colaborare.***

La Penitenciarul Mărgineni au fost menținute condițiile de acordare a dreptului la convorbire online în limita maximă prevăzută de lege și după încetarea stării de urgență. Atât ANP, cât și personalul penitenciarului s-au implicat activ în menținerea relației cu familia și mediul de suport în perioada în care au fost interzise vizitele (spre exemplu, au fost întreprinse măsuri și pentru reducerea tarifelor practicate la convorbirile telefonice, dar și a prețurilor practicate la punctul comercial). Conducerea Penitenciarului Mărgineni a solicitat flexibilizarea prețurilor produselor din magazinul aflat în incinta penitenciarului, astfel că, începând cu data de 17 martie 2020, societatea comercială a redus prețurile produselor cu 8-10%, magazinul fiind aprovizionat în conformitate cu situația existentă.

În Penitenciarul Spital Dej, la nivelul cabinetului medical era constituit Registrul consultații COVID-19 în care se efectuau consemnările zilnice rezultate din monitorizarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate izolate/carantinate, sosite din transfer, revenite din învoire din familie, externate din penitenciar spital/civil, nou depuse, urmare a acordării vizitei intime. Până la data vizitei (25 iunie) erau înregistrate 990 de vizite medicale de monitorizare, la aceea dată fiind 39 de deținuți monitorizați, aceștia fiind cazați în 11 camere de deținere/infirmerii în funcție de data de intrare în izolare. Au existat cazuri suspecte de infectare atât în rândul personalului cât și în rândul persoanelor private de libertate, pentru care s-au aplicat măsuri corespunzătoare. Persoanele private de libertate suspectate de COVID-19 au fost cazate în camere separate și izolate evitând orice contact cu alte persoane deținute pe o perioadă de 14 zile (inclusiv deținuții care erau transferați din alte unități penitenciare). S-a realizat o monitorizare zilnică și s-a raportat zilnic la Direcția Supraveghere

Medicală din cadrul ANP. Au fost făcute teste pentru un număr de 9 persoane și nu au existat cazuri confirmate.

În *Penitenciarul Deva* a fost raportat un număr de 11 cazuri – persoane suspecte de infectare cu virusul SARS-CoV-2 în rândul personalului și 17 cazuri în rândul persoanelor private de libertate, toate neconfirmate. Pentru aceste cazuri s-au luat următoarele măsuri: •izolarea personalului la domiciliu pe o perioadă de 14 zile și menținerea legăturii permanente privitor la starea de sănătate; •izolarea persoanelor deținute 14 zile și monitorizarea acestora conform machetei "Tabel monitorizare clinică caz izolat"; •ancheta epidemiologică pentru cazurile de izolare preventivă a deținuților conform machetei; •transferul a trei deținuți suspecți la alte penitenciare suport (doi deținuți la *Penitenciarul Aiud* și un deținut la *Penitenciarul Jilava*); •întocmirea și executarea unor proceduri pentru protecția deținuților și dezinfectia curentă și terminală a spațiilor (limitarea mișcării suspecților, purtarea echipamentelor de protecție, purtarea echipamentelor de protecție necesare personalului); dezinfectia spațiilor de cazare; •dezinfectia grupurilor sanitare și dezinfectia veselei.

Alte aspecte constatate:

►o deficiență întâlnită în mod sistematic a fost **lipsa de personal față de nevoile reale** ale unităților respective. De exemplu, în *Penitenciarul Mărgineni* s-a reținut deficit de personal medical cu impact negativ asupra activității compartimentului medical (din cele 7 posturi prevăzute pentru medici, 4 posturi de medici erau vacante, respectiv: 1 post medic primar dentist, 2 posturi medic primar medicină de familie, 1 post medic primar psihiatrie), precum și o deficiență de personal de specialiști psihologi (din cele 5 posturi prevăzute pentru psihologi, 3 posturi erau vacante, în condițiile în care se recomandă angajarea minimă a câte unui psiholog la fiecare 100 de persoane private de libertate). Situația a fost regăsită și în alte penitenciare monitorizate: •*Penitenciarul Bacău*, unde activitatea era asigurată de un număr de 252 de angajați, însă în statul de funcții au fost observate 80 de posturi vacante, cea mai mare lipsă de personal înregistrându-se la domeniul medical, la Direcția Intervenție Psihosocială și în sectorul operativ; •*Penitenciarul-Spital Tg. Ocna*, unde cea mai mare lipsă de personal se înregistra la domeniul medical (10 posturi ofițeri și 4 posturi agenți) și la siguranța deținerii și regim penitenciar (2 posturi ofițer și 5 posturi agent); •*Penitenciarul Botoșani*, unde erau 67 de posturi vacante (25 posturi de ofițer și 42 de posturi de agent), cea mai mare lipsă de personal înregistrându-se la domeniul medical, educație, asistență psihosocială, escortă și în sectorul operativ.

La recomandările MNP, în sensul remedierii acestor deficiențe, ANP a reacționat prompt, fiind organizate proceduri de angajare prin concurs pentru personal medical, psihologic și de educație, precum și din domeniul operativ. La nivelul *Penitenciarului Botoșani* au fost angajați doi medici (medicină generală și medicină dentară).

►**supraaglomerarea** în cazul unor penitenciare: *Penitenciarul Craiova* - Secția exterioară Ișalnița, *Penitenciarul Craiova Pelendava*, *Penitenciarul Deva*. În cazul *Penitenciarului Mărgineni*, unde gradul de ocupare era de 124%, conducerea unității penitenciare a precizat că au fost formulate propuneri de transfer pentru persoanele private de libertate care nu aveau domiciliul în județele Dâmbovița, Prahova, Vâlcea și Argeș. Totodată, conducerea unității vizitate a menționat că, ulterior, având în vedere necesitatea echilibrării efectivelor de deținuți, ținând seama și de diferențele mari ale indicelui de ocupare între locurile de deținere, precum și de dificultățile cu privire la asigurarea drepturilor conform regimului de executare, ANP a luat măsuri de *transferare* a persoanelor private de libertate între unitățile subordonate, în funcție de capacitatea de cazare, măsurile fiind implementate pentru îmbunătățirea infrastructurii penitenciare și de echilibrare a efectivelor de deținuți, la

nivel sistematic, ca parte a demersurilor necesare pentru soluționarea problemei supraaglomerării carcerale, fiind transferate 60 de persoane, clasificate în regim de maximă siguranță și închis.

► **condiții de cazare necorespunzătoare** - în Penitenciarul Bacău, în unele secții, camerele erau dotate cu paturi pe trei niveluri și a fost semnalată prezența ploșnițelor, existența mobilierului și saltelelor vechi, a grupurilor sanitare cu igrasie și miros neplăcut, precum și lipsa spațiilor de depozitare a bunurilor și obiectelor personale.

Urmare a recomandărilor MNP, până în luna august 2020 au fost efectuate reparații curente și de întreținere la 12 camere de deținere, au fost efectuate 8 acțiuni de dezinsecție punctuală și 2 acțiuni de dezinsecție generală, au fost achiziționate saltele, a fost confecționat mobilier pentru depozitarea bunurilor personale, iar în proiectul de buget pentru anul 2021 a fost prevăzută înlocuirea paturilor.

► referitor la *asistența medicală*:

- **lipsa de personal medical** - în penitenciare erau posturi vacante de medic și asistent medical; s-a constatat lipsa de instruire a personalului medical cu privire la completarea formularului de consimțământ informat;

- **registrele întocmite în penitenciar nu erau completate corespunzător**; spre exemplu, în Penitenciarul Mărgineni: Registrul de leziuni traumatice și de autoagresiune – nu era respectată ordinea cronologică a însemnărilor, lipsea data calendaristică în cazul unor însemnări, lipsea semnătura cadrului medical care a constatat leziunea în cazul mai multor însemnări; Registrul de consultații și tratament – lipsea semnătura persoanei private de libertate căreia i se administra tratamentul, precum și semnătura și parafa medicului prescriptor în dreptul unor consemnări; Registrul destinat monitorizării persoanelor aflate în refuz de hrană – era dificil de distins data și ora ieșirii din această formă de protest în unele cazuri; în Registrul dedicat administrării medicației psihotrope, lipsea semnătura deținutei la fiecare administrare a tratamentului psihotrop;

- în Penitenciarul de Femei Ploiești-Târgșorul Nou, deținutele nu erau evaluate de către un medic imediat după depunerea în penitenciar; diagnosticele menționate în registrul de urgențe medicale reprezentau simptome care puteau caracteriza o plajă foarte largă de afecțiuni; tratamentele administrate se adresau doar simptomului, rareori cauzei, mascând potențiale afecțiuni cu risc vital, care prin estomparea simptomelor puteau conduce la prezentarea persoanei la medic într-o fază avansată a bolii, tardiv, sau chiar decesul acesteia din cauza procrastinării acordării asistenței medicale de specialitate;

► în Penitenciarul Bistrița **se practica sancționarea disciplinară** (chiar în mod repetat a acelorași persoane) **în cazul unor comportamente de tip autoagresiv** (spre exemplu, unei persoane care s-a tăiat în jurul gâtului în două zile diferite în anul 2019 i s-au aplicat două sancțiuni disciplinare, de suspendare a dreptului la muncă și de primire a bunurilor și efectuarea cumpărăturilor), **unele dintre persoanele sancționate prezentând un diagnostic psihiatric**; s-au constatat și cazurile unor persoane private de libertate sancționate disciplinar urmare a unor tentative de suicid;

Sub acest aspect, MNP a recomandat ANP, în anul 2019, să sesizeze Ministerul Justiției cu privire la **examinarea dispozițiilor art. 82 lit. Ț) și art. 100 alin. (2) din Legea nr. 254/2013** privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare, **referitoare la interzicerea actelor de autoagresiune, considerate abateri disciplinare grave și sancționate, sub aspectul armonizării acestora cu recomandarea CPT de a nu mai sancționa disciplinar actele de autoagresiune**. Urmare a recomandării, ANP a transmis

Ministerului Justiției un *proiect de Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 254/2013* (forma revizuită în urma analizei recomandărilor care presupun intervenții legislative formulate de CPT în urma vizitei efectuate în cursul lunii februarie 2018, precum și a propunerilor venite din partea judecătorilor de supraveghere a privării de libertate), în care s-a prevăzut: La art. 101, după alin. (3), se introduce un nou alineat, alin. (3¹), cu următorul cuprins: **"(3¹) Persoanele condamnate diagnosticate cu afecțiuni psihice grave nu pot fi sancționate pentru nerespectarea interdicției prevăzută la art. 82 lit. Ț)." –** modificare legislativă care nu a fost efectuată până la acest moment.

► Penitenciarul Mărgineni, începând cu data de 6 aprilie 2020, custodia persoane private de libertate vulnerabile din punct de vedere medico-social (HIV-SIDA). În conformitate cu prevederile *Legii nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA*, **aceste persoane beneficiază de indemnizații lunare de hrană**, stabilirea modalității de acordare a acestora fiind prevăzută în Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 223/2006 pentru aprobarea Metodologiei de acordare a indemnizației lunare de hrană cuvenite adulților și copiilor infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA și de control al utilizării de către cei în drept a acesteia. **Metodologia nu prevede însă dispoziții cu privire la situația transferului unei persoane de la o adresă la alta, obligația beneficiarului fiind doar aceea de a anunța în 5 zile orice modificare intervenită în situația care a stat la baza acordării dreptului la indemnizație.**

Deși autoritatea penitenciară în care s-au aflat persoanele private de libertate a anunțat modificarea intervenită cu privire la noua adresă, Metodologia citată anterior nu prevede transferul automat al dreptului la noua adresă, fiind solicitate din nou documentele necesare stabilirii dreptului, la noua adresă. Redeschiderea dreptului la indemnizație se face potrivit art. 5 din actul normativ menționat, care prevede că indemnizația lunară de hrană se stabilește cu luna următoare înregistrării cererii, astfel că, se realizează un **decalaj de plată**;

Prin raportul de vizită s-a recomandat directorului Penitenciarului Mărgineni să informeze ANP cu privire la acest aspect, astfel încât să fie informat Ministerul Muncii și Protecției Sociale care, în calitate de organ emitent, să completeze/să modifice Metodologia antecitată, cu dispoziția de menținerea în plată a beneficiarului dreptului de indemnizație și plata acestui drept în cel mai scurt timp.

Urmare a recomandării MNP, directorul unității penitenciare a comunicat echipei MNP faptul că a fost întocmită și transmisă o adresă în acest sens către ANP, precum și adresa respectivă.

► la nivelul unor penitenciare, **persoanele custodiate străine semnav formulare redactate în limba română**, fără a se asigura traducere în limba maternă; un astfel de caz era în Penitenciarul Bistrița - urmare a vizitei și recomandărilor MNP, administrația penitenciarului a comunicat faptul că a fost înaintată către ANP o propunere de transfer a persoanei private de libertate de cetățenie străină, în alt penitenciar unde i se poate asigura comunicarea într-o limbă cunoscută de aceasta.

III. PROPUNERI

► încheierea unor protocoale de colaborare între penitenciare și direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului cu privire la menținerea legăturii prin comunicare online a persoanelor private de libertate din penitenciare cu membri ai familiei (copii, părinți) instituționalizați în centre aflate în subordinea direcțiilor respective;

► continuarea demersurilor legale pentru ca persoanele condamnate diagnosticate cu afecțiuni psihice grave să nu fie sancționate pentru actele de autoagresiune;

► la fiecare transfer al persoanelor private de libertate să fie avute prevederile art. 11 din Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare, și anume: *la stabilirea penitenciarului se are în vedere ca acesta să fie situat cât mai aproape de localitatea de domiciliu a persoanei condamnate;*

► identificarea și evaluarea numărului optim de personal medical (medici cu specializarea medicină generală/de familie, psihiatrie și medici stomatologi; asistenți medicali) și pregătirea profesională continuă a acestora, atât în specialitate cât și cu privire la drepturile fundamentale ale omului, standardele internaționale și principiile eticii îngrijirii medicale în penitenciare, Protocolul de la Istanbul (documentarea semnelor de tortură și rele tratamente); instruirea cu privire la completarea corespunzătoare a registrelor existente la nivelul cabinetului medical.

Capitolul 5

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA CENTRELOR DE REȚINERE ȘI ARESTARE PREVENTIVĂ

I. ASPECTE PRELIMINARE

Centrele de Reținere și Arestare Preventivă (CRAP) sunt organizate și funcționează în subordinea Ministerului Afacerilor Interne (MAI), potrivit prevederilor art. 107 din Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare.

Reprezintă structura de specialitate din cadrul Poliției Române care asigură primirea, înregistrarea, paza, supravegherea, escortarea, punerea în libertate și asigurarea respectării drepturilor și libertăților persoanelor private de libertate în conformitate cu prevederile constituționale, legilor, ordinelor și dispozițiilor eșaloanelor superioare, pe linia aplicării cadrului legal privind executarea pedepselor și măsurilor privative de libertate. La nivel teritorial, centrele de reținere și arestare preventivă sunt organizate și funcționează în cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București (DGPMB) și în cadrul fiecărui Inspectorat de Poliție Județean (IPJ), fiind conduse de către un șef de centru. Serviciul Coordonare Centre de Reținere și Arestare Preventivă (organizat la nivel de serviciu subordonat Inspectorului General al Poliției Române (IGPR), fără personalitate juridică, având competență materială și teritorială general), îndrumă, coordonează și controlează activitatea celor 51 de structuri de specialitate organizate la nivelul DGPMB și IPJ.

În centrele de reținere și arestare preventivă se execută măsura reținerii și a arestării preventive în cursul urmăririi penale sau în cursul procedurii de cameră preliminară, până la verificarea legalității și temeiniciei măsurii arestării preventive, de către judecătorul de cameră preliminară, conform dispozițiilor Codului de procedură penală. Persoanele condamnate pot fi custodiate temporar în centre, numai la solicitarea organelor judiciare.

Potrivit Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Tratatamentelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante (CPT), trei drepturi ale persoanelor reținute de poliție sunt considerate de CPT ca având o importanță deosebită: 1. dreptul persoanei în cauză la notificarea detenției către o terță parte aleasă de ea (un membru al familiei, un prieten, consultantul); 2. dreptul de a avea acces la un avocat; 3. dreptul de a solicita examinarea medicală de către un doctor ales de ea (suplimentar față de orice examinare medicală realizată de un doctor chemat de autoritățile polițienești). În opinia CPT-ului, aceste drepturi constituie trei garanții fundamentale împotriva relelor tratamente aplicate deținuților, care trebuie realizate de la începutul privării de libertate, indiferent de cum este aceasta descrisă în sistemul legal în cauză (arestare etc.).

La nivelul Poliției Române sunt organizate și funcționează un număr de 51 de centre de reținere și arestare preventivă. Dintre acestea, 40 sunt administrate de către inspectoratele de poliție județene (exceptând I.P.J. Ilfov), iar 11 sunt administrate de către Direcția Generală de Poliție a Municipiului București, cu o capacitate totală de cazare de 1569 locuri (prin raportare la numărul de paturi), respective 1388 locuri (prin raportare la asigurarea unui spațiu de viață de cel puțin 4 m² pentru fiecare persoană privată de libertate). Potrivit ansamblului execuțional penal, administrația centrului are obligația legală de a asigura, pe de o parte, exercițiul drepturilor legale ale persoanelor private de libertate, cu limitările impuse de starea

de detenție, și pe de altă parte de a lua toate măsurile legale de asigurare a siguranței deținerii, în ansamblul său, și pentru protejarea vieții, integrității corporale și sănătății acestora, a personalului locului de deținere și a oricăror altor persoane.

În contextul epidemiologic actual și având în vedere strategia MNP de monitorizare a măsurilor dispuse de către autoritățile publice pe parcursul stării de urgență, au fost efectuate demersuri către MAI și IGPR, în sensul solicitării de informații cu privire la măsurile de prevenire luate la nivelul centrelor de reținere și arestare preventivă, cât și la nivel central, precum și informații referitoare la: ●măsuri întreprinse în scopul protecției personalului propriu și al persoanelor private de libertate împotriva contaminării cu noul coronavirus; ●aplicarea efectivă a măsurilor suplimentării unor drepturi; ●măsuri adoptate pentru a compensa suspendarea unor drepturi; ●măsuri dispuse la nivelul Centrului Medical de Diagnostic și Tratament Ambulatoriu „Dr. Nicolae Kretzulescu” (CMDTA); ●încheierea unor protocoale de colaborare cu diverse autorități; ●măsuri luate pentru păstrarea siguranței reținerii/arestării preventive pe toată durata aplicării stării de urgență/stării de alertă.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Conform răspunsurilor primite, în actualul context epidemiologic determinat de răspândirea fără precedent a infecțiilor cu virusul SARS-CoV-2, structurile Ministerului Afacerilor Interne, au pus în prim plan măsurile de prevenire și gestionare a infecțiilor cu SARS-Cov-2.

În ceea ce privește măsurile întreprinse în scopul protecției personalului propriu și al persoanelor private de libertate împotriva contaminării cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) și pentru respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor private de libertate, s-au constatat următoarele:

Polițiștii din cadrul centrelor au desfășurat, constant, activități directe cu persoane private de libertate diagnosticate cu afecțiuni medicale contagioase. A existat astfel un risc profesional care poate conduce în timp la reducerea prematură a capacității de muncă, îmbolnăviri profesionale și la comportamente riscante în activitate, cu urmări grave asupra securității și sănătății personalului și/sau a altor persoane.

Începând cu data de 24 februarie 2020, la nivelul Poliției Române au fost adoptate măsuri proactive și profilactice pentru prevenirea și protecția personalului propriu, în contextul răspândirii infecției cu noul virus, dispuse gradual, raportat la evoluția epidemiologică națională. Inițial, acestea au vizat măsuri generale de prevenție epidemiologică, de exemplu: •intensificarea efectuării triajului epidemiologic; •aplicarea măsurilor profilactice medicale; •distribuirea și utilizarea echipamentului de protecție de către terții potențiali contacți; •dezinfectarea corespunzătoare a spațiilor comune (inclusiv a mobilierului și dotările specifice), la care se adaugă mijloacele de transport utilizate pentru transportul persoanelor private de libertate; •asigurarea în toate situațiile, a exercițiului dreptului la vizită al persoanelor private de libertate, în condiții de limitare a contactului fizic al acestora cu terții, și în plus, cu respectarea regulilor de distanțare și portul echipamentelor de protecție individuală de către toți participanții la activitate și măsurarea temperaturii corporale a vizitatorilor la sosire; •ascultarea persoanelor private de libertate custodiate în centre, cu prioritate, prin sistem videoconferință la locul de deținere sau, după caz, cu respectarea măsurilor suplimentare de siguranță a răspândirii infecției COVID-19; •cazarea individuală a persoanelor care prezintă risc epidemiologic, circuit și activități separate față de celelalte persoane private de libertate (cu portul obligatoriu al echipamentelor de protecție); •intensificarea activităților de asistență psihologică; •prelucrarea materialelor informativ-

educative privind contextul epidemiologic și măsurile adecvate de protecție pentru limitarea răspândirii virusului, atât cu personalul centrelor, cât și cu persoanele private de libertate custodiate.

Mai mult, în condițiile art. 6 alin. (3) din Ordinul M.A.I. nr. 14/2018, la nivelul centrelor de reținere și arestare preventivă s-au stabilit camere de deținere/secții de deținere pentru primirea tuturor persoanelor private de libertate/persoanelor private de libertate venite/predate/extrădate din zone cu risc epidemiologic pentru COVID-19 sau care anterior primirii în centru au intrat în contact direct cu persoane venite din zone cu risc epidemiologic pentru COVID-19/confirmit. În acest sens, la nivelul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București unde sunt organizate și funcționează un număr de 11 centre de reținere și arestare preventivă s-a stabilit pentru primirea tuturor persoanelor referite anterior, centrul de reținere și arestare preventivă nr. 6 - Secția 9 Poliție.

La nivelul tuturor centrelor de reținere și arestare preventivă, măsurile generale de prevenție epidemiologică au fost suplimentate cu măsuri pentru prevenirea oricăror situații de risc generate de răspândirea virusului pe teritoriul României (inclusiv desfășurarea activităților de asistență psihologică, cu prioritate) dimensionate, pe de o parte prin raportare la restrângerea exercițiului unora dintre drepturile legale a persoanelor private de libertate în perioada stării de urgență și, pe de altă parte, prin raportare la dispozițiile execuțional penale incidente.

Referitor la aplicarea efectivă a măsurilor suplimentării dreptului la convorbiri telefonice, comunicări online și informare (procedura/programul adoptat pentru a permite tuturor persoanelor private de libertate un acces egal la facilitățile respective, informații cu privire la numărul de convorbiri/comunicări online efectuate anterior și ulterior instituirii stării de urgență și durata acestora, programele de informare efectuate în toate locurile de deținere aflate în subordinea IGPR, respective a SCCRAP).

În centrele de reținere și arestare preventivă, dreptul la convorbiri telefonice a fost majorat, atât din perspectiva duratei convorbirii telefonice (maximum 45 de minute de la 30 minute), cât și a numărului convorbirilor telefonice care, potrivit dispozițiilor art. 246 alin. (3) lit. c) din Regulamentul de aplicare a Legii nr. 254/2013, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 157/2016, se poate dispune zilnic.

Cu privire la numărul de convorbiri telefonice efectuate de către persoanele private de libertate în luna martie 2020, anterior și ulterior instituirii stării de urgență, datele statistice disponibile, centralizate la nivel național, relevă un număr de 900 de convorbiri circumscrise suplimentării exercițiului dreptului în discuție, aferent perioadei 24-31 martie 2020. Inspectoratul General al Poliției Române nu deținea o situație statistică, anterior instituirii stării de urgență pe teritoriul României, conform datelor solicitate de către instituția Avocatul Poporului, prin adresele formulate. Totuși, cu privire la numărul de convorbiri telefonice efectuate de persoanele private de libertate în perioada 18 mai-17 august 2020, datele statistice disponibile, centralizate la nivel național, relevă un număr de 2.371 de convorbiri, circumscrise suplimentării exercițiului dreptului în discuție.

De asemenea, la nivelul Poliției Române, respectiv al structurii centrale coordonatoare, s-a stabilit ca administrația centrului să dispună măsurile din competență pentru aplicarea și facilitarea informării persoanelor vizate cu privire la modalitatea de exercitare a drepturilor restrânse pe perioada instituirii stării de urgență.

Cu privire la măsurile adoptate pentru a compensa suspendarea exercitării drepturilor (dreptul de a primi vizite, dreptul de a primi bunuri prin sectorul de vizită, dreptul la convorbiri/comunicări online, grefă cu apărătorii din oficiu/aleși), s-a constatat faptul că,

prin decretul nr. 195 din 16.03.2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României a fost suspendat dreptul la vizită al persoanelor private de libertate, fără a fi restrâns accesul liber la justiție ce presupune inclusiv asigurarea dreptului la apărare. În aceste condiții, exercitarea dreptului la asistență juridică prin vizitele avocatului (ales sau din oficiu - în cauzele prevăzute în Capitolul V din Decret) s-a realizat doar cu respectarea măsurilor preventive și de siguranță epidemiologică ce se impun, în camere prevăzute cu sisteme de separare pentru a evita contactul direct al persoanelor private de libertate cu terțe persoane.

De asemenea, au fost implementate măsuri pentru asigurarea posibilității legăturii prin mijloace tehnice dintre persoana privată de libertate și apărătorul acesteia (preponderent telefonic ca măsură cu caracter de prevenție, destinată eliminării oricărui risc, atât pentru persoanele private de libertate și personalul centrului, cât și pentru eventualii contacti), anterior realizării ascultării prin videoconferință de către organul judiciar, administrațiile centrelor dispunând, după caz, măsuri inclusiv în sensul suportării cheltuielilor aferente convorbirilor telefonice.

În ceea ce privește dreptul de a primi bunuri, restricția legală a acestuia a vizat doar exercitarea prin sectorul vizite (respectiv concomitent cu acordarea vizitei), dispozițiile execuțional penale în materia executării măsurilor preventive privative de libertate (distinct de cele aplicabile persoanelor custodiate în unitățile de penitenciare) instituind posibilitatea exercitării acestuia atât concomitent, cât și separat de acordarea vizitei. În acest context legislativ, a fost instituită posibilitatea primirii de către persoanele private de libertate a pachetelor cu efecte personale și obiecte de igienă personală, prin depunerea acestora de către aparținători la sediul unității de poliție în cadrul căreia funcționează centrul de reținere și arestare preventivă. Ulterior, în contextul dispunerii, prin ordonanțe militare succesive, a măsurilor de primă urgență cu aplicabilitate graduală, cele vizând restricții de circulație ale tuturor persoanelor în afara locuinței/gospodăriei având impact direct în ceea ce privește menținerea legăturii persoanelor private de libertate cu mediul suport extern, a fost identificat un mecanism legal și vizibil de asigurare a exercițiului acestui drept constând în livrarea bunurilor prin intermediul operatorilor economici, activitate circumscrisă controlului specific antiterorist și de specialitate, respectiv măsurilor preventive și de siguranță epidemiologică.

Ansamblul normativ circumscris instituirii și prelungirii stării de alertă pe teritoriul României nu a mai vizat restrângerea exercițiului unora dintre drepturile legale ale persoanelor private de libertate pentru menținerea legăturii cu mediul suport, similar perioadei aferente stării de urgență, sens în care, exercitarea drepturilor referite s-a realizat în condiții de limitare a contactului fizic al acestora cu terții, cu respectarea regulilor de distanțare și portul echipamentelor de protecție individuală de către toți participanții și măsurarea temperaturii corporale a vizitatorilor la sosire.

În legătură cu măsurile dispuse la nivelul CMDTA „Dr. Nicolae Kretzulescu” și a altor unități similare din subordinea IGPR (atât în cele care au secție de boli infecțioase, cât și în cele care nu au astfel de secție) cu privire la, posibilitatea de internare a cazurilor suspecte (cu simptome clinice), contactilor și deținuților bolnavi diagnosticați cu noul coronavirus, reprofilarea temporară a altei secții de spital (cazare), modalitatea de asigurare a infrastructurii de diagnosticare, resursele de tratament, materiale și echipamente sanitare, modalitatea de neutralizare/eliminare deșeurilor medicale contaminate, modalitatea de asigurare a personalului medical necesar și instruirea specifică pentru asistenței medicali, precum și cele cu privire la încheierea unor protocoale de colaborare cu autorități precum Ministerul Sănătății, IGSU, Direcțiile de Sănătate Publică, administrațiile spitalelor etc. referitoare la asigurarea unor circuite funcționale precise în

situația apariției unor cazuri de infecție cu noul coronavirus, s-a constatat faptul că solicitările instituției Avocatul Poporului (referitor la cele menționate mai sus) au fost înaintate Direcției Medicale din cadrul Ministerului Afacerilor Interne în vederea comunicării, potrivit competențelor, a măsurilor întreprinse.

Prin circularele Direcției Medicale din 6 și 20 martie 2020, celor trei CMDTA din subordinea Direcției Medicale și CMJ din structurile acestora le-au fost transmise măsurile adoptate pentru asigurarea, în condiții optime, a asistenței medicale pentru persoanele custodiate la nivelul CRAP-urilor, precum și *Planul de măsuri pentru prevenirea îmbolnăvirii și răspândirii infecției cu COVID-19 în rândul personalului și a persoanelor private de libertate aflate în centrele de reținere și arestare preventivă din subordinea Ministerului Afacerilor Interne*, în vederea implementării măsurilor corespunzător domeniului de competență.

Documentele transmise cuprind instrucțiuni menite să prevină apariția îmbolnăvirilor și răspândirea infecției cu SARS-CoV-2 prin realizarea triajului persoanelor la intrarea în CRAP, purtarea echipamentului de protecție adecvat, precum și informarea permanentă a persoanelor supravegheate medical (lucrătorii de poliție cu atribuții în centre și populația carcerală din CRAP) cu privire la actualizarea recomandărilor emise de autorități cu responsabilitate în domeniu.

În data de 30 martie 2020, Direcția Medicală a transmis Departamentului pentru Situații de Urgență solicitarea de sprijin pentru identificarea unităților din rețeaua penitenciară și din cea publică, unde pot fi trimise cazurile suspecte sau confirmate cu COVID-19, care necesită asistență medicală spitalicească, în vederea pregătirii capacității reactive.

La nivelul personalului a fost implementată *Procedura de sistem privind triajul epidemiologic și izolarea personalului cu suspiciune de infecție cu SARS-CoV-2. PS-MAI-DM-74*. De asemenea, au fost întreprinse demersuri pentru angajarea de medici, personal contractual, pe durată determinată de 6 luni, în vederea completării necesarului de personal medico-sanitar cu atribuții în C.R.A.P.

La nivelul CMDTA „Dr. Nicolae Kretzulescu” București au fost luate următoarele măsuri:

- la nivelul Cabinetului Medical Aresturi București au fost distribuite substanțe dezinfectante pentru mâini și pentru suprafețe, măști chirurgicale, măști de tip FFP2, halate impermeabile de unică folosință, combinezoane de protecție, viziere ajustabile din plastic, precum și un termometru cu radiații infraroșii (pentru determinări non-contact);

- a fost prelucrat cu întreg personalul Serviciului Medical Poliție documentul privind Măsurile/recomandările pentru personalul M.A.I. necesare a fi respectate în vederea reducerii riscului transmiterii infecției cu COVID-19;

- începând cu data de 13 martie 2020 au fost prelucrate cu întregul personal din subordine: Metodologia de supraveghere a sindromului respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19), cu ocazia fiecărei actualizări, Ghidul OMS de utilizare rațională a echipamentului personal de protecție în contextul COVID-19, Planul de măsuri pentru prevenirea îmbolnăvirii și răspândirii infecției cu COVID-19 în rândul personalului și a persoanelor private de libertate aflate în centrele de reținere și arestare preventivă din subordinea Ministerului Afacerilor Interne, elaborat de Direcția Medicală;

- pentru persoanele private de libertate suspecte de infecție cu SARS-CoV-2, au fost alocate spații de cazare, astfel: CRAP 6 din cadrul Secției de Poliție 9 - DGPMB a fost destinat/desemnat centru de carantină pentru custodiarea persoanelor private de libertate de sex masculin (suspecte de infecție cu SARS-CoV-2) - din data de 15 martie 2020, au fost

încarcerate 28 de persoane; două camere din CRAP 1 (nivel parter) cu acces separat de restul centrului, au fost destinate persoanelor private de libertate femei (suspecte de infecție cu SARS-CoV-2) - ulterior datei de 15 martie 2020, au fost încarcerate 4 persoane;

- echipamentul personal de protecție și produsele destinate igienei individuale a persoanelor private de libertate a fost asigurat prin Serviciul Logistic al DGPMB;

- IGPR a asigurat desfășurarea periodică a acțiunilor de dezinfectie, inclusiv la nivelul spațiilor medicale.

Toate persoanele private de libertate, suspecte de infecție SARS-CoV-2, au fost testate conform Metodologiei în vigoare în momentul apariției fiecărui caz și au fost monitorizate periodic din punct de vedere al stării de sănătate de către medicul cu atribuții în CRAP.

La nivelul Cabinetului Medical Aresturi din CRAP s-a realizat dezinfectia (cu dezinfectanți pentru suprafețe și cu lampa UV) de două ori zilnic, precum și la nevoie, iar personalului medico-sanitar cu activitate în CRAP i s-a distribuit echipament de protecție (mască de protecție, mănuși, halite de unică folosință, combinezoane, viziere, ochelari de protecție, capeline).

CRAP-urile au fost aprovizionate cu cantități suficiente de dezinfectanți pentru suprafețe și saci pentru deșeuri biologice, astfel încât să fie prevenită posibilitatea transmiterii infecției către populația carcerală custodiată la nivelul CRAP. De asemenea, a fost încheiat cu o firmă specializată un contract de prestări servicii pentru preluarea, transportul și neutralizarea deșeurilor medicale și au fost implementate o serie de măsuri privind triajul epidemiologic al persoanelor aduse la CRAP în vederea încarcerării.

Personalul de poliție din CRAP, cu atribuții în desfășurarea activității de triaj epidemiologic, a fost instruit în vederea realizării triajului.

La nivelul Direcției Medicale a Ministerului Afacerilor Interne, evoluția epidemiei determinate de infecția cu SARS-CoV-2 a fost monitorizată permanent, atât în cadrul populației carcerale, cât și în rândul personalului de poliție care deservește CRAP, iar în eventualitatea apariției unor noi cazuri suspecte sau confirmate de SRAS-CoV-2, se urmau procedurile menționate mai sus.

Referitor la măsurile luate pentru păstrarea siguranței reținerii/arestării preventive pe toată durata aplicării stării de urgență, acestea au vizat două paliere distincte: asigurarea cooperării eficiente între structurile/instituțiile cu atribuții în domeniul vizat; gestionarea eficientă și urgentă a evenimentelor epidemiologice punctuale, cu implicații minime în ceea ce privește riscul epidemiologic care vizează, în egală măsură, persoanele private de libertate și personalul propriu al centrelor de reținere și arestare preventivă.

Astfel, în vederea respectării cu strictețe a măsurilor preventive și de siguranță epidemiologică pentru prevenirea îmbolnăvirii și răspândirii infecției cu COVID-19, la nivelul Poliției Române a fost stabilită o comunicare promptă, rapidă, bidirecțională, atât între sectoarele de activitate, în mod special între personalul medical și personalul centrelor, de la nivelul fiecărei unități, cât și între nivelul local și IGPR.

De asemenea, având în vedere că activitățile de urmărire penală și custodiarea persoanelor private de libertate vizează competențele structurilor operative ale Poliției Române, cu aportul corelativ al structurilor de suport din perspectiva asigurării logistice și de resortul comunicațiilor și informaticii, la nivelul Poliției Române au fost stabilite reguli de management unitar al tuturor situațiilor care pot prezenta un potențial risc. În acest sens, începând cu data de 12 martie 2020 organele judiciare au avut posibilitatea utilizării audierii prin videoconferință a persoanelor private de libertate de către organul judiciar. De asemenea, la nivelul IGPR s-a stabilit un flux informațional permanent cu celelalte instituții cu

responsabilități în desfășurarea activităților de urmărire penală și custodiare a persoanelor private de libertate, precum unități de parchet/instanțe de judecată, Direcția Medicală, Administrația Națională a Penitenciarelor, Uniunea Națională a Barourilor din România astfel încât, acestea au fost informate cu privire la măsurile adoptate în contextul epidemiologic actual în vederea aplicării acestora în mod corespunzător.

Totodată, având în vedere faptul că riscul epidemiologic în mediul carceral a fost semnificativ crescut datorită restricțiilor impuse de regimul de detenție, a fost sesizat inclusiv Grupul de Suport Tehnico-Științific privind gestionarea bolilor înalt contagioase pe teritoriul României.

În același context, IGPR a sesizat Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție cu propunerea de a analiza oportunitatea desfășurării cu celeritate a actelor de urmărire penală și analizării propunerilor de luare a unei măsuri preventive de către instanțele de judecată, după caz, astfel încât să nu fie necesară introducerea în centrele de reținere și arestare preventivă a persoanelor care ar fi necesitat carantină sau ar fi fost confirmate cu COVID-19, până când se stabilea dacă urmărirea penală s-ar fi desfășurat cu persoanele în stare de libertate sau sub efectul unei măsuri preventive. Demersul a fost generat de faptul că centrele de reținere și arestare preventivă nu au capacitatea și structura necesară gestionării unei astfel de situații medicale, iar custodiarea în stare de reținere nu se poate realiza în unitățile de penitenciar-spital din subordinea Administrației Naționale a Penitenciarelor.

Abordarea punctuală a situațiilor de risc epidemiologic a presupus dispunerea în dinamică a măsurilor de prevenție, raportat la evoluția epidemiologică, în centrele de reținere și arestare preventivă unde au fost înregistrate suspiciuni cu privire la potențiale infectări cu virusul SARS-CoV-2 (atât în ceea ce privește personalul propriu cât și persoanele private de libertate) respectiv centrele din cadrul inspectoratelor de poliție județene Vrancea, Suceava, Brașov, Bacău (ulterior Brăila, Argeș, Gorj și Galați) și 3 centre din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București (CRAP nr. 2 - S.R.P.T., CRAP nr. 5 - Secția 6 și CRAP nr. 10 - Secția 19)

Astfel, suplimentar aplicării cu strictețe a măsurilor instituționale pentru limitarea eventualelor situații de risc, măsurile administrative au vizat: •suspendarea transferurilor persoanelor private de libertate din/către alte centre; •restricționarea transferurilor persoanelor private de libertate către unitățile de penitenciar până la clarificarea situației medicale, potrivit recomandărilor medicale; •custodiarea persoanelor private de libertate față de care au fost/urmează a fi dispuse măsuri preventive privative de libertate pe raza de competență a centrelor vizate, separat de celelalte persoane custodiate deja în centru, cu respectarea strictă a măsurilor profilactice și de siguranță epidemiologică; •asigurarea, după caz, a continuității serviciului la nivelul centrelor vizate, potrivit normelor legale incidente referitoare la regimul de executare a măsurilor preventive privative de libertate, respectiv informarea urgentă a direcției de sănătate publică teritorială și a serviciului medical județean cu privire la situația din centrul vizat, precum și pentru testarea cu celeritate a contactilor.

În situația instituirii măsurii de carantinare asupra Municipiului Suceava, a unor comune din zona limitrofă, precum și a unei zone de protecție asupra unor unități administrativ-teritoriale din județul Suceava, măsurile anterior detaliate au fost urmate de redirectionarea persoanelor private de libertate vizate de activități judiciare a căror competență nu se circumscrie zonei carantinate către centre de reținere și arestare preventivă limitrofe, separat de celelalte persoane custodiate, cu respectarea strictă a măsurilor de prevenire a răspândirii infecției cu COVID-19.

Din punct de vedere statistic, în perioadele 24 februarie -23 aprilie 2020/18 mai-17 august 2020, situația persoanelor private de libertate din centrele de reținere și arestare preventivă custodiate separat ca urmare a aplicării măsurilor de prevenție epidemiologică, s-a prezentat astfel:

- persoane private de libertate cazate separat prevenție epidemiologică - 137/324;
- persoane private de libertate ieșite din cazarea separată prevenție epidemiologică - 101/274.

În temeiul art. 16 alin. (1) și a art. 39 alin. (3) din Legea nr. 35/1997, republicată, în perioada stării de alertă, au fost efectuate 4 vizite la la Centrele de Reținere și Arestare Preventivă Galați, Caraș-Severin, Brașov, Arad. Anterior vizitelor, pentru a reduce riscul infectării cu SARS-CoV-2, au fost solicitate unităților vizitate unele informații, care au putut fi analizate din timp de către membrii MNP și, în acest fel, durata vizitei a fost redusă. Vizitele au fost efectuate numai în spațiile din interiorul CRAP-urilor care prezentau risc scăzut de infectare cu SARS-CoV-2 (spre exemplu: birourile administrative, sectorul de vizite). Interviuurile cu persoanele private de libertate, alese aleatoriu de către membrii MNP, au fost realizate la sectorul de vizită, cu dispozitiv de separare, fiind respectate atât confidențialitatea, cât și măsurile de siguranță și măsurile sanitare.

Aspecte constatate pe parcursul vizitelor de monitorizare:

Pe perioada stării de urgență și a stării de alertă, în centre s-au aplicat o serie de măsuri de prevenire și management a situației generate de epidemia de COVID-19, ca urmare a măsurilor dispuse de Inspectoratul General al Poliției Române (IGPR) - Serviciul Coordonare Centre de Reținere și Arestare Preventivă (SCCRAP) constând în: •prelucrarea materialelor informativ-educative elaborate la nivelul Direcției Medicale din cadrul Ministerului Afacerilor Interne, pentru instruirea personalului care intra în contact cu persoanele private de libertate, în timpul serviciului; •activități de dezinfecție, dezinsecție și deratizare, conform normelor legale incidente pentru respectarea condițiilor igienico-sanitare; •cazarea persoanelor private de libertate care prezintă simptomele specifice bolilor infecțioase transmisibile sau celor infecto-contagioase în camere separate de izolare; •purtarea în permanență a echipamentului personal de protecție adecvat (măști, mănuși de unică folosință etc.) de către personalul de serviciu; •colaborarea permanentă cu personalul medical, în scopul informării și supravegherii medicale a persoanelor private de libertate și a personalului.

Totodată, cu privire la verificarea măsurilor luate pentru prevenirea și combaterea efectelor epidemiei de COVID-19, la nivelul tuturor centrelor vizitate au fost luate măsuri care au vizat adaptarea și implementarea Planurilor Inspectoratului General al Poliției Române prin întocmirea unui plan de măsuri la nivelul fiecărui Inspectorat de Poliție Județean. În acest sens, au fost luate măsuri suplimentare de prevenire a virusului (constând în: acordarea dreptului la vizită cu dispozitiv de separare, pentru evitarea contactului cu terțe persoane; întocmirea planului pentru realizarea misiunilor specifice din competența fiecărui IPJ, în scopul prevenirii transmiterii infecției cu virusul SARS-CoV-2) și când a fost instituită starea de urgență pe teritoriul României, au fost suspendate vizitele pentru persoanele private de libertate, s-a suplimentat dreptul la convorbiri telefonice, iar interviuarea persoanelor private de libertate a avut loc prin videoconferință.

De asemenea, urmare a planurilor de măsuri emise de IGPR împreună cu Direcția Medicală, au fost luate o serie de măsuri care au vizat: •respectarea de către personalul centrului a indicațiilor referitoare la igiena individuală, modul de utilizare a echipamentului de protecție individuală și respectarea regulilor de prevenție; •verificarea de către șefii de schimb la fiecare încarcerare a listelor cu persoanele venite/predate/ din zonele cu risc

epidemiologic, pentru a fi cazate separat și stabilirea unui traseu separat de alte persoane; •primirea pachetelor cu efecte personale și obiecte de igienă la sediul unității de poliție și predarea către persoanele private de libertate numai după dezinfectarea efectuată sub coordonarea personalului medical; •trimiterea prin poștă sau curier a pachetului lunar; •primirea prin mandate poștale a sumelor de bani.

În plus, pe perioada stării de alertă, au fost suplimentate măsurile pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, constând în: •măsuri de asigurare a necesarului de echipamente de protecție, materiale sanitare și dezinfectanți; •dezinfectarea zilnică a spațiilor centrului, a mijloacelor de imobilizare folosite și a mijloacelor de transport pentru persoanelor private de libertate; •asigurarea funcționării sistemului necesar audierii persoanelor private de libertate prin videoconferință; •respectarea măsurilor de prevenire a transmiterii infecției cu SARS-CoV-2 (dezinfectarea, purtatul măștilor și a mănușilor de unică folosință; •cazarea separată a persoanelor private de libertate, dacă este cazul; •demersuri pentru asigurarea asistenței psihologice a persoanelor private de libertate; •realizarea în condițiile legii a audierilor prin sistem videoconferință; •asigurarea dreptului la vizită a persoanelor private de libertate în spațiul de grefă, cu dispozitiv de separare; •colectarea și depunerea echipamentelor de protecție folosite în recipiente special amenajate în acest scop.

Toate materialele primite de la IGPR și SCCRAP au fost prelucrate cu personalul centrelor, sub semnătură, iar măsurile dispuse au fost puse în aplicare și respectate.

Din verificarea documentelor prezentate cât și din interviurile cu personalul centrului, echipele de vizită au constatat că în centre au fost întreprinse măsuri eficiente pentru prevenirea și limitarea răspândirii infecției SARS-CoV-2. Totodată, a existat o permanentă colaborare între conducerea IGPR - SCCRAP și conducerea IPJ, privind măsurile de prevenire și management a situației generate de contextual pandemic. Au fost distribuite materiale de igienă personală și colectivă, au fost respectate drepturile persoanelor private de libertate, s-au asigurat legăturile acestora cu familiile, cu avocații sau cu alte persoane relevante pentru ei și nu au fost impuse restricții severe asupra mișcării acestora, existând transparență în comunicarea cu privire la măsurile întreprinse pentru combaterea pandemiei actuale.

La nivelul Centrelor de Reținere și Arestare Preventivă vizitate, până la momentul efectuării vizitelor respective, nu au fost înregistrate incidente deosebite în perioada pandemiei. În cazul formulării unei suspiciuni de diagnostic de boală infecto-contagioasă la depunerea în centru, s-a recomandat încarcerarea în cameră separată, pentru a se evita riscul de contaminare a celorlalte persoane deținute în centru. La momentul efectuării vizitelor, nu au existat în centre persoane private de libertate diagnosticate cu boli infecto-contagioase.

Totuși, *în ceea ce privește infectarea cu virusul SARS-CoV-2, la nivelul CRAP Brașov* au fost confirmate pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 un angajat al centrului și două persoane private de libertate. Cu privire la cele două persoane private de libertate (confirmate în luna iunie 2020), acestea au manifestat simptome specifice infectării la cinci zile după intrarea în centru (temperatură ridicată, tuse, dureri musculare). A fost informată Direcția de Sănătate Publică Brașov și după confirmarea pozitivă au fost transferate la Penitenciarul Spital Jilava. Totodată, a fost informată Administrația Națională a Penitenciarelor de această situație și de transferul altor persoane private de libertate din cadrul centrului către penitenciare din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor, persoane posibile contacte ale persoanelor infectate. Măsurile au cuprins următoarele activități: anchetă epidemiologică; izolarea persoanelor contacti direcți; spitalizarea și monitorizarea postspitalizare a cazurilor confirmate cu COVID-19; monitorizarea zilnică a personalului și a persoanelor private de libertate. Totodată, pe parcursul stării de urgență și a stării de alertă, persoanele private de

libertate au beneficiat de suplimentarea dreptului la pachet și suplimentarea convorbirilor telefonice (de la 30 la 45 de minute) însă centrul nu era dotat pentru a asigura comunicarea online cu persoanele din familie sau aparținători. În centru existau telefoane fixe care puteau fi folosite de către persoanele custodiate, două dintre acestea fiind la curtea de plimbare. Astfel în unele situații, concomitent cu desfășurarea vizitelor era acordat și dreptul la convorbiri telefonice, neputându-se respecta în ambele situații dreptul la confidențialitate, fiind formulate recomandări în acest sens.

Cu ocazia vizitei la CRAP Galați, au fost vizionate imagini în timp real din diverse spații comune, precum și secvențe înregistrate de camerele de supraveghere și stocate la sectorul IT. În timpul vizionării imaginilor, live sau înregistrate, s-a observat că la curțile de plimbare erau prezente persoane deținute. Membrii echipei de vizitare au reținut că persoanele private de libertate purtau măști sau alte echipamente de protecție în timpul ieșirii în spațiile comune ale centrului și a considerat oportun să se continue informarea și conștientizarea persoanelor private de libertate privind prevenirea răspândirii SARS-CoV-2, fiind formulată o recomandare în acest sens.

În legătură cu vizita la CRAP Caraș-Severin, membrii echipei de vizită au recomandat conducerii CRAP Caraș-Severin să analizeze posibilitatea amenajării și dotării unor spații pentru respectarea dreptului la comunicări online (prevăzut și în Regulamentul de ordine interioară al centrului) și pentru efectuarea perchezițiilor corporale a persoanelor private de libertate, ținând cont de contextul actual (pandemia de COVID-19) cât și de prevederile art. 121 alin. (1) și (2), Secțiunea a 8-a, Dreptul la comunicări online, din Ordinul Ministrului Afacerilor Interne nr. 14/2018 (Persoana privată de libertate aflată în centru are dreptul la comunicări online, o dată pe lună, în condițiile art. 253 din Regulamentul de aplicare a Legii și Pentru asigurarea exercitării dreptului la comunicări online, administrația centrului poate amenaja, în sectorul administrativ, spații dotate conform anexei nr. 1) și art. 35 alin. (2) din Ordinul Ministrului Afacerilor Interne nr. 14/2018 (Percheziția corporală amănunțită se execută în spații special amenajate nesupravegheate video, de către un polițist de același sex cu persoana percheziționată în condiții care să nu lezeze demnitatea persoanei private de libertate și cu respectarea dreptului acesteia la viața intimă).

Cu ocazia efectuării vizitelor în Centrele de Reținere și Arestare Preventivă, membrii echipelor de vizită au constatat și alte deficiențe, dar care nu au vizat contextul actual pandemic și au fost constatate în legătură cu: condițiile de cazare (CRAP Brașov, Caraș-Severin, Galați); asistența medicală (CRAP Brașov, Galați); obținerea autorizației sanitare de funcționare (CRAP Caraș-Severin); calitatea hranei (CRAP Brașov); reamenajarea sectorului vizită (CRAP Brașov); asistență psihologică (CRAP Brașov, Caraș-Severin); informarea persoanelor custodiate cu privire la drepturi și obligații (CRAP Brașov); ocuparea posturilor vacante (CRAP Caraș-Severin, Galați) etc. Deficiențele menționate, au fost materializate prin formularea de recomandări adresate instituțiilor vizitate (plus IPJ Galați și DGASPC Brașov) și au fost cuprinse în conținutul rapoartelor de vizită întocmite, care, la rândul lor, au fost postate pe site-ul oficial al instituției Avocatul Poporului, la secțiunea MNP - Rapoarte de vizită 2020.

La nivelul Centrelor de Reținere și Arestare Preventivă au fost luate: măsuri corespunzătoare pentru ca personalul propriu și persoanele aflate în detenție să beneficieze de dreptul la ocrotirea sănătății și la asigurarea igienei publice; măsuri pentru păstrarea siguranței detenției pe toată perioada aplicării stării de urgență/alertă; măsuri suplimentare sferei convorbirilor telefonice etc.; măsuri eficiente pentru prevenirea și limitarea răspândirii infecției SARS-CoV-2.

În ceea ce privește informarea permanentă a instituției Avocatul Poporului cu privire la evoluția situației în locurile de detenție, precum și procedura adoptată în astfel de situații, această activitate s-a realizat cu o anumită ritmicitate, determinată de dinamica evoluției epidemiologice. A existat disponibilitate în soluționarea problemelor întâmpinate, în limitele competențelor conferite de lege, în ceea ce privește efortul comun (AVP-IGPR) de gestionare a situației determinate de răspândirea virusului SARS-CoV-2.

III. PROPUNERE

Formularea unor adrese către MAI și IGPR prin care să se solicite, efectuarea demersurilor privind încheierea unor protocoale de colaborare cu diverse autorități (spre exemplu: Ministerul Sănătății, Inspectoratul General pentru Situații de Urgență, Direcțiile de Sănătate Publică etc.) referitoare la asigurarea unor circuite funcționale precise în situația apariției unor cazuri de infecție cu COVID-19, în rândul personalului cât și a persoanelor reținute/deținute, pentru prevenirea și limitarea răspândirii infecției cu SARS-CoV-2.

Capitolul 6

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA UNITĂȚILOR PSIHIATRICE

Toate persoanele sunt egale în fața legii și sub incidența legii și au dreptul fără niciun fel de discriminare la protecție egală și beneficiu egal al legii.

(art. 5 din Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități)

I. ASPECTE PRELIMINARE

MNP monitorizează condițiile de viață și tratamentul aplicat pacienților internați în spitalele de psihiatrie, spitalele de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță și secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale, în scopul consolidării protecției pacienților împotriva abuzurilor și a exercitării, fără discriminare, a drepturilor fundamentale.

În contextul situației excepționale create în România de epidemia de coronavirus COVID-19, cu impact deosebit asupra mediului spitalicesc, MNP a vrut să se asigure că respectarea demnității pacienților internați în unitățile psihiatrice și a drepturilor lor fundamentale constituie o prioritate pentru autorități, având în vedere vulnerabilitatea crescută a acestei categorii de persoane.

În consecință, în exercitarea mandatului său preventiv, MNP s-a adresat Ministerului Sănătății și tuturor celor 116 unități de psihiatrie din România⁵ (spitale de psihiatrie, spitale de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, secții de psihiatrie din cadrul spitalelor generale), solicitând informații cu privire la: •măsurile întreprinse în scopul protecției pacienților și a personalului împotriva contaminării cu SARS-CoV-2; •respectarea drepturilor fundamentale ale pacienților; •măsurile întreprinse pentru asigurarea legăturii pacienților cu familia pe parcursul aplicării *Hotărârii nr. 6/6 martie 2020 a Grupului de suport tehnico-științific privind gestionarea bolilor înalt contagioase pe teritoriul României*, conform căreia au fost interzise vizitele în spitale până la data de 31 martie, cu posibilitatea de prelungire în funcție de evoluția infecțiilor cu SARS-CoV-2; •situația pacienților spitalizați, urmare a punerii în aplicare a *Ordinului comandantului acțiunii, secretar de stat nr. 74527/23 martie 2020*, ordin prin care s-a stabilit externarea tuturor pacienților care nu reprezentau urgențe și care nu necesitau obligatoriu acordarea îngrijirilor medicale în spital; •situația cazurilor sociale, în special în contextul aplicării ordinului antemenționat; •modificări intervenite pe timpul stării de urgență cu privire la personalul medico-sanitar (program de lucru, încetări ale contractelor de muncă, angajări). **La solicitările MNP nu au dat curs toate unitățile de psihiatrie, context în care MNP reamintește prevederile OPCAT și ale Legii nr. 35/1997, republicată: pentru îndeplinirea mandatului său, MNP are acces la toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat persoanele private de libertate, precum și condițiile de detenție/la toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora.**

⁵ Datele au fost furnizate de către Ministerul Sănătății în anul 2019.

De asemenea, în perioada stării de alertă, MNP a monitorizat 7 spitale de psihiatrie: Spitalul de Psihiatrie Mocrea, județul Arad; Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare, județul Dolj; Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret, județul Suceava; Institutul de Psihiatrie Socola – Secția exterioară Șipote, județul Iași; Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, județul Buzău; Spitalul de Psihiatrie Săpunari, județul Călărași; Spitalul de psihiatrie Nucet, județul Bihor.

Ghidat de principiul „do no harm” (*a nu face rău*), atunci când contextul epidemiologic nu a permis efectuarea vizitelor clasice, MNP a apelat la mijloace alternative, precum: solicitarea de informații/documente către unitățile monitorizate; accesul echipei la sistemul de supraveghere video din spațiile comune (acces în unitate și în pavilioane, holuri, spații destinate activităților, sala de mese etc.) și în camerele de izolare, dacă acestea existau; afișarea unui anunț cu privire la activitatea de monitorizare și datele de contact ale MNP, destinat pacienților și personalului, anunț care urma să fie afișat pe site-ul unității și în unitate, în locuri accesibile; aplicarea către pacienți, prin intermediul personalului spitalului, a unui chestionar care putea fi completat și pe pagina de internet a instituției Avocatul Poporului; întrevvedere cu managerul spitalului și reprezentanții instituției (director medical, director de îngrijiri, consilier juridic, asistent social, psiholog, personal medico-sanitar), prin intermediul aplicațiilor Skype sau Zoom. Cu privire la monitorizarea unităților psihiatrice, a fost întocmit și publicat un comunicat de presă.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Referitor la măsurile adoptate în perioada stării de urgență, **Ministerul Sănătății** (care, în conformitate cu Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 40/ 2020, pe întreaga perioadă a stării de urgență a coordonat organizarea și funcționarea tuturor unităților sanitare), a comunicat către MNP următoarele: fiecare pacient, din momentul admiterii într-un serviciu de sănătate mintală trebuia să fie informat de îndată ce era posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care poate să-l înțeleagă, asupra măsurilor de prevenire și limitare a infectării cu coronavirusul COVID-19; a fost interzis accesul aparținătorilor în spital, orice informații despre starea pacienților urmând să fie furnizate aparținătorilor de către personalul medical, doar telefonic. Prin excepție, doar aparținătorii pacienților care nu se puteau deplasa singuri, puteau însoți pacientul numai la internare și externare, cu acordul șefului de secție, precum și aparținătorii copiilor internați (doar un singur membru de familie) se puteau interna împreună cu aceștia. De asemenea, pachetele aduse de către aparținători la poarta unităților sanitare, urmau să fie preluate de către personalul secției, cu avizul medicului șef sau al medicului de gardă, după caz, între anumite intervale orare.

Din răspunsurile transmise de către unitățile psihiatrice se desprind următoarele aspecte:

Măsuri adoptate în scopul protecției pacienților și personalului împotriva contaminării cu SARS-CoV-2. În cadrul spitalelor au fost elaborate proceduri de lucru specifice COVID-19, protocoale privind organizarea zonei de izolare epidemiologică, a circuitelor, utilizarea echipamentelor de protecție, în contextul limitării, pe cât posibil, a contactului interpersonal. În spitalele desemnate COVID-19, cum este cazul Spitalului de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Brăila, desemnat spital suport, s-a amenajat secția COVID-19 pentru care s-a primit avizul Direcției de Sănătate Publică; au fost elaborate: Procedura privind managementul pacientului COVID-19, Protocolul de tratament al pacientului COVID-19, care a fost actualizat permanent, în funcție de schimbările metodologiei Institutului Național de Sănătate Publică, precum și Planul de prevenire și control al infecției COVID-19.

A fost efectuată informarea și instruirea permanentă a întregului personal privind: măsurile de prevenire luate de unitate în mod progresiv în această perioadă, modul de utilizare a echipamentului, definiția de caz, metodologia de triaj a persoanelor, metodologii de gestionare a cazurilor și conduita ce trebuie urmată, modul de comunicare între angajați etc. În Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri „Sf. Stelian”, pentru personalul angajat a fost organizat de către Consiliul de Etică al spitalului și un curs cu tema *Aspecte etice în comunicarea și relația cu pacientul suspectat de infecție COVID-19*.

Pentru informarea pacienților, au fost întocmite și afișate materiale informative care prezentau simptomele specifice infecției și măsurile de protecție necesare. Informarea pacienților și a aparținătorilor se realiza și prin intermediul site-ului/paginii de Facebook a spitalului (Spitalul de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Brăila, Spitalul de Psihiatrie „Sf. Maria” Vedea, Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel). În incinta Spitalului Municipal de Urgență Moinești a fost difuzat un mesaj audio cu privire la principalele măsuri sociale și medicale care trebuiau respectate, mesaj care a putut fi auzit de pacienții și aparținătorii care intrau în unitate prin Ambulatoriul Integrat.

La nivelul spitalelor s-au achiziționat materiale și echipamente de protecție (capeline, mănuși, măști, halate de unică folosință, viziere, combinezoane), în cantități suficiente conform informațiilor comunicate. Au fost puse la dispoziția pacienților recipiente cu dezinfectant pentru dezinfecția mâinilor, la intrarea în spital și pe holurile de așteptare, în unele spitale, precum Spitalul de Psihiatrie Voila, și în toate saloanele.

Produsele de igienă personală au fost obținute din mai multe surse: achizițiile efectuate de către spital, din donații, de la aparținători. În cadrul Spitalului Municipal Dorohoi au existat dificultăți cu privire la aprovizionarea cu produse de igienă și protecție personală, dar și cu medicamente și materiale sanitare - din cauza lipsei de stocuri la furnizori. Dificultăți cu aprovizionarea de medicamente au fost și în Spitalul de Urgență Petroșani, însă până la urmă tratamentul a fost efectuat în mod corespunzător afecțiunilor de care pacienții sufereau. De asemenea, în cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, materiale de protecție au fost inițial procurate de la operatorii economici-semnatori ai acordurilor cadru existente. Ulterior, urmare a lipsei produselor/materiilor prime de pe piață și imposibilității menținerii prețurilor, doar mănușile de examinare și cele chirurgicale au fost obținute prin contracte subsecvente la acordurile cadru, restul materialelor fiind procurate prin achiziție directă, continuându-se cu demararea procedurii de negociere fără publicare prealabilă a unui anunț de participare. Dificultăți au existat și în cazul achiziției directe, prețurile suferind modificări de la o oră la alta iar materialele, deși apăreau în anunțuri, lipseau din stoc sau nu erau furnizate în termenul convenit.

În spitale au fost amenajate puncte de triaj pentru pacienți (completarea de către toți pacienții care se adresau spitalului a declarațiilor pe propria răspundere, termometrizare, simptomatologie). De asemenea, în fiecare secție/compartiment se efectua în fiecare dimineață triajul personalului medical și a celui administrativ. De exemplu, în Spitalul de Psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca au fost instalate trei corturi de triaj în curtea spitalului, cu sprijinul Batalionului 500 al Armatei Romane și a fost instalat un container în incinta căruia a fost amenajat un salon cu 3 paturi și grup sanitar propriu, pentru asigurarea izolării epidemiologice în cazul prezentării la internare a unui pacient suspect de COVID-19. În Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri „Sf. Stelian” a fost închiriat un container special pentru triaj medical, prevăzut cu baie cu duș, racordat la electricitate, căldură, apă și canalizare, care a fost amplasat în curtea din spate a spitalului. Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel a transmis adrese către Direcțiile

sanitare ale celor 11 județe arondate spitalului, în care se solicita efectuarea triajului epidemiologic riguros al cazurilor cu încadrare în art. 110 Cod penal, înainte de a fi trimise în unitate.

În secțiile de psihiatrie din spitalele generale în care erau spitalizate doar cazurile de boli psihice cronice, nu s-a amenajat zonă de triaj pentru pacienți, având în vedere că pe perioada stării de urgență au fost suspendate internările (Spitalul Orășenesc „Dr. Valer Russu” Luduș) sau s-a redus numărul acestora (Secția Psihiatrie Cronici din cadrul Spitalului Municipal Târgu-Secuiesc, unde triajul pacienților era efectuat în cortul de triaj al spitalului). Triajul zilnic se aplica personalului angajat, iar pacienților le era monitorizată temperatura zilnic, o dată pe zi și/sau ori de câte ori era nevoie.

Au fost reorganizate circuitele în spital pentru prevenirea răspândirii noului coronavirus, s-au separat zonele verzi (curate) de zonele roșii (contaminate); au fost stabilite circuite separate pentru pacienți, personal, deșeuri infecțioase, lenjerie de unică utilizare, alimente și materiale sanitare. La Spitalul de Psihiatrie „Sf. Maria” Vedea au fost modificate atât circuitele, cât și destinația anumitor spații în unitate. În acest sens, camera situată la intrarea în Secția Psihiatrie 2, unde aveau loc vizitele aparținătorilor la pacienți, a devenit zonă de triaj epidemiologic pentru toți pacienții care se internau în spital. În Spitalul Județean de Urgență Ploiești- Secția Psihiatrie au fost luate măsuri de limitare și direcționare a accesului pacienților, inclusiv cei aduși de ambulanță sau poliție, în încercarea de a eficientiza măsurile de protecție.

Au fost spitale care au amenajat spații destinate izolării personalului angajat (Spitalul de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Brăila). În cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel a fost amenajată o clădire din incinta spitalului, departe de pavilioanele cu paturi, în care puteau fi izolați și carantinați angajații care deserveau pavilionul-tampon cu pacienți nou internați, în cazul în care unul din acești pacienți devenea pozitiv.

Asistența medicală. Ulterior intrării în vigoare a Ordinului comandantului acțiunii, secretar de stat nr. 74527/23 martie 2020, au fost externați numai pacienții a căror simptomatologie s-a remis și puteau continua tratamentul în ambulator. De exemplu:

- la nivelul Spitalului de Neuropsihiatrie Craiova, medicii curanți au întocmit adrese de informare către medicii șefi de secție care, la rândul lor, au întocmit note de fundamentare, motivând decizia continuării internării unor pacienți; s-a avut în vedere *situația specială a pacientului psihiatric, a faptului că tratamentul pacienților, dar și mediul de viață nu pot fi oprite brusc, deoarece pot să apară decompensări, fenomene de sevraj, cu tulburări psihotice, tulburări majore de comportament cu risc autolitic și antisocial;*

- în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”, care este un spital monoprofil destinat internării cazurilor psihiatrice acute, la externarea pacienților s-a ținut cont de faptul că aceștia puteau fi cazuri sociale; conducerea spitalului a comunicat că nu se externează din spital pacienți fără capacitate de autoîngrijire care nu au aparținători și pentru care nu s-a luat legătura cu autoritățile teritoriale cu atribuții specifice;

Aceasta conduită a fost adoptată și de celelalte spitale unde erau spitalizate cazuri sociale, avându-se în vedere și faptul că acești pacienți pot fi vectori de transmitere a virusului SARS-COV-2.

- în Spitalul Municipal Câmpulung s-au externat pacienții care nu reprezentau urgență psihiatrică și s-a menținut internarea urgențelor psihiatrice voluntare, până la data în care spitalul a fost declarat spital COVID-19 pentru comorbidități; din acea dată, personalul medical mediu din Compartimentul de Psihiatrie a fost redistribuit către zonele de triaj, supraveghere pacienți suspecti, în Secțiile de Boli Infecțioase și Medicină Internă, iar medicii

psihiatri au continuat asigurarea consultațiilor psihiatrice interdisciplinare și transmiterea prescripțiilor medicale pacienților cronici prin serviciile de telemedicină (în ambulatoriul integrat);

- în Spitalul Municipal de Urgență „Elena Beldiman” Bârlad, spital suport, pe data de 25 martie 2020 au fost externați pacienții și dirijați pentru urgențe către secția de psihiatrie Vaslui; cazurile sociale au fost predate spre monitorizare către Direcțiile de Asistență Socială din cadrul Primăriilor respective, legătura fiind asigurată de asistentul social al secțiilor de psihiatrie; s-a asigurat activitatea medicală în Centrul de Sănătate Mintală unde pacienții cronici au primit rețete, s-au efectuat tratamente injectabile, au fost monitorizați pacienții aflați sub incidența art. 109 Cod penal (măsura de siguranță – obligarea la tratament medical), conform informațiilor comunicate fiind menținută legătura telefonic permanent cu pacienții;

- la sfârșitul lunii martie, Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel a transmis o adresă către ministrul sănătății prin care solicita redirecționarea către alte unități psihiatrice a tuturor cazurilor de urgență psihiatrică întrucât, la acea dată, în spital erau internați 344 pacienți cu fapte penale încadrați juridic în art. 110 Cod penal (a căror externare nu este posibilă decât printr-o hotărâre judecătorească, durata internării acestora variind de la câteva luni la câțiva ani), precum și 60 de pacienți cu patologie psihiatrică cronică, fără suport social, care nu puteau fi externați;

- în Spitalul Orășenesc Huedin au fost externați pacienții internați în Compartimentul Psihiatrie Acuți, cu recomandări la domiciliu; pacienții Compartimentului Psihiatrie Cronici, majoritatea cazuri sociale, au rămas spitalizați;

- Spitalul de Psihiatrie „Sf. Maria” Vedea a comunicat faptul că în perioada 23 martie-30 aprilie 2020 nu au fost efectuate externări în baza Ordinului nr. 74527/2020, motivat de specificul patologiei pacienților; au fost externate numai cazurile rezolvate (93 de externări);

- în Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare s-a externat un număr redus de pacienți astfel că, la sfârșitul lunii aprilie erau internați 444 pacienți, capacitatea spitalului fiind de 500 de paturi; conform reprezentanților spitalului, majoritatea pacienților erau pacienți cronici cu hospitalism prelungit, cu simptomatologie reziduală cu dificultăți de adaptare socio-familială *chiar și în condițiile unei vieți obișnuite lipsite de restricțiile existente în prezent datorate stării de urgență*; personalul a încercat să externeze pacienții care întruneau condițiile cerute, dar a avut în vedere capacitatea redusă de autoîngrijire și de conștientizare a atitudinii de prevenție și de respectare a regulilor din starea de urgență, riscul de revenire în unitate și astfel, riscul de introducere în spital a SARS-CoV-2 urmare a expunerii în comunitate, ceea ce ar fi constituit un risc crescut de mortalitate, printre pacienți fiind persoane vârstnice și cu comorbidități; de asemenea, s-a avut în vedere lipsa sprijinului familial și chiar al mijlocului de transport în perioada stării de urgență, pacienții provenind din întreaga Oltenie.

Din aspectele prezentate, se observă preocuparea personalului din unitățile psihiatrice de a nu externa decât acele cazuri în care tratamentul putea fi administrat în ambulatoriu și exista suportul familiei sau al autorităților responsabile cu asistența socială a pacienților. S-a încercat reducerea la minimum a riscului de agravare a afecțiunii psihiatrice sau de contactare a infecției cu SARS-CoV-2, prin evitarea externării pacienților supuși acestor riscuri. De asemenea, prin intermediul asistentului social din spital s-au monitorizat cazurile sociale preluate de către Direcțiile de Asistență Socială.

În consecință, **medicii**, atunci când a depins de ei și anume în cazul deciziilor de externare, **au acționat în spiritul Declarației Asociației Mondiale Medicale** (World Medical Association) **privind relația pacient-medic de la Cordoba** din luna octombrie 2020 –

autonomia profesională și independența clinică sunt componente esențiale ale îngrijirii medicale de înaltă calitate și ale profesionalismului medical, protejând dreptul pacienților de a primi îngrijirea medicală de care au nevoie.

Nu a fost posibilă însă aceeași atitudine în ceea ce privește internările în perioada stării de urgență, în majoritatea spitalelor s-au redus sau chiar s-au stopat (tratamentul asigurându-se în ambulatoriu) – **acțiuni cu posibil impact asupra dreptului la îngrijiri medicale de bună calitate** (fiecare persoană are dreptul, fără discriminare, la îngrijiri medicale adecvate - principiu enunțat în Declarația Asociației Medicale Mondiale de la Lisabona privind drepturile pacientului) și asupra **accesului echitabil la îngrijiri medicale** (art. 3 din Convenția de la Oviedo - Convenția privind drepturile omului și biomedicina).

Astfel, în Spitalul de Psihiatrie Gătaia, județul Timiș, în *Procedura Operațională Managementul de caz în starea de urgență* se menționa: pe perioada desfășurării pandemiei COVID-19 se vor limita la maximum internările din alte județe, ținându-se cont de dispozițiile Prefecturii Timiș și DSP Timiș privind managementul pacienților la nivel de județ. De asemenea, se vor face toate demersurile astfel încât numărul de internări să fie cât mai mic. Pentru limitarea drastică a numărului de internări din Timișoara se va contacta personalul de gardă din Secția de Psihiatrie Văcărescu și/sau se va cere sprijinul șefului de secție de care medicul de gardă aparține.

În Spitalul Municipal de Urgență Caransebeș (spital suport), în prima lună a stării de urgență s-au internat 14 pacienți, în condiții de urgență pentru o patologie psihiatrică ce a necesitat obligatoriu acordarea îngrijirii medicale în spital (afecțiuni psihiatrice cu agitație psihomotorie, tentative de suicid). În Spitalul Municipal Târgu-Secuiesc, la Secția de Psihiatrie Cronici se făceau doar internări programate pentru boli psihice cronice, activitate redusă pe perioada stării de urgență, situație similară fiind și în Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni. În acest spital au fost suspendate internările pe compartimentele de cronici (psihosomatici), pe spitalizare de zi, pentru pacienți prezentați în ambulatoriu la Laboratorul de Analize Medicale. În Spitalul de Psihiatrie Titan nu au existat pacienți internați în spital odată cu instituirea stării de urgență; conform informațiilor transmise, în acest spital au fost externați și toți pacienții care erau spitalizați anterior Ordinului nr. 74527/2020, fiind pacienți cronici, cunoscuți, care au fost monitorizați telefonic de către medicii curanți. Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri „Sf. Stelian” a comunicat faptul că au asigurat continuu tratament pentru urgențele psihiatrice și internările nevoluntare. În Spitalul Județean de Urgență Giurgiu-Secția de Psihiatrie Vadu-Lat, la sfârșitul lunii aprilie erau internați 25 de pacienți în cadrul Secției Psihiatrie Acuți (dintre care 12 erau cazuri sociale), capacitatea Secției Acuți fiind de 45 de paturi și cea a Secției Cronici de 24 de paturi.

Un aspect sesizat de echipa MNP a fost practica diferită a spitalelor cu privire la pacienții nou internați, astfel:

► **spitalele de psihiatrie introduceau în izolare în context epidemiologic toți pacienții nou internați:**

- în Spitalul de Psihiatrie Căpâlnaș toți pacienții care se prezentau la spital erau considerați susceptibili de a fi infectați și dacă se decidea internarea, erau carantinați/izolați timp de 14 zile, ca o măsură de prevenție și protecție; în acest sens s-a delimitat o zonă în spital cu 2 saloane, baie, hol;

- în Spitalul de Psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca, conform *Protocolului de internare pacient nou*, dacă medicul evaluator considera necesară internarea pacientului, acesta era izolat într-un salon de pe secția de izolare special destinată (la etajul 1 din pavilionul

central, în cadrul secției 3), indiferent de rezultatul Chestionarului aplicat; perioada de izolare era de 5 până la 14 zile în funcție de evoluție și decizia medicului curant, alături de medicul internist și medicul epidemiolog;

- în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel, în pavilionul-tampon erau cazați toți pacienții nou internați, indiferent de patologie, statut socio-juridic (inclusiv cei încadrați în art. 110 Cod penal, internările nevoluntare, bolnavi psihici fugiți din izolare, alți pacienți psihici contactați ai unor persoane suspecte de COVID-19), precum și pacienții cu comorbidități care reveneau după o perioadă de internare în alte unități sanitare, dacă aceștia nu au fost testați pentru COVID-19; toți pacienții nou veniți erau considerați suspecti și cazați în pavilionul tampon, aflat la distanță de celelalte pavilioane cu paturi, cu evitarea intrării lor în colectivitatea de bolnavi internați înainte de declanșarea epidemiei;

- în Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni, internările în Secția Psihiatrie se făceau după un sistem centralizat, fiind programați la internare câte 10 pacienți într-o zi; aceștia erau cazați timp de 14 zile într-o aripă separată a spitalului, cu circuite separate, hrănire separată în vederea înfîrmării/confirmării infectării cu COVID-19; după trecerea acestui interval de timp, dacă nu prezentau simptome de infectare cu coronavirus, pacienții erau mutați alături de bolnavii psihici internați de mai mult timp și participau la activități împreună;

- în Spitalul de Psihiatrie Tulgheș, toate urgențele psihiatrice erau internate individual în saloane pe un pavilion separat timp de 14 zile;

- în Spitalul de Psihiatrie „Sf. Maria” Vede, toți pacienții nou internați erau spitalizați într-o zonă specială – *zonă intermediară*, pentru o perioadă de 14 zile, după caz, ulterior fiind transferați pe secțiile medicale; pacienții care prezentau la internare sau pe parcursul spitalizării simptomatologie specifică pentru COVID-19 erau izolați temporar într-o *zonă de izolare* până la transferul către spitale COVID-19 (spitalul nu deținea posibilitatea de testare a pacienților);

- în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, ca măsură de precauție, s-a decis ca toți pacienții nou internați să fie izolați în Vila Albastră, locație unde erau 7 saloane destinate izolării în context epidemiologic (saloane care permiteau cazarea unui singur pacient într-un salon, dotat cu grup sanitar propriu), deși, conform *Măsurilor de punere în aplicare a Planului de prevenție și control al infecției cu SARS-CoV-2 la nivelul Secției Săpoca*, doar pacienții prezentați la internare, care erau considerați suspecti, trebuiau să fie direcționați spre Pavilionul Vila Albastră, cei care nu erau suspecti trebuiau direcționați spre camera de gardă pentru evaluare și dacă se decidea internarea, pacienții erau repartizați în saloanele obișnuite ale spitalului sau în sectorul de asistență continuă (în cazul pacienților agitați);

► **în unele spitale generale, numai pacienții suspecti erau internați în izolator**, de exemplu, în Spitalul Orășenesc „Așezămintele Brâncovenești” Dăbuleni și Spitalul Municipal Costache Nicolescu Dragășani, atunci când la triaj se considera că pacientul este suspect și se hotăra internarea, acesta era introdus în izolator până la sosirea rezultatului testului RT-PCR (medicul de gardă interna pacientul în izolator de pe secție pentru a beneficia de hrană și medicație). Pacienții confirmați erau preluați cu izoleta și transportați la spitale COVID-19. În cadrul Spitalului Municipal Dorohoi, pacienții considerați suspecti de COVID-19 la triaj erau transferați la Spitalul Județean de Urgență Mavromati – Secția Psihiatrie.

În Spitalul Județean de Urgență Vâlcea, pacienții care nu prezentau simptomatologie specifică pentru infecția cu SARS-CoV-2 erau internați în Secția Psihiatrie I. Dacă în perioada internării apăreau suspiciuni de infecție cu noul coronavirus, pacienții erau transferați în Secția Psihiatrie II, unde erau testați. În funcție de dominanta organică, pacientului cu test pozitiv i

se asigura asistență medicală de specialitate în cadrul Secției Psihiatrie II sau era transferat la Secția Boli Infecțioase ori la Spitalul Orășenesc Horezu, spital suport.

În cazul unor spitale precum ultimele două menționate (Spitalul Municipal Dorohoi și Spitalul Județean de Urgență Vâlcea), în cazul pacienților psihiatrici suspecți/confirmați se avea în vedere asigurarea tratamentului pentru afecțiunile psihiatrice, dacă acestea predominau față de simptomatologia COVID-19. În cazul altor spitale în schimb, pacienții psihiatrici suspecți/confirmați erau transferați la spitale COVID-19, unde nu existau secții de psihiatrie. De exemplu, în cazul Spitalului de Psihiatrie Gătaia, pacientul considerat suspect, probabil sau confirmat, cu acordul și în condițiile specificate de DSP Timiș, era trimis la Spitalul de Boli Infecțioase „Victor Babeș” Timișoara. Pacienții internați în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Pădureni Grajduri și testați pozitiv erau transferați în Spitalul de Boli Infecțioase Iași, iar dacă capacitatea acestui spital era depășită, erau transferați în spitale de faza II sau spitale suport desemnate de către DSP Iași.

În perioada stării de urgență, deciziile cu privire la unitatea sanitară unde persoanele suspecte/confirmate COVID-19 să fie spitalizate erau luate de către Direcțiile de Sănătate Publică Județene și a municipiului București (cu respectarea Ordinului nr. 555/2020 privind aprobarea Planului de măsuri pentru pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID19, a Listei spitalelor care asigură asistența medicală pacienților testați pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 în faza I și în faza a II-a și a Listei cu spitalele de suport pentru pacienții testați pozitiv sau suspecți cu virusul SARS-CoV-2).

În cazurile de transfer al pacienților psihiatrici în spitale COVID-19 care nu dețin secție de psihiatrie, există riscul ca pacientul să nu beneficieze de tratamentul adecvat pentru afecțiunea psihiatrică, să nu fie evaluat periodic sau unitatea primitoare să nu aibă expertiza necesară pentru gestionarea unor eventuale stări de agitație psiho-motorie/agresivitate (auto și heteroagresiune).

► unele spitale generale testau toți pacienții care necesitau internare, aceștia fiind izolați până la sosirea rezultatului.

- la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Brașov, pacienții erau izolați până la aflarea rezultatului investigației RT-PCR SARS-CoV-2 (aproximativ 24 ore); în cazul în care pacientul necesita internarea alături de însoțitor, acesta era admis cu condiția ca aparținătorul să accepte testarea pentru a exclude existența infecției în cazul aparținătorului;

- la Spitalul Județean de Urgență Drobeta Turnu Severin, pacientul nou internat era izolat în zona tampon și în 24 de ore de la internare i se efectua test RT-PCR; dacă rezultatul era negativ pacientul era transferat pe secție, dacă rezultatul era pozitiv, pacientul era transferat într-un spital suport COVID-19, cu schema de tratament stabilită de medicul psihiatru curant și urma ca pacientul să fie reevaluat ori de câte ori era nevoie.

În Spitalul Municipal de Urgență Moinești, pacienții erau internați pe secțiile corespunzătoare din cadrul spitalului fără condiționarea internării de existența unei testări sau de rezultatul unei testări pentru Covid-19; se considera că oricare dintre pacienții care se prezentau în Compartimentul de Primiri Urgențe putea să fie infectat cu noul coronavirus.

În consecință, cu unele excepții, pacienții psihiatrici nou internați erau izolați pentru o perioadă variabilă de timp (5-14 zile). În acest timp, pacienții erau cazați singuri în cameră, nu puteau fi vizitați de către familie, nu aveau acces în aer liber și, cu excepția urmăririi programelor tv (în spitalele în care camerele de izolare erau dotate cu aparate Tv), nu erau implicați în vreo altă activitate recreativă. Această situație este

îngrijitoare, având în vedere perioada destul de mare petrecută de pacienții psihiatrici (persoane cu o vulnerabilitate ridicată) în izolare (14 zile în cazul pacienților internați în spitale de monospecialitate), care poate deteriora grav sănătatea mentală a pacienților. De asemenea, poate afecta sănătatea somatică (prin lipsa de mișcare) și abilitățile sociale ale pacienților (contactul cu alte persoane fiind minimal).

Asistența psihologică. A fost asigurată în mod continuu de psihologii angajați ai spitalelor (majoritatea unităților sanitare având un psiholog/psihologi angajați) sau colaboratori, cum era cazul Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu” Luduș. Din informațiile comunicate nu a fost identificată necesitatea suplimentării serviciilor de asistență psihologică.

Psihologii acordau o atenție sporită sprijinului emoțional și psihologic al pacienților, se implicau în menținerea contactului constant al pacienților cu aparținătorii. Pacienții au beneficiat de consiliere psihologică permanentă (de exemplu, la Secția de psihiatrie a Spitalului Județean de Urgență Vâlcea asistența psihologică era asigurată de doi psihologi, prin alternanță câte 14 zile fiecare).

De asemenea, și personalul din subordine a primit consiliere suportivă, prin tehnici de comunicare asertivă, consiliere psihologică, dar și informare corectă privind orice măsură care se impunea la nivelul spitalului (Spital de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel). În Spitalul Orășenesc „Așezămintele Brâncovenești” Dăbuleni exista dispoziția managerului de asistență psihosocială pentru toți pacienții, iar în Spitalul Municipal de Urgență Caransebeș (spital suport), atât pacienții cât și personalul erau consiliați de psihologul unității. În Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu, pentru angajați și membrii familiilor se acorda suport psihologic, telefonic, în fiecare zi, informații cu privire la această posibilitate fiind afișate pe site-ul oficial al instituției la secțiunea ”Noutăți”.

Măsuri întreprinse pentru asigurarea legăturii pacienților cu familia. În condițiile în care au fost interzise vizitele aparținătorilor (în cazul Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret erau permise vizitele aparținătorilor în caz de strictă necesitate și în funcție de condițiile de carantină din județ), legătura pacienților cu familia a fost menținută telefonic, prin intermediul telefoanelor personale sau cele fixe, de pe secțiile unităților sanitare. De asemenea, aparținătorii aveau numerele de telefon ale secțiilor (fix și/sau mobil) și astfel puteau contacta oricând pacienții.

La Secția Psihiatrie Cronici din cadrul Spitalului Municipal Târgu-Secuiesc, conform informațiilor comunicate, **telefoanele mobile și încărcătoarele pacienților erau etichetate cu numele acestora și erau depozitate în sala de tratament.** Pacienții vorbeau cu aparținătorii prin telefonul secției sau, după caz, prin intermediul telefoanelor lor mobile după masa de prânz. O situație similară era în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, unde **nu toți pacienții aveau acordul medicului de a păstra telefonul.**

MNP reiterează faptul că practica reținerii telefonului mobil personal reprezintă o limitare a dreptului pacientului la comunicarea cu exteriorul și reamintește că, în conformitate cu prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, în cazul oricărui pacient cu tulburări psihice trebuie respectată libertatea de acces la serviciile telefonice iar dreptul de comunicare cu orice autoritate, cu membrii familiei, cu reprezentantul legal sau convențional ori cu avocatul, precum și utilizarea telefonului în scop privat nu pot fi limitate nici în cazul pacientului internat nevoluntar.

Accesul pacienților la telefonul mobil personal nu trebuie să fie restricționat nici în funcție de vârsta pacientului, astfel cum se întâmpla în cazul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Brașov, unde **se permitea comunicarea cu familia prin intermediul telefonului personal numai pacienților cu vârsta peste 14 ani, sub această vârstă,**

pacienții (internați fără însoțitor) păstrau legătura cu familia prin intermediul telefonului aflat pe secție, situație în care poate fi afectată confidențialitatea convorbirii.

În Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni asistentul social a sprijinit pacienții care au dorit să trimită scrisori membrilor familiei, punându-le la dispoziție hârtie, pix, plicuri.

Pacienții puteau primi pachete cu alimente și bunuri de uz personal de la aparținători. Pachetele erau lăsate la poarta spitalului și ajungeau la pacienți prin intermediul personalului.

În Spitalul de Psihiatrie Tulgheș, prin Dispoziția managerului spitalului s-a interzis transmiterea către pacienții internați a pachetelor, pe întreaga perioadă a stării de urgență.

Accesul pacienților la plimbările în aer liber. Cu excepția pacienților aflați în izolare, pacienții au avut acces în aer liber, în curtea spitalului/secției. De exemplu, în Secția exterioară psihiatrie cronici Gura Ocnitei a Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, accesul pacienților în curtea spitalului se făcea în grupuri restrânse, aceștia fiind însoțiți de către ergoterapeuții din cadrul atelierelor de ergoterapie (2-3 persoane), iar în cazul Secției Psihiatrie Cronici din cadrul Spitalului Municipal Târgu-Secuiesc, pacienții aveau acces într-un mic parc la intrarea principală, cu diferite tulpini de flori, arbuști de care se ocupă personalul spitalului, precum și în curtea din spatele clădirii dotată cu un foisor și mai multe bănci. În Spitalul de Psihiatrie Mocrea, pacienții aveau acces la plimbări prin curtea spitalului, la club în vederea vizionării de programe Tv, jocuri interactive, ergoterapie. În Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri „Sf. Stelian”, accesul pacienților în curtea spitalului era permis la intervale de timp stabilite, pentru a evita aglomerația. În cadrul Spitalului „Sf. Pantelimon”, indiferent de sectorul în care se internau pacienții, aceștia aveau acces neîngrădit la plimbări în aer liber, în curțile interioare ale spitalului. **Pacienții spitalizați în Spitalul Orășenesc Pucioasa nu au avut posibilitatea efectuării plimbărilor în aer liber** din cauza structurii clădirii și a circuitelor funcționale stabilite; de asemenea, în curtea spitalului erau amplasate corturile pentru triajul epidemiologic al personalului și al persoanelor care se prezentau la C.P.U.

Personalul medico-sanitar. Majoritatea spitalelor au comunicat faptul că nu au intervenit modificări pe parcursul stării de urgență: nu s-au efectuat angajări suplimentare și nu au existat încetări ale contractelor de muncă.

Au fost și spitale în care au intervenit modificări: •în Spitalul Județean de Urgență Vâlcea, în perioada 16 martie-30 aprilie au încetat 18 contracte de muncă ale personalului medico-sanitar și auxiliar sanitar și s-au efectuat 16 angajări pentru ocuparea unor posturi vacante de medici, asistenți, infirmieri, brancardieri; •în Spitalul „Sf. Pantelimon” Brăila s-au înregistrat 4 încetări ale contractelor de muncă (3 cazuri de pensionare la limită de vârstă și o încetare la cerere); •în Spitalul Județean de Urgență Drobeta Turnu Severin au fost 29 de angajări pe perioadă determinată (medici, asistenți medicali, psihologi, chimiști, farmaciști); •în Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu au fost 16 angajări, a încetat 1 contract de muncă și 2 contracte de muncă au fost suspendate; •în Spitalul Orășenesc Pucioasa au existat cazuri de încetare a contractelor de muncă prin îndeplinirea vârstei standard de pensionare și cereri de pensionare anticipată; •Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad a solicitat, încă de la începutul lunii aprilie 2020 angajarea de personal pentru supravegherea bolnavilor psihici, până la data întocmirii răspunsului către MNP (24 aprilie) nefiind confirmată cererea.

Au avut loc redistribuiri/detașări ale personalului: •în Spitalul Municipal Costache Nicolescu Drăgășani au fost redistribuiți membri ai personalului din zonele cu activitate redusă, către camerele de izolare și punctele de triaj; •în Spitalul de Urgență Petroșani au fost

redistribuiți 4 asistenți medicali din Secția Psihiatrie, în Secția Neurologie; •în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Jebel, la solicitarea DSP Timiș, au fost nominalizați 12 angajați din rândul personalului medico-sanitar care să fie detașați în alte clinici din județ pentru completarea echipelor de îngrijire a pacienților cu COVID-19 (la data de 24 aprilie 2020 fuseseră deja detașați 3 asistenți medicali și 3 infirmieri la Spitalul Municipal de Urgență Timișoara).

Unele spitale (precum Spitalul Orășenesc Huedin - Compartimentul Psihiatrie Cronici) și-au menținut programul de lucru, în cazul altor spitale au intervenit modificări: •în Spitalul Municipal Sighetu-Marmației, programul de lucru putea fi prelungit în funcție de adresabilitate sau alte nevoi ale secțiilor de psihiatrie sau a altor secții (CPU-Triaj etc.); •în Spitalul Județean de Urgență Zalău, pentru a se evita contaminarea întregului personal, o parte și-a luat voluntar concediu de odihnă, fără a fi influențată activitatea pe secție; •la Spitalul Municipal Dorohoi s-a lucrat cu personal redus, atât pentru protecția acestora, cât și pentru a avea personal medical sănătos în cazul în care situația epidemiologică se agrava; •în Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu s-au stabilit programe individualizate de muncă, cu acordul sau la solicitarea salariatului în cauză, cu respectarea duratei maxime legale a timpului de muncă; •în Spitalul Municipal de Urgență „Elena Beldiman” Bârlad, spital suport, pe perioada stării de urgență a fost redus la maximum numărul de personal conform dispozițiilor interne date de conducere; •în Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni, în perioada în care au fost suspendate internările pe compartimentele de cronici (psihosomatici), pe spitalizare de zi, pentru pacienți prezenți în ambulatoriu la Laboratorul de Analize Medicale, personalul care lucra pe aceste structuri a intrat în concediu de odihnă; •în Spitalul de Psihiatrie Gătaia, pavilionul 33 desemnat pavilion de izolare în context epidemiologic, era deservit de către echipe dedicate: 3 asistenți medicali, 3 infirmieri și 1 medic – aceleași persoane timp de o săptămână, după care asistenții medicali și infirmierii rămâneau la domiciliu, în izolare, timp de 4 săptămâni; pe restul pavilioanelor, activitatea era asigurată cu un minimum de personal, pe lângă medicul de gardă și cel care deservea Pavilionul 33, în fiecare săptămână era prezent 1 medic pe fiecare secție, care intra ulterior în izolare la domiciliu; modificările aduse graficelor de lucru nu produceau efecte asupra salarizării personalului; •în Spitalul de Psihiatrie „Sf. Maria” Vede, personalul care deservea zona intermediară presta activitate în ture de 12/24 h, comasate pe o perioadă de 14 zile lucrate, după care urmau 14 zile libere.

Cu prilejul vizitelor (clasice sau prin metode alternative) efectuate în cursul anului 2020, s-a constatat un deficit de personal medico-sanitar, de exemplu: •la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Săpoca, în secțiile monitorizate (I-III și V) erau vacante 10 posturi de medic specialitatea psihiatrie și 10 posturi de asistent medical; •la Institutul de Psihiatrie Socola erau vacante 2 posturi de medic specialitatea psihiatrie și 9 posturi de asistent medical; •la Spitalul de Psihiatrie Săpunari, în ambulatoriul integrat, cele 2 posturi de medic specialist psihiatru existente erau vacante; la staționarul de zi singurul post de medic specialist psihiatru nu era ocupat; exista deficit de personal medical mediu și auxiliar la nivelul tuturor secțiilor, cel mai mare deficit se înregistra la secția de îngrijiri paliative (5 infirmieri, 3 îngrijitori de curățenie, 2 asistenți medicali, 1 asistent social, 1 psiholog stagiar).

MNP este preocupat de respectarea drepturilor pacienților și în egală măsură de asigurarea unor condiții corespunzătoare de muncă personalului. În condițiile în care, în timpul monitorizării Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Săpoca au fost sesizate echipei, de către salariați ai spitalului, **posibile abuzuri verbale ale șefilor ierarhici**, MNP subliniază faptul că **asigurarea pentru personal a unor condiții de muncă**

corespunzătoare are un impact direct asupra relației personal-pacient, deci un rol important în prevenirea relelor tratamente asupra pacienților. În consecință, este important să existe un mediu de lucru adecvat în cadrul spitalului, care presupune inclusiv **stabilirea unor relații corecte, de respect reciproc între membrii personalului.**

De asemenea, având în vedere că în Caietele de incidente pentru anul 2020, ale secțiilor din cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță monitorizate, erau consemnate mai multe situații de agresare a unor pacienți de către alți pacienți, precum și situații în care personalul medico-sanitar și auxiliar a fost agresat fizic și verbal de către pacienți și a suferit leziuni, MNP a verificat pregătirea personalului pentru managerierea unor astfel de situații. În spital erau efectuate periodic instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor, precum instruirea pe procedurile de intervenție în cazurile de pacienți agitați/agresivi (în spital era întocmită Procedura Situațiile de criză cu risc imediat de auto sau heteroagresiune), considerate însă insuficiente pentru protecția pacienților/personalului de către reprezentanții spitalului, care au sesizat echipei nevoia ca personalul de supraveghere să participe la cursuri de formare specializată, organizate la nivel național.

Cazurile sociale. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, prevede în art. 14 (Libertatea și siguranța persoanei): *Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți nu sunt lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar și că orice lipsire de libertate se face conform legii și că existența unei dizabilități nu va justifica în niciun fel lipsirea de libertate.*

În majoritatea spitalelor de monospecialitate și în unele dintre spitalele generale cu secții de psihiatrie erau spitalizați pacienți – cazuri sociale, astfel:

- în Spitalul de Psihiatrie Tulgheș, din cei 148 de pacienți care erau internați în luna aprilie, 100 erau cazuri sociale;
- în Spitalul Municipal Sighetu-Marmației, foarte mulți pacienți internați în Secția de psihiatrie erau abandonati de familie sau nu aveau familie;
- în Spitalul Orășenesc Huedin Compartimentul Psihiatrie Cronici, dintre cei 21 de pacienți care erau spitalizați în perioada stării de urgență, majoritatea erau cazuri sociale;
- în Spitalul „Sf. Pantelimon” Brăila erau 85 de pacienți - cazuri sociale; majoritatea proveneau din abandon de la naștere, din decesele părinților sau erau situații în care familia nu putea îngriji persoane cu tulburări psihice; externarea pacienților nu putea fi realizată urmare a lipsei suportului familial și social, deși au fost întreprinse demersuri la toate instituțiile abilitate (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Autoritatea Tutelară pentru pacienții care aveau desemnați tutori prin instanța judecătorească și Primărie);
- Spitalul de Psihiatrie „Sf.Nicolae” Roman întâmpina dificultăți cu privire la externarea cazurilor sociale, întrucât asistența socială de domiciliu nu a identificat spații de cazare adecvate;
- în Spitalul de Psihiatrie Săpunari erau internați 15 pacienți cazuri sociale, fără familie, fără reprezentanți legali și fără locuință;
- în Spitalul de Psihiatrie Cronici Dumbrăveni-Secția Exterioară Dumitrești, în compartimentul cu 25 de paturi de psihiatrie lungă durată, erau spitalizați pacienți cazuri sociale;
- în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca erau internați pacienți aflați în executarea măsurii de siguranță a internării medicale (art. 109 sau art. 110 Cod penal) sau pacienți cronici internați voluntar, care reprezentau cazuri sociale. Inclusiv în perioada stării de urgență și stării de alertă au fost transferați în Secția V cronici, 5 pacienți, pentru care

s-a dispus înlocuirea măsurii de siguranță a internării medicale (art. 110 Cod penal), cu măsura de siguranță a obligării la tratament medical (art. 109 Cod penal). Pacienții nu puteau fi externati, deși nu mai existau motive medicale pentru a sta în spital, pentru majoritatea cazurilor neexistând însă soluții efective de externare la domiciliu sau transfer într-un centru de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică/cămin pentru persoane vârstnice/locuințe protejate.

Asistenții sociali din spital au întreprins numeroase demersuri pentru integrarea familială și comunitară a acestora, în perioada martie-iunie 2020 fiind efectuate transferuri ale unor pacienți din Secțiile I și II, la Centrul de Recuperare și Reabilitare Persoane Adulte cu Handicap Buzău, Centrul de Urgență Buzău, în locuință modulară din Râmnicu Sărat sau externare la domiciliu.

Reprezentanții spitalului au sesizat membrilor MNP relaționarea deficitară, care persista de ani de zile, cu Serviciile Publice de Asistență Socială din cadrul Primăriilor și Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, apreciind că acestea, prin răspunsurile comunicate (nu dețin servicii sociale în comunitate, au toate locurile ocupate, se află în proces de restructurare sau nu acceptă admiterea în centre rezidențiale a persoanelor cu istoric penal) discriminează și stigmatizează persoanele cu dizabilități mintale. Erau autorități care fie apelau la sprijinul spitalului pentru *internarea permanentă a pacientului*, motivând că nu pot asigura serviciile sociale și asistența medicală pentru pacient și familia acestuia, fie recomandau *menținerea pacientului în spital sau identificarea unor soluții la nivel național, având în vedere că acesta este o persoană cu afecțiuni psihice*.

În Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Săpoca, numărul ridicat de cazuri sociale contribuia la supraaglomerarea spitalului.

- reprezentanții Spitalului Județean de Urgență Vâlcea au invocat ca dificultăți întâmpinate în asigurarea unui tratament și a unor condiții de viață corespunzătoare: rețeaua de asistență socială deficitară și lipsa rețelei de psihiatrie comunitară (în spital erau 3 cazuri sociale și un pacient minor pentru care erau întreprinse demersuri pentru admiterea acestuia într-un centru de plasament), iar Spitalul Județean de Urgență Ploiești s-a confruntat cu disfuncționalități în ceea ce privește cazurile sociale, demersurile întreprinse de către spital au fost încetinite de ”neimplicarea altor instituții care ar trebui să contribuie la rezolvarea acestor cazuri”.

Referitor la *existența unor măsuri alternative la spitalizarea pacienților cu tulburări psihice*, cu prilejul vizitei efectuate la Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret s-a constatat faptul că spitalul era parte a proiectului Recover-E (finanțat prin programul de cercetare și inovare al Uniunii Europene „Orizont 2020”), care avea ca obiectiv general - implementarea unui model de furnizare a serviciilor comunitare de îngrijiri în cinci zone de implementare din țările Europei, precum și pentru populațiile vulnerabile, pentru a îmbunătăți nivelul de funcționare, calitatea vieții și îmbunătățirea stării de sănătate mintală pentru persoanele cu tulburări psihice severe și cronice (schizofrenie, tulburare bipolară, depresie). Intervenția se concentra pe schimbarea sistemelor de îngrijiri de sănătate mintală, pentru a fi capabile să furnizeze servicii de îngrijiri de sănătate mintală comunitare, pentru pacienții cu tulburări mintale severe. Această intervenție urma să fie efectuată prin dezvoltarea și implementarea Echipelor Multidisciplinare Comunitare de Sănătate Mintală (ECSM), alcătuite din cel puțin o asistentă medicală, un medic psihiatru, un psiholog, un asistent social și un lucrător de la egal la egal (persoană cu diagnostic de tulburare mintală, ce a beneficiat de tratament). Totodată, pe parcursul derulării proiectului urmau să fie evaluate componentele sistemului de sănătate, cum ar fi: structurile de finanțare, resursele umane, guvernarea, care au impact asupra îngrijirii

persoanelor cu tulburări mintale severe. Finalitatea proiectului era de a asigura servicii comunitare în sprijinul pacienților, care să atingă la nivel structural obiectivele lor de recuperare a funcționalității, precum și să furnizeze servicii de intervenție în situații de criză, într-un timp cât mai scurt și în conformitate cu nevoile pacienților.

Aspecte constatate pe parcursul vizitelor de monitorizare, care pot constitui factori de risc pentru rele tratamente.

► informarea pacienților cu privire la drepturi. În unele spitale (Institutul de Psihiatrie Socola – Secția exterioară psihiatrie Șipote, Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca) se considera îndeplinită obligația de informare cu privire la drepturi, dacă acestea erau afișate la loc vizibil. *Afișarea drepturilor nu suplinește însă informarea verbală a pacienților, de către personalul spitalului, având în vedere că pacienții trebuie să fie informați într-o formă și într-un limbaj pe care să le înțeleagă, iar drepturile și mijloacele de a le exercita trebuie, de asemenea, explicate;* în foile de observație s-a regăsit o listă cu obligațiile pacienților, semnată de pacienți, dar nu și o listă cu drepturile acestora (Spitalul de Psihiatrie Săpunari);

► consimțământul informat al pacientului

- în foile de observație verificate nu s-au regăsit formularele de consimțământ la internare sau la aplicarea tratamentului; singurul consimțământ existent la FOCG era *Acordul pacientului informat la efectuarea actelor medicale* (Spitalul de Psihiatrie Săpunari);

- Formularul de consimțământ informat al pacientului la internare era în concordanță cu prevederile legale în vigoare însă, în foile de observație ale pacienților s-au regăsit formulare care nu erau semnate de către pacienți (deși internările erau considerate voluntare) sau nu erau completate în totalitate (de exemplu, lipsea numele pacientului, data completării formularului, secția unde a avut loc internarea sau nu apărea semnătura și parafa medicului), *ceea ce sugerează o abordare pur formală a obligației personalului medical de a prezenta pacienților formularul de consimțământ la internare, o necunoaștere/neînțelegere a importanței respectării dreptului pacientului de a accepta sau refuza internarea, în deplină cunoștință de cauză;* la foile de observație ale persoanelor internate voluntar nu s-a regăsit Formularul privind consimțământul pacientului la tratament (sau la investigații), cum nu s-a regăsit nici în cazul pacienților internați nevoluntar sau aflați sub măsură de siguranță (Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca);

Cu prilejul monitorizării Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, echipa MNP a constatat că, în Vila Albastră din locația Săpoca au petrecut o parte din perioada de izolare (impusă urmare a întoarcerii dintr-o țară din zona roșie) și **6 persoane care, aflate într-un centru de carantină instituționalizată, au prezentat agitație psihomotorie.** Persoanele respective, aduse în regim de urgență de la centrul de carantină cu ambulanța și însoțite de jandarmi, au fost internate în spital.

În Foile de observație clinică generală ale acestora, **nu au fost regăsite formularele de consimțământ informat la internare.** Mai mult decât atât, unul dintre pacienți a solicitat în mod expres să fie externat, externarea fiind făcută însă doar la finalizarea perioadei de carantină, după obținerea avizului de la DSP Buzău. Este adevărat că persoanele respective au fost internate în timp ce se aflau în perioada de carantină, iar spațiile de carantină reprezintă *de facto* locuri de detenție, dar asta nu justifică internarea într-un spital de psihiatrie fără a solicita consimțământul pacientului.

Echipa MNP reamintește faptul că, internarea nevoluntară într-un spital de psihiatrie poate fi dispusă exclusiv prin hotărârea unui judecător, în lipsa acestei hotărâri și fără acordul pacientului poate fi asimilată unei lipsiri de libertate în mod ilegal.

Reprezentanții Direcției de Sănătate Publică nu au competența legală de a dispune internarea într-un spital de psihiatrie fără consimțământul pacientului și de a stabili când trebuie externat pacientul respectiv. Tratamentul care a fost aplicat persoanelor aflate în carantină este similar celui aplicat persoanelor private de libertate într-un penitenciar care, dacă sunt bolnave, nu pot refuza transferarea în vederea internării în spital. Referitor la acest aspect, SPT a precizat în Avizul cu privire la pandemia de Coronavirus (adoptat la 25 martie 2020): cei care sunt aflați temporar în carantină trebuie să fie tratați în orice moment ca oameni liberi, cu excepția limitărilor impuse în mod necesar acestora, în conformitate cu legea și pe baza unor dovezi științifice, în scopuri de carantină, ei nu trebuie priviți sau tratați ca și cum ar fi „deținuți”.

Situația este cu atât mai gravă având în vedere că în cazul unui pacient a fost aplicată conținția mecanică și în cazul tuturor pacienților s-a aplicat conținția chimică, în condițiile în care la FOCG nu apăreau nici formularele de consimțământ la administrarea tratamentului (nu exista, de fapt, niciun formular de consimțământ), iar unui pacient, care a refuzat în mod expres tratamentul, i s-a administrat diazepam.

CPT a precizat că internarea unei persoane într-o instituție de psihiatrie fără consimțământul acesteia nu trebuie considerată ca reprezentând autorizarea tratamentului fără consimțământul său; orice pacient capabil de discernământ, internat cu sau fără voia lui, trebuie să poată refuza un tratament sau orice altă intervenție medicală. Orice derogare de la acest principiu fundamental trebuie să aibă o bază legală și nu trebuie aplicată decât în circumstanțe excepționale definite clar și strict. Acest principiu a fost reiterat de MNP în *Declarația de principii cu privire la tratamentul aplicat persoanelor lipsite de libertate pe parcursul stării de urgență instituite urmare a epidemiei de coronavirus (COVID-19)*, adoptată la 13 aprilie 2020.

- pe pagina de internet a Spitalului de Psihiatrie Cronici Siret, la rubrica „Informații utile pentru pacient”, în capitolul – Drepturile și Obligațiile pacientului internat, se prevedea: *Când pacienții sunt incapabili să-și exprime voința și este necesară intervenția medicală de urgență consimțământul poate fi presupus, dacă nu există elemente exprimate anterior de pacient, care să ateste refuzul consimțământului.* MNP consideră că în situațiile de urgență medicală, trebuie avute în vedere următoarele:

- Declarația Asociației Mondiale a Sănătății de la Lisabona privind drepturile pacientului, conform căreia: *Dacă pacientul este inconștient sau nu își poate exprima voința, consimțământul informat trebuie obținut ori de câte ori este posibil, de la o persoană care îl poate reprezenta conform legii. Dacă nu este disponibil un astfel de reprezentant, dar este nevoie urgentă de o intervenție medicală, se poate presupune consimțământul pacientului, cu excepția cazului în care este evident și fără nicio îndoială, pe baza expresiei ferme sau a convingerii anterioare a pacientului că el/ea ar refuza consimțământul intervenției în acea situație.*

- Codul de deontologie medicală aprobat prin Hotărârea Adunării Generale Naționale a Colegiului Medicilor din România nr. 3/4 noiembrie 2016, art. 15 *Atunci când, din cauza unei situații de urgență, nu se poate obține consimțământul adecvat, se va putea proceda imediat la orice intervenție indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătății persoanei vizate, coroborat cu art. 13 Atunci când, conform legii, un major nu are, din cauza unui handicap mintal, a unei boli sau dintr-un motiv similar, capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără acordul reprezentantului său ori fără autorizarea unei autorități sau a unei persoane ori instanțe desemnate prin lege.*

- toți pacienții internați în Secția Șipote a Institutului de Psihiatrie Socola aveau atașat la FOCG formularul de consimțământ informat, care era semnat fie de pacient, fie de reprezentantul legal – tutore; de asemenea, era atașată și hotărârea judecătorească de numire a tutorelui (la momentul vizitei erau internați 9 pacienți puși sub interdicție judecătorească); din discuțiile purtate atât cu personalul din conducerea secției exterioare, cât și cu cel al Institutului de Psihiatrie Socola a reieșit faptul că, în multe situații, era dificil de a se obține un consimțământ care să întrunească toate exigențele prevăzute în legislație, motivat atât de specificul diverselor afecțiuni (demență, oligofrenie) ale pacienților, cât și de atitudinea aparținătorilor care solicită uneori personalului medical să se implice pentru a „convinge” pacientul să se interneze.

MNP subliniază faptul că nerespectarea prevederilor legale privind consimțământul poate atrage răspunderea medicală sub diversele ei forme. Pentru a obține un consimțământ cât mai autentic trebuie avuți în vedere următorii pași: abilitatea de a înțelege informațiile relevante pentru luarea unei decizii, abilitatea de a aprecia situația factuală și consecințele posibile, abilitatea de a aplica informațiile relevante în mod rațional, abilitatea de a comunica hotărârea în mod voluntar. Problema consimțământului în psihiatrie este una extrem de sensibilă, astfel asigurarea dreptului la autonomie a pacientului este pusă în balanță cu o multitudine de situații posibile, care pot crea dificultăți în realizarea acestui deziderat. Aceasta este cu atât mai pregnantă în actuala epidemie, când societatea românească se confruntă cu un fenomen de limitare a drepturilor și libertăților celor care până de curând se bucurau de ele la nivel deplin. Soluțiile pentru asigurarea informării și obținerea unui consimțământ pot consta în implicarea mai profundă a familiei pacientului, într-o monitorizare mai eficientă a stării acestuia pentru a surprinde momentele de stabilizare clinică, dar probabil că este nevoie de un efort mai amplu, care să implice și autoritățile cu putere de decizie.

Cu privire la pacienții aflați sub interdicție judecătorească, la implicarea acestora în procedura de obținere a consimțământului la internare/tratament, MNP precizează că în cursul lunii iulie 2020, Curtea Constituțională a României a declarat neconstituțional art. 164 alin. (1) din Codul civil (privind „interdicția judecătorească” pentru adulții cu dizabilități) conform căruia: „Persoana care nu are discernământul necesar pentru a se îngriji de interesele sale, din cauza alienației ori debilității mintale, va fi pusă sub interdicție judecătorească”. Drept urmare, unitățile psihiatrice trebuie să se conformeze noilor prevederi legislative, precum și să urmărească evoluția legislativă în domeniu.

► internarea nevoluntară.

Comisia de internare nevoluntară nu era alcătuită conform prevederilor Legii nr. 487/2002, republicată, respectiv din 3 membri numiți de managerul spitalului – 2 psihiatri și un medic de altă specialitate sau un reprezentant al societății civile:

- la Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret, Comisia de internare nevoluntară era alcătuită din 3 membri: doi medici psihiatri și un jurist angajat al unității;

- la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, Comisia de internare nevoluntară nu avea o structură precisă și nu erau respectate categoriile de personal prevăzute de lege: Comisiile constituite în perioada 2016-2020 erau alcătuite din: 2, 3 sau chiar 4 medici psihiatri, un medic de altă specialitate (medic de laborator sau medic de medicină internă), un asistent social și un consilier juridic. Atât asistentul social, cât și consilierul juridic, care nu reprezintă personal medical, în calitate de membri ai comisiei participau astfel la evaluarea psihiatrică a persoanelor pentru care se solicita internarea nevoluntară/încetarea internării nevoluntare și semnau deciziile adoptate. Comisia de internare medicală stabilită în data 1 iulie 2020, alcătuită din 6 membri (3 medici psihiatri dintre care unul era președinte, un medic

de altă specialitate, un asistent social și un consilier juridic) părea mai degrabă o comisie de liberare condiționată (în cadrul căreia se evaluează comportamentul persoanei private de libertate în ansamblu) și nu o comisie care trebuie să evalueze strict starea de sănătate mintală a pacientului, evaluare care trebuie să se desfășoare în condiții cât mai confortabile psihic pentru pacient.

În cursul monitorizării Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, **un aspect care a preocupat echipa MNP a fost perioada îndelungată de când un pacient era internat nevoluntar și anume 4 ani.** MNP nu pune în discuție deciziile Comisiei de internare nevoluntară ci faptul că legislația în materia sănătății mintale nu prevede un control periodic de către instanța de judecată în cazul internării nevoluntare⁶, cum se întâmplă în cazul măsurii de siguranță a internării medicale.

În acest sens, ***MNP apreciază că se impune introducerea în Legea nr. 487/2002, republicată, a obligativității verificării periodice, de către instanța de judecată, a internărilor nevoluntare (cu stabilirea unui termen de maximum 3 luni).***

► aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare.

Măsurile de conținere și de izolare erau aplicate fără respectarea legislației în materie: conțința se aplica în salonul unde era internat pacientul, alături de alți pacienți, ceea ce contravine Normelor CPT; nu era clar cine efectua conținerea, în registrul pentru conținere neexistând o rubrică în acest sens; în registru lipsea și rubrica referitoare la gradul de restricție - parțială sau totală - în cazul conținării; de asemenea, rubrica privind monitorizarea funcțiilor vitale nu era completată corespunzător - nu erau precizate valorile funcțiilor vitale în cazul fiecărei vizite de monitorizare, nu erau precizate ora și minutul ridicării măsurii restrictive, dacă au existat sau nu leziuni fizice; lipseau camerele de izolare amenajate potrivit prevederilor legale în vigoare sau pacienții erau izolați în spații care aveau altă destinație; izolarea și conținerea se aplicau concomitent sau izolarea se aplica și pentru fortarea unei bune purtări, ceea ce contravine prevederilor legale;

În Spitalul de Psihiatrie Săpunari (spital unde se fac numai internări voluntare), conform Procedurii Conținere a pacientului, întocmită în spital, pacienților le era solicitat să semneze formularul Consimțământ la aplicarea măsurii conținării, procedura neindicând în mod explicit momentul în care formularul se completează; reprezentanții spitalului nu au putut preciza echipei MNP în ce moment este prezentat pacientului acest formular și în niciuna din FOCG, verificate în mod aleatoriu, nu s-a regăsit consimțământul la aplicarea conținței.

► procedura plângerilor

În general, Registrele speciale de sugestii și reclamații nu cuprindeau consemnări pentru perioada 2019 și 2020, până la data efectuării vizitei. În Rapoartele de analiză a chestionarelor de satisfacție a pacienților pentru anul 2019, întocmite în unele spitale, existau însă nemulțumiri ale pacienților (referitoare la atitudinea unor infirmieri, la condițiile de igienă din grupurile sanitare și la durata internării etc.). Având în vedere acest aspect, ***membrii MNP subliniază faptul că pacienții ar trebui informați periodic cu privire la posibilitatea de a face sesizări, sugestii și reclamații. De asemenea, ar trebui asigurată posibilitatea ca pacienții/aparținătorii să le depună în mod anonim, într-o cutie destinată acestui scop*** (cum se proceda, de exemplu, în Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca).

► accesul la justiție al pacienților.

⁶ Legea nr. 487/2002, republicată, prevede sesizarea instanței pentru confirmarea deciziei de internare medicală nevoluntară/încetarea măsurii; deciziile comisiei care reexaminează pacienții lunar sau ori de câte ori este nevoie, nu sunt supuse controlului instanței de judecată.

MNP a verificat accesul la asistență juridică, precum și la instanță al pacienților internați nevoluntar și al celor aflați sub măsura de siguranță a internării medicale sau a măsurii de internare provizorie, în perioada stării de urgență și, ulterior, a stării de alertă. Au fost comunicate **adrese către cele 15 Curți de apel din România**, fiind solicitate informații cu privire la procedura internării nevoluntare: judecarea la fond și în cale de atac a măsurii internării nevoluntare, asigurarea participării și ascultării pacientului la ședința de judecată, precum și asigurarea apărării pacientului, din oficiu, dacă nu are apărător ales (având în vedere că Hotărârea Consiliului Superior al Magistraturii nr. 417 din 24 martie 2020 menționa în cazul judecătorilor internarea medicală nevoluntară printre cauzele care se vor judeca pe perioada stării de urgență, dar nu prevedea judecarea căii de atac a apelului).

În cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, conform procedurii întocmite în spital, pacienții asistați cu măsura de siguranță prevăzută de art. 110 Cod penal și art. 247-248 Cod procedură penală beneficiau de consiliere juridică asigurată de Biroul juridic. Periodic (dar fără a se depăși 1 an), măsurile de siguranță – internarea medicală/măsurile internării medicale provizorii erau verificate de către judecătorul delegat de la Judecătoria Buzău (în circumscripția căruia se află unitatea medicală). Spitalul a înaintat către judecătorul delegat listele cu un număr de 227 pacienți - în perioada ianuarie-iulie 2020, în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice. După evaluarea acestora, judecătorul a sesizat judecătoria Buzău pentru a dispune asupra menținerii, înlocuirii sau încetării măsurii.

În perioada stării de urgență și ulterior, în starea de alertă, unii dintre pacienții în cazul cărora instanța a fost sesizată pentru înlocuirea/menținerea măsurii de siguranță a internării medicale (în special cei în cazul cărora exista propunerea judecătorului delegat de menținere) nu au fost prezentați în instanță. Spitalul a invocat prevederile Decretului nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României, iar instanța a judecat în lipsă (conform art. 571 alin. (2) Cod de procedură penală – instanța ascultă persoana față de care este luată măsura, atunci când aducerea acestuia este posibilă).

În cazul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel, în vederea prezentării la procese a pacienților încadrați juridic, inclusiv a celor internați nevoluntar în baza Legii nr. 487/2002, republicată, pentru evitarea contaminării pacienților s-au organizat la nivelul spitalului videoconferințe cu judecătorii din țară care au solicitat acest lucru.

Referitor la ***procedurile instanțelor*** în această perioadă, conform răspunsurilor transmise de toate Curțile de Apel, atât fondul în cazul măsurii internării nevoluntare, cât și apelul împotriva hotărârii judecătorului de confirmare sau încetare a internării nevoluntare au fost considerate cauze urgente (cauze de urgență deosebită) de către marea majoritate a instanțelor de judecată și s-au judecat pe perioada stării de urgență. Judecătorii Secției penale a Tribunalului Teleorman au apreciat în schimb că astfel de cauze nu pot fi considerate unele de urgență deosebită, pentru a fi soluționate pe perioada stării de urgență.

În cazul în care pacientul nu avea apărător ales se solicita către baroul local desemnarea unui apărător din oficiu, conform prevederilor legale, iar dacă nu se putea asigura prezența pacientului în sala de judecată, instanța se deplasa la spital sau pacientul era audiat prin videoconferință. Se avea în vedere și audierea prin telefon – Skype sau WhatsApp, **modalitate care, în opinia MNP, ridică probleme sub aspectul respectării confidențialității audierii, a confidențialității datelor cu caracter personal ale persoanelor audiate.**

În general, audierile persoanelor internate au avut loc la sediul instanțelor. De exemplu, la nivelul Judecătoriei Pătărlagele a fost înregistrată o cerere având ca obiect

ridicarea măsurii internării provizorii (art. 248 Cod procedură penală), fiind asigurată participarea și ascultarea persoanei internate în prezența apărătorului desemnat din oficiu, iar la Tribunalul Călărași, la Secția penală, au fost judecate două cauze având ca obiect internarea medicală în mod provizoriu (art. 248 Cod de procedură penală), în calea de atac a contestației, în ambele cauze inculpații au fost prezenți personal și asistați de apărători din oficiu. De asemenea, la nivelul Tribunalului Ilfov – Secția civilă, într-un apel declarat împotriva unei sentințe a Judecătoriei Cornetu prin care a fost confirmată măsura internării medicale nevoluntare, completul investit cu soluționarea cauzei a dispus citarea apelantului. Și Judecătoria Podu Turcului, în cauza având ca obiect internarea medicală a audiat inculpatul minor.

În cazul Judecătoriei sectorului 4, în perioada stării de urgență, nu s-a efectuat deplasarea la sediul spitalului sau deplasarea persoanelor internate la sediul judecătoriei, motivele invocate de instanță fiind regulile de restricționare a deplasării, precum și riscul crescut pentru persoanele internate, aflate într-o stare accentuată de vulnerabilitate. Persoana internată a fost reprezentată de avocat din oficiu, care a fost prezent la sediul instanței. Numai dacă starea de sănătate a persoanei internate permitea, avea loc audierea acesteia prin videoconferință. O situație similară s-a regăsit în cazul Judecătoriei Cluj-Napoca, cauzele (2 cauze) fiind judecate în lipsa pacienților, în prezența avocatului desemnat din oficiu. În hotărârile instanțelor se reținea că unitatea medicală nu a asigurat prezența pacientului la termen; instanțele au avut în vedere diagnosticul pacientului și au interpretat sintagma: „judecătorul *poate* dispune audierea pacientului în unitatea sanitară” în sensul că, în ipoteza în care starea de sănătate nu permite participarea pacientului la procedura judiciară, ascultarea nu este obligatorie.

MNP opinează că în situații precum cele menționate anterior, nu este asigurat contactul pacientului cu avocatul său, ceea ce afectează dreptul la apărare al pacientului. De asemenea, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, în cadrul proceselor care vizează însuși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate, MNP consideră că trebuie depuse toate diligențele, atât de către unitatea sanitară cât și de către instanță, pentru a asigura audierea persoanei internate de către instanță.

În cursul monitorizării Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, reprezentanții spitalului au reiterat echipei MNP dificultățile cu care se confruntă spitalul, atât financiare cât și umane, legate de asigurarea transportului pacienților la instanțele de judecată cu ambulanțele proprii, însoțiți de membri ai personalului (ceea ce accentuează deficitul de personal existent la nivelul spitalului, iar cheltuielile ocazionate de aceste deplasări nu sunt decontate de Ministerul Sănătății sau Ministerul Justiției).

În consecință, ***MNP apreciază că o soluție pentru asigurarea audierii pacientului, fără a fi nevoie de transportul pacienților la instanțele de judecată*** (având în vedere și sesizarea spitalului referitoare la necesitatea înființării unor complete specializate, care să judece doar cauzele ce au ca obiect măsurile de siguranță, pentru a se evita astfel marginalizarea/discreditarea acestor pacienți, ședințele de judecată fiind publice) ***ar fi stabilirea unei săli de judecată în fiecare spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță. Astfel de săli de judecată ar fi util să existe și în cadrul spitalelor care efectuează internări nevoluntare (a fiecărui spital sau o sală pentru mai multe spitale aflate în apropiere). Trebuie avut în vedere faptul că prezentarea pacienților în instanțele comune de judecată*** (chiar dacă procesul se judecă în camera de consiliu) ***poate fi traumatizantă pentru pacienți, și așa vulnerabili.*** O astfel de practică există în Franța, judecătorul pronunțându-se într-o sală

de judecată aparținând Ministerului Justiției, special amenajată în spital sau într-o altă unitate medicală aflată în jurisdicția aceleiași instanțe.

► practici cu potențial stigmatizant pentru pacienți

- în cadrul monitorizării Spitalului de Psihiatrie Săpunari, un aspect care a preocupat echipa MNP a fost **utilizarea brățărilor identificative** (aplicate pe antebrațul stâng al pacientului); nu practica în sine este îngrijorătoare, ci faptul că aceasta nu se aplica unitar (nu se utiliza în toate cazurile culoarea neagră) - **permitea încadrarea pacienților în anumite categorii, vizibile tuturor** (pacienți, aparținători, personal): *pacienți cu manifestări agresive* (culoarea verde), *pacienți cu risc de cădere* (culoarea roșie), *pacienți cu dizabilități* (culoarea albastră). Practica nu era obligatorie, pacienții având posibilitatea să refuze, însă, **atunci când este aplicată, poate fi stigmatizantă pentru pacient și poate afecta starea de confort psihic al pacientului** (chiar declanșa/accentua cauza pentru care s-a utilizat o anumită culoare). *Echipa MNP consideră suficientă evidențierea riscurilor respective, a dizabilităților pacienților în foile de observație, acestea fiind cunoscute de către personalul medical și personalul sanitar auxiliar în îngrijirea cărora se află pacientul. Trebuie să existe o supraveghere corespunzătoare a pacienților respectivi (care implică un număr suficient de personal și pregătirea profesională corespunzătoare a acestora), supraveghere care să respecte în orice moment demnitatea, intimitatea și autonomia pacientului.* Urmare a recomandării MNP, conform informațiilor comunicate, în cadrul spitalului a fost înlăturată această practică.

- cu ocazia monitorizării Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Săpoca, echipa MNP a constatat faptul că **pacienții internați în secțiile juridice erau îmbrăcați identic, cu pantaloni verzi și tricou negru** ("pentru a fi identificați dacă încearcă să fugă", a susținut un membru al personalului), contrar poziției CPT exprimată în Raportul de țară întocmit urmare a vizitei efectuate în anul 2014 în România. CPT a subliniat faptul că *pacienții din secțiile juridice* (din cadrul Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță) *erau stigmatizați, fiind obligați să poarte uniforme pentru a facilita căutările în caz de fugă și a cerut României încetarea unor astfel de practici.*

În anul 2019, MNP a efectuat o serie de demersuri către Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne-Direcția Generală pentru Relațiile cu Instituțiile Prefectului, pentru ca pacienții din spitalele de psihiatrie să nu mai fie obligați să poarte pijama pe timp de zi, având în vedere precizările CPT în sensul că practica de a îmbrăca întotdeauna pacienții în pijamale nu este propice întăririi sentimentului de identitate personală și de stimă de sine.

Referitor la acest aspect, Spitalul „Sf. Pantelimon” Brăila a comunicat faptul că pacienții (mai ales cei cu spitalizare de lungă durată) puteau utiliza hainele proprii sau de spital, tip trening sau tricou și pantalon.

III. PROPUNERI

► orice măsură cu privire la spitalizarea pacienților cu afecțiuni psihiatrice (internare, tratament, externare, transfer) trebuie să aibă în centru interesul superior al pacientului, dreptul acestuia de a primi îngrijiri medicale de înaltă calitate;

► orice internare în spital/act medical trebuie efectuat numai cu consimțământul informat și liber exprimat al pacientului (cu excepția situațiilor expres prevăzute de lege);

► stabilirea unei săli de judecată în fiecare spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță pentru judecarea cauzelor privind măsura de siguranță a internării medicale, măsura

internării provizorii și internarea nevoluntară, precum și în cadrul spitalelor care efectuează internări nevoluntare (a fiecărui spital sau o sală pentru mai multe spitale aflate în apropiere);

► înființarea în cadrul fiecărui spital de boli infecțioase, dar și în fiecare spital de urgență, a unei secții/unui compartiment de psihiatrie, pentru a interveni în cazul în care un pacient care prezintă o boală infecto-contagioasă sau o urgență medicală (altă decât cea psihiatrică) are și afecțiuni psihiatrice care necesită intervenție specializată;

► introducerea în Legea nr. 487/2002, republicată, a obligativității verificării periodice a internărilor nevoluntare (cu stabilirea unui termen de maximum 3 luni), de către instanța de judecată;

► implicarea tuturor actorilor cu rol de decizie în vederea degrevării spitalelor de cazurile sociale pe care le dețin, prin transferul lor în rețeaua de asistență medico-socială; la examinarea fiecărui caz, prioritare vor fi prevederile art. 19 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (integrarea în comunitate);

► pregătirea profesională continuă a personalului medico-sanitar și auxiliar în sensul creșterii gradului de conștientizare cu privire la drepturile pacientului, demnitatea, autonomia persoanelor cu tulburări psihice, legislația în materie, în cadrul instructajelor organizate în spital, dar mai ales prin participarea la cursuri de pregătire profesională efectuate de organisme abilitate; instruirea permanentă a personalului expus riscului de agresiune din partea pacienților pentru prevenirea și gestionarea unor situații de criză.

Capitolul 7

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA LOCURILOR DE CARANTINĂ INSTITUȚIONALIZATĂ

Măsura carantinei dispusă în România în contextul epidemiei determinată de infecția cu COVID-19 a putut fi calificată, în anumite situații, ca o veritabilă privare de libertate.

Decizia nr. 458/25 iunie 2020 (pct. 71) a Curții Constituționale a României

I. ASPECTE PRELIMINARE

Carantina persoanelor reprezintă o măsură de prevenire a răspândirii bolilor infectocontagioase, constând în separarea fizică a persoanelor suspecte de a fi infectate sau purtătoare ale unui agent înalt patogen de alte persoane, în spații special desemnate de către autorități, la domiciliu sau la locația declarată de către persoana carantinată (conform Legii nr. 136/21 iulie 2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic, cu modificările și completările ulterioare).

În Decretul Președintelui României nr. 195/16 martie 2020 privind instituirea stării de urgență în România a fost prevăzută ca măsură de primă urgență cu aplicabilitate graduală carantina persoanelor provenite din zonele de risc, precum și a celor care iau legătura cu acestea. Introducerea în carantină pentru o perioadă de 14 zile s-a aplicat însă încă din luna februarie 2020, inițial pentru persoanele care soseau în România din China, ulterior pentru persoanele care soseau din anumite localități/comune din Italia. Zonele de risc (zone cu transmitere comunitară extinsă) au fost actualizate de câte ori era necesar de către Institutul Național de Sănătate Publică (Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile) și, începând cu luna martie 2020, au fost redefinite ca: **zone roșii** – localitățile în care au fost confirmate cazuri de infecție cu coronavirus și este instituită carantina, **zone galbene** – regiunile/județele/zonile în care sunt suspiciuni de infecție și în care persoanele sunt izolate la domiciliu și **zone verzi** – celelalte regiuni ale țărilor afectate de coronavirus, unde autoritățile dau recomandări și furnizează informații persoanelor, la intrarea în țară, referitoare la coronavirus și autoritățile publice competente unde se pot adresa.

Conform Ordinului ministrului sănătății nr. 414/11 martie 2020 privind instituirea măsurii de carantină pentru persoanele aflate în situația de urgență de sănătate publică internațională determinată de infecția cu COVID-19 și stabilirea unor măsuri în vederea prevenirii și limitării efectelor epidemiei, cu modificările ulterioare, persoanele asimptomatice care soseau în România dintr-o țară din zona roșie, erau introduse în carantină instituționalizată, în spații special amenajate.

Locațiile de carantină au fost stabilite de autoritățile administrației publice locale, care încheiau contracte de închiriere ale acestora, asigurau eliminarea deșeurilor prin contracte cu firme specializate, stabileau repartizarea pe camere a persoanelor introduse în carantină și asigurau hrana acestora.

Spațiile de carantină desemnate erau evaluate și avizate de Direcțiile de sănătate publică județene și a Municipiului București (DSP) care, de asemenea, asigurau decontarea

cheltuielilor aferente: •alocația de cazare în valoare de 230 lei/zi (costurile legate de asigurarea spațiului de locuit, costurile cu servicii de curățenie, servicii de spălătorie, produse de igienă personală, lenjerie, prosoape, protecția bagajelor persoanelor și a altor efecte personale ale acestora, cheltuieli cu colectarea, transportul și eliminarea deșeurilor periculoase rezultate din activitatea de carantinare și cheltuieli cu dezinfecția spațiilor, la sfârșitul fiecărei perioade de carantinare a persoanei); •indemnizația de cazare, în cuantum de 70 lei/zi (cheltuieli cu hrana - 3 mese/zi, servite în cameră, cu utilizarea tacâmurilor și a veselei de unică folosință; cheltuieli cu apa - între 2-4 l/zi/persoană, cu utilizarea paharelor de unică folosință; cheltuieli cu îmbrăcăminte corespunzătoare - câte 2 pijamale și 2 perechi de papuci de unică folosință pentru toată perioada de carantinare); •cheltuielile aferente serviciilor de traducere, dacă persoana aflată în carantină necesită astfel de servicii; •cheltuieli aferente tratamentului, în cazul în care persoana aflată în carantină necesită tratament pentru afecțiuni preexistente sau care pot apărea în perioada de carantină. Persoanele introduse în carantină urmare a părăsirii izolării la domiciliu, fără acordul autorităților, suportau cheltuielile efectuate cu carantinarea lor.

DSP deconta și cheltuielile cu transportul de la punctele de trecere a frontierei la spațiile pentru carantină instituționalizată. De asemenea, pentru asigurarea asistenței medicale a persoanelor introduse în carantină, DSP nominaliza unitățile sanitare responsabile de acordarea asistenței medicale de pe raza județului, respectiv a municipiului București.

Ieșirea din carantină instituționalizată se făcea după o perioadă de 14 zile, dacă persoana nu a prezentat în acest interval simptome de boală (situație în care era testată și, dacă rezultatul era pozitiv, era izolată în spital). DSP comunica administratorului centrului de carantină încheierea perioadei de carantinare instituționalizată și elibera avizul epidemiologic de ieșire din carantină a acestora. După plecarea fiecărei persoane introduse în carantină, responsabilul centrului efectua dezinfecția spațiilor sub îndrumarea DSP.

În data de 3 iulie, urmare a publicării Deciziei Curții Constituționale nr. 458/25 iunie 2020, Centrul Național pentru Coordonare și Conducere a Intervenției a informat toate centrele de carantină județene/ale municipiului București, faptul că măsura carantinării instituționalizate s-a suspendat temporar pentru toate persoanele, inclusiv pentru cele cărora li s-a aplicat măsura anterior datei de 2 iulie 2020.

În data de 21 iulie, în Legea nr. 136/2020 s-a precizat că sunt introduse în carantină persoanele care: •au intrat în contact direct cu persoane sau cel puțin cu o persoană confirmată cu SARS-CoV-2, prin testare cu metoda RT-PCR; •sosesc din țări și/sau zone cu risc epidemiologic ridicat, țări și/sau zone stabilite de către INSP în condițiile legii.

Prin această lege s-a prevăzut, pentru prima dată de la începutul aplicării acestei măsuri, faptul că introducerea în carantină este stabilită prin decizie individuală motivată a direcției de sănătate publică, care va conține mențiuni cu privire la data și emitentul actului, numele și datele de identificare ale persoanei carantinate, durata măsurii și calea de atac prevăzută de lege.

De asemenea, măsura introducerii în carantină instituționalizată este aplicată în cazul în care persoana pentru care se instituie măsura de carantină declară pe propria răspundere că nu își pot asigura condițiile de separare fizică la domiciliu sau la locația declarată de acestea. Situațiile în care se aplică fără acordul persoanei sunt: •în situația în care persoana refuză măsura de carantină la domiciliu sau la locația declarată de către aceasta; •în cazul nerespectării măsurii de carantină la domiciliu sau la locația declarată pe durata acesteia, deși a consimțit-o anterior la data instituirii măsurii

Încă de la înființarea centrelor de carantină (locuri considerate ca fiind de detenție), MNP a fost preocupat de respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor introduse în carantină. S-a avut în vedere: •situația inedită în care se aflau persoanele introduse în carantină (acestea erau lipsite de libertate pentru o perioadă de 14 zile, într-o locație care putea fi departe de localitatea de domiciliu), cât și personalul care deservea aceste centre, printre atribuțiile acestora fiind și cea de supraveghere a persoanelor să nu părăsească camera/centrul; •petițiile transmise instituției Avocatul Poporului, în care erau sesizate nereguli cu privire la aplicarea acestei măsuri și condițiile de viață asigurate în centre.

În consecință, la începutul lunii martie 2020, MNP s-a adresat tuturor Instituțiilor Prefectului din țară solicitând informații cu privire la centrele de carantină din fiecare județ/municipiul București (număr, localizare, capacitate), personal afectat centrului, număr persoane introduse în carantină, condiții de cazare asigurate și restricții impuse acestora. De asemenea, a transmis broșuri cu mandatul și datele de contact ale MNP, pentru a fi distribuite persoanelor aflate în carantină. Ulterior, în perioada iunie-iulie 2020 a fost monitorizat, prin mijloace alternative la vizitele clasice, Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol (singurul centru de carantină din județul Constanța în perioada monitorizării), aspectele constatate fiind prezentate în cadrul prezentului raport.

II. CONSTATĂRILE ACTIVITĂȚII DE MONITORIZARE

Dintre cele 46 instituții ale prefectului din țară, au răspuns solicitărilor MNP un număr de 35 de instituții, următoarele instituții ale prefectului: Bistrița-Năsăud, Buzău, Călărași, Galați, Iași, Maramureș, Mehedinți, Sibiu, Suceava, Timiș și Vrancea nu au dat curs însă adreselor MNP. Dintre cele care au răspuns (instituții ale prefectului și/sau direcții de sănătate publică), o parte nu a transmis informații complete și/sau clare, astfel că nu pot fi prezentate, cu privire la unele aspecte, decât date aproximative.

► **referitor la numărul centrelor de carantină la nivel de județ, inclusiv municipiul București, locația acestora, capacitate:** în perioada monitorizării, la nivelul județelor pentru care s-au comunicat date exista un număr de **216 centre de carantină**, cu o **capacitate totală** de cazare de **9239 locuri**.

Unele instituții ale prefectului nu au furnizat informații despre numărul centrelor de carantină (de exemplu, Alba, Bihor, Constanța, Teleorman). Alte instituții ale prefectului nu au indicat capacitatea de cazare a fiecărui centru de carantină (Alba, Bihor, Cluj, Prahova) sau au precizat numărul de camere, fără a specifica numărul de locuri din fiecare cameră pentru a avea o imagine de ansamblu a numărului total de locuri de cazare (Botoșani – 97 camere, Brașov – 358 camere și 1 apartament și Neamț - 358 camere).

În ceea ce privește **locația** centrelor de carantină, unele instituții ale prefectului au omis să răspundă (spre exemplu, Alba, Argeș, Bihor, Cluj, Constanța, Dâmbovița, Giurgiu, Ilfov, Mureș, Prahova, Sălaj, Teleorman, Tulcea), altele au invocat: *locația centrelor NU este destinată publicului larg* (Arad); *comunicarea se face doar la nivel central, prin Grupul de Comunicare Strategică* (Giurgiu); *informații suplimentare pot fi solicitate administrației publice locale* (București); *locațiile acestor centre sunt cunoscute de un număr restrâns de persoane, care au responsabilități în gestionarea situației legate de COVID 19* (Neamț).

► **referitor la numărul de persoane aflate în carantină; ce personal și ce dotări au fost afectate acestor centre în scopul respectării drepturilor persoanelor aflate în carantină, precum și ale personalului care își desfășoară activitatea în aceste centre:** la data transmiterii răspunsurilor (martie – iunie 2020) **4244 de persoane se aflau în carantină** în județele în cazul cărora au fost comunicate date în acest sens;

Conform informațiilor comunicate, în privința **personalului și a dotărilor afectate acestor centre** în scopul respectării drepturilor persoanelor aflate în carantină, precum și ale personalului care își desfășoară activitatea în aceste centre, măsurile instituțiilor prefectului în perioada analizată (martie-iunie 2020) au fost luate cu respectarea drepturilor tuturor actorilor implicați, persoane aflate în carantină și personalul angajat al centrelor de carantină – fiind asigurate utilități precum: apă, hrană, electricitate, îmbrăcăminte, căldură, acces la rețele de telefonie mobilă, la radio și televiziune, chiar și internet, în unele județe, precum și dezinfecția spațiilor de carantinare și preluarea deșeurilor menajere; materiale de curățenie și igienă individuală, asistență medicală. Spre exemplificare:

- o parte din instituții a răspuns: •pentru fiecare centru de carantină din județ a fost numit câte un administrator din partea ISU, iar condițiile din centre îndeplinesc criterii minime ce privesc **accesul în incintă**, care trebuie să fie **controlat**, spațiile sunt prevăzute cu căi de acces pietonal și pentru autovehicule, se asigură condiții pentru ventilație, acces la apă, hrană și produse de igienă personală, spălătorie, dar se asigură și **o suprafață utilă minimă de 10 mp/camera, cu grup sanitar propriu, prevăzut cu duș** și totodată se asigură un spațiu de depozitare a bagajelor și a altor efecte personale ale persoanelor aflate în carantină (Arad); •persoanele aflate în carantină sunt cazate în camere dotate cu băi proprii, li se asigură materiale de curățenie și igienă individuală și sunt monitorizate zilnic de către angajații DSP (Brașov); •în centre se asigură personal specializat, dotat cu echipament de protecție, inclusiv asistența medicală asigurată de personal medical, precum și alte produse de strictă necesitate oferite de ONG-uri, persoane fizice și reprezentanți ai Bisericii Ortodoxe (Brăila, Caraș-Severin); •drepturilor persoanelor aflate în carantină se respectă conform legii, însă, **nu au fost indicate concret la ce drepturi se referă** (Caraș-Severin);

- alte instituții ale prefectului au răspuns *generic* că persoanelor aflate în carantină, precum și personalului care își desfășoară activitatea în aceste centre le **sunt asigurate toate drepturile în condițiile generate de situația de urgență**, precum și faptul că pentru acestea au fost luate măsuri de precauție pentru prevenirea răspândirii pandemiei (Bihor, Botoșani, Hunedoara etc.);

- iar alte instituții ale prefectului nu au furnizat informații referitor la acest aspect (București, Alba, Argeș, Bacău, Giurgiu etc.).

► **referitor la restricțiile prevăzute pentru persoanele aflate în carantină și normele legale prin care au fost acestea stabilite**, analizarea răspunsurilor primite a relevat că la nivel național nu există o abordare unitară în acest sens, cele mai multe instituții ale prefectului răspunzând generic, în sensul că restricțiile sunt cele prevăzute de lege, de cele mai multe ori fără să fie indicate în concret fie restricțiile, fie/și temeiul juridic pentru acestea. Spre exemplu, unele instituții ale prefectului au răspuns că: •sunt „cele ce derivă din respectarea normelor adoptate pentru împiedicarea răspândirii noului Coronavirus” (București); •sunt cele prevăzute prin Hotărârile CNSSU, Ordinele militare și Ordinele Ministerului Sănătății și ale Ministerului Afacerilor Interne (Alba); •sunt cele prevăzute în Hotărârea de Guvern nr. 758 din 24 iunie 2009 pentru punerea în aplicare a Regulamentului sanitar internațional 2005 (Argeș); •„persoanele aflate în carantină sunt obligate să respecte prevederile Ordonanțelor militare, precum și dispozițiile personalului care asigură paza acestor centre” (Bihor);

Alte instituții ale prefectului au specificat: •interzicerea părăsirii clădirii centrului de carantină pentru limitarea răspândirii și prevenirea îmbolnăvirii cu COVID-19 (Brașov); •evitarea contactului cu alte persoane aflate în carantină, ieșirea interzisă, locație păzită (Harghita); •era interzisă interacțiunea între aparținători și persoana care se află în carantină (Ialomița); •interzicerea părăsirii locației de carantinare pe perioada celor 14 zile de cazare,

precum și restricțiile cuprinse în actele normative adoptate în aplicarea decretului privind instituirea stării de urgență, respectiv a legislației privind starea de alertă (Ilfov).

Au fost și instituții care au omis să furnizeze informații privind acest aspect (Botoșani, Dolj, Giurgiu, Mureș, Prahova etc.).

Având în vedere informațiile inexacte și incomplete transmise de instituțiile prefectului și direcțiile de sănătate publică, MNP reamintește prevederile OPCAT în sensul că pentru îndeplinirea mandatului său are acces la toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate, la locațiile unde acestea se află, precum și la condițiile de detenție și tratamentul aplicat acestora, iar prevederile OPCAT antemenționate reprezintă o obligație și nu o opțiune a statului român.

Întrucât Instituția Prefectului Județul Constanța a comunicat faptul că pe teritoriul județului erau 4 centre de carantină, fără a le nominaliza, atunci când a decis monitorizarea centrelor de carantină de pe raza județului Constanța, MNP nu s-a putut adresa direct acestora. A fost informată Instituția Prefectului, care a transmis adresa MNP către DSP Constanța și aceasta, la rândul său, a informat Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol, situație ce a dus, în mod inevitabil, la întârzierea activității de monitorizare.

Conform informațiilor comunicate în timpul monitorizării, *la nivelul județului Constanța*, în data de 20 martie 2020 (prin Hotărârea nr. 8/20 martie 2020 a Comitetului Județean pentru Situații de Urgență Constanța) a fost suplimentat numărul de locuri pentru carantina instituționalizată cu 355 locuri la Hotelul Flora (Stațiunea Mamaia) și au fost desemnate 3 centre noi de carantină: Hotel Dunărea (Stațiunea Eforie Sud) – 700 locuri, Hotel Majestic (Stațiunea Jupiter) – 356 locuri și Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol – 855 locuri. Hotelul Dunărea și Hotelul Majestic nu au funcționat însă ca centre de carantină, iar Hotelul Flora a funcționat până la data de 2 mai 2020. La momentul începerii monitorizării doar Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol funcționa ca centru de carantină (a avut această destinație în perioada 23 martie-2 iulie 2020).

Monitorizarea sanatoriului s-a efectuat prin metode alternative la vizitele clasice, prin solicitarea de informații și documente; informarea prin intermediul unor anunțuri afișate în sanatoriu a persoanelor aflate în carantină și a membrilor personalului cu privire la posibilitatea de a contacta echipa MNP telefonic, prin intermediul poștei electronice, precum și cu privire la posibilitatea completării unui chestionar disponibil pe site-ul instituției Avocatul Poporului; întrevedere pe Skype la care au participat: directorul medical, consilierul juridic și referent de specialitate relații publice.

Sunt prezentate, în continuare, ***aspectele constatate*** de echipa MNP:

Având în vedere desemnarea drept centru de carantină, începând cu data de 20 martie, prin Decizia nr. 163/20 martie 2020 a managerului unității au fost elaborate Proceduri operaționale adaptate situației de urgență (specifice COVID-19) și atribuțiile personalului au fost adaptate noilor cerințe. De exemplu, medicii șefi de secție organizau circuite sigure, cu fixarea pozițiilor operaționale pentru efectuarea și supravegherea tuturor activităților aferente carantinării, întocmeau necesarul de materiale conform nevoilor identificate; medicii participau la triaj, întocmeau fișa de evidență zilnică individuală, prescriau medicația de urgență sau cea cronică în situația în care persoana aflată în carantină nu o mai avea, recomandau suport psihologic, unde era cazul, sau telemedicina – program de recuperare kinetică, cu ajutorul kinetoterapeuților pentru persoanele cu disfuncții motorii cronice/acute; asistenții medicali generaliști din cadrul cabinetelor medicale întocmeau fișele de evoluție și monitorizau zilnic și ori de câte ori era nevoie, telefonic, evoluția și starea generală clinică și emoțională a persoanelor aflate în carantină, împreună cu medicii; kinetoterapeuții și

profesorii de cultură fizică medicală (CFM) efectuau telefonic bilanțul funcțional al persoanelor desemnate de medici responsabili, precum și programele de kinetoterapie individuală prin apel video zilnic; psihologul și logopedul consiliau psihologic atât persoanele aflate în carantină, cât și membrii personalului.

De asemenea, s-au stabilit spațiile de cazare pentru persoanele introduse în carantină, în pavilioanele A și B ale sanatoriului. Camerele din Secția spital recuperare medicală neuro-psiho-motorie copii (180 paturi), secție aflată într-o locație separată, nu au fost utilizate, nefiind dotate cu grup sanitar propriu, un criteriu necesar pentru un spațiu destinat carantinării persoanelor.

În data de 21 martie 2020, DSP Constanța a solicitat unității ca în regim de urgență să asigure condițiile necesare pentru introducerea în carantină instituționalizată (asigurarea tuturor necesităților prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 201/18 martie 2020) a unui număr ridicat de persoane, în condițiile în care urmau să sosească la Aeroportul Internațional Constanța, din zonele afectate, aproximativ 1500 de persoane. Conform declarațiilor reprezentanților unității, în primele 2 săptămâni după deschiderea centrului de carantină au existat dificultăți cu privire la achiziționarea echipamentelor de protecție (măști, combinezoane etc.). De asemenea, exista pericolul să rămână fără dezinfectanți. Consumul de astfel de articole era foarte mare, în cazul fiecărei eliberări de cameră era nevoie de un echipament complet pentru personalul care efectua curățenia și de produse de dezinfecție în cantitate corespunzătoare. A fost o perioadă stresantă pentru personalul sanatoriului, până la urmă însă nu au existat sincope în aprovizionare. Unitatea a beneficiat și de sprijinul DSP Constanța, în special pentru procurarea măștilor de protecție (dar și a măștilor FFP), de care au avut cea mai mare nevoie. De asemenea, pentru obținerea combinezoanelor, a măștilor de protecție simple au încheiat contracte cu două croitorii.

Consumul de echipamente/materiale de dezinfecție era strict monitorizat de către medicii șefi de secție, iar activitatea personalului era supravegheată prin intermediul camerelor video instalate pe holuri.

Intrarea persoanelor în centrul de carantină. Transportul persoanelor sosite din zona roșie, către centrul de carantină, era efectuat cu autobuze/microbuze asigurate de autoritățile locale sau cu autoturismele personale, în toate cazurile existând escortă din partea reprezentanților Ministerului Afacerilor Interne (MAI). În cazul persoanelor care nu respectau izolarea la domiciliu, transportul se efectua cu autoturismele MAI.

Anunțul referitor la noile sosiri era efectuat de dispecerul DSP către jandarmul de serviciu în cadrul centrului, care la rândul lui anunța camera de gardă. Medicul de gardă anunța inspectorul desemnat din cadrul DSP Constanța și stabilea camerele unde urmau să fie cazate persoanele, în funcție de diagrama actualizată. Personalul de la intrarea în Pavilionul A/B se echipa corespunzător și erau pregătite cheile camerelor respective.

La intrarea în centrul de carantină, persoanele erau întâmpinate de personalul sanatoriului desemnat în ziua respectivă, unul sau mai mulți reprezentanți DSP detașați la centrul de carantină și unul sau mai mulți reprezentanți ai Jandarmeriei Române. Era efectuat triajul persoanelor, tot personalul participant la triaj fiind echipat complet (mască de protecție, vizieră, mănuși, botoși, combinezon cu glugă). De asemenea, persoanele noi venite utilizau masca de protecție din dotare. Personalul sanatoriului trecea într-un registru datele fiecărei persoane: nume, prenume, CNP, domiciliu, numărul camerei în care persoana era repartizată, numărul de telefon și semnătura acesteia. Conform declarațiilor reprezentanților sanatoriului, erau completate două registre la intrare în centru, cel al sanatoriului antementionat și cel al Jandarmeriei Române, de către jandarmul desemnat. Din partea sanatoriului, la primirea

persoanelor era medicul de gardă de la linia de gardă stabilită pentru primire (cea de a doua linie de gardă fiind destinată pentru eventualele solicitări din partea persoanelor aflate deja în carantină).

Reprezentantul Jandarmeriei, asistat de o persoană desemnată din partea sanatoriului, primea și controla bagajul persoanei introduse în carantină (precum și pachetele primite pe parcursul perioadei de carantină). În centrul de carantină era *permisă* introducerea următoarelor produse: articole de îmbrăcăminte și igienă personală; alimente vidate, ambalate în pungi mici; conserve, aflate în perioada de valabilitate, cu ambalaj nedeteriorat; medicamente pentru tratamentul afecțiunilor cronice, cu avizul medicului de gardă, fiind *interzise*: mâncarea gătită; alcoolul; substanțele psihoactive; medicamentele antipiretice, antiinflamatorii (acestea puteau fi permise, în situații speciale, cu acordul medicului de gardă). Conform declarațiilor reprezentanților sanatoriului, multe persoane aveau în bagaje medicamente antiinflamatoare, care au fost reținute, fiind cea mai toxică clasă de medicamente pentru că „puteau masca simptomele COVID-19”. Aceste medicamente le-au fost returnate persoanelor la părăsirea centrului de carantină. Medicația pentru afecțiunile cronice era luată în cameră (antihipertensive etc).

Repartizarea pe camere a persoanelor era efectuată în zilele lucrătoare de medicii șefi de secție, iar în week-end și sărbătorile legale, de medicul de gardă. Se aveau în vedere următoarele criterii prioritare: mamele cu copii/familii sau alte grade de rudenie, dacă persoanele au venit cu același autoturism etc.

Toate persoanele nou-intrate erau chestionate de medici cu privire la eventuale simptome specifice COVID-19 și pentru fiecare se întocmea o *fișă de evaluare* în care se consemnau: nume și prenume, data intrării, camera în care a fost cazată, CNP, număr de telefon, antecedente personale patologice, medicație cronică, alergii, observații. De asemenea, se completau într-un registru eventualele boli cronice, nevoile urgente de tratament, regimul alimentar special (în funcție de starea de sănătate, religie, convingeri etc.).

În cazul tuturor persoanelor sosite cu avionul și introduse în carantină în primele zile de la deschidere a fost efectuat testul COVID-19, de către DSP Constanța, persoanele confirmate fiind izolate în spital (din cele 289 de persoane testate, 18 au fost confirmate). Ulterior a fost schimbat algoritmul de testare, persoanele fiind testate doar dacă prezentau simptome (au mai fost depistate pozitiv doar 2 persoane). De asemenea, au fost testate femeile însărcinate asimptomatice din centru.

Pe întreaga perioadă a carantinei, persoanele erau monitorizate zilnic, telefonic, cu privire la starea de sănătate. Medicul intra în cameră doar în cazul unei situații medicale acute, care nu putea fi gestionată telefonic, fiind echipat corespunzător.

La încetarea perioadei de carantină, **persoanele care părăseau centrul erau notate într-un registru, în care se consemnau mijlocul de transport cu care acestea plecau, persoana care îi însoțea, numărul de înmatriculare și destinația finală.** Conform declarațiilor reprezentanților unității, nicio persoană dintre cele care nu aveau posibilitatea de a se deplasa cu autoturisme personale nu a plecat cu mijloacele de transport în comun. Cei sosiți în primele zile de la deschiderea centrului au plecat cu ajutorul ISU care a pus la dispoziție autocare, mai ales că erau persoane din toată țara, ulterior personalul sanatoriului a contactat primăriile de domiciliu pentru asigurarea transportului.

Echipa MNP apreciază preocuparea conducerii spitalului pentru transportul în siguranță al persoanelor. Însă, în conformitate cu legislația în vigoare la acel moment, singura condiție pentru a ieși din carantină era eliberarea avizului epidemiologic de către DSP, aviz care indica faptul că persoana nu prezintă pericol pentru sănătatea publică și

poate reveni în colectivitate. Nu se justifica astfel solicitarea informațiilor antemenționate. Mai mult, obligarea persoanelor de a furniza aceste informații confidențiale reprezintă o încălcare a dreptului la viață privată.

Persoanele cazate în centrul de carantină. În perioada 23 martie – 3 iulie 2020, timp în care sanatoriul a funcționat drept centru de carantină, numărul total al persoanelor introduse în carantină a fost de 1782 de persoane. Încă din primele zile de la deschidere a fost un număr ridicat de persoane („4 seri la rând cu 4 avioane pline”), care soseau în special noaptea, numărul maxim de persoane aflate în carantină în același timp fiind de 587 de persoane, în data de 5 aprilie.

Perioada de carantină era de 14 zile, conform declarațiilor reprezentanților sanatoriului fiind depășită în cazul a 12 persoane cu rezultat negativ la testare, dar care au fost contacti direcți cu persoane confirmate pozitiv. Persoanele respective au fost ținute în carantină 14 zile de la data ultimului contact cu un caz confirmat, perioada totală de carantină fiind de 16-17 zile. **Verificând cele 12 Fișe de evidență zilnică, echipa MNP a constatat că doar în 6 dintre cele 12 era consemnat de către medic contactul cu o persoană infectată (în celelalte 6 foi apărea doar faptul că persoana respectivă a fost mutată în altă cameră, echipa apreciind astfel ca dată a ultimului contact cu persoana infectată, data mutării) iar în cazul unei persoane a fost depășită perioada de 14 zile de la ultimul contact cu un caz confirmat. Unele dintre fișe nu au fost comunicate în întregime, echipa neputând astfel aprecia timpul petrecut în carantină de persoanele respective.**

Condiții de viață. Persoanele aflate în carantină au fost cazate în camere cu 2 sau 3 paturi, cu grup sanitar propriu. În general, în cameră au fost cazate maximum 2 persoane. La cerere, sau pentru familii cu copii au fost cazate și câte 3 persoane într-o cameră. Conform declarațiilor reprezentanților sanatoriului, camerele puteau fi încuiate pe interior, de către persoanele cazate. Întreaga perioadă de carantină persoanele cazate nu părăseau camera, orice încercare în acest sens fiind surprinsă pe camerele de supraveghere instalate pe holuri.

Sanatoriul asigura obiectele de îmbrăcăminte și încălțăminte prevăzute în Hotărârea de Guvern nr. 201/2020, precum și obiectele de igienă personală (având în vedere și nevoile specifice – femei, sugari). Majoritatea persoanelor însă au folosit obiectele de îmbrăcăminte personale și nu au solicitat articole suplimentare, sanatoriul punându-le la dispoziție periută de dinți, pastă de dinți, săpun, dezinfectanți, papuci. De asemenea, persoanele din centru aveau posibilitatea să primească pachete din partea familiei, cu obiecte permise conform adresei DSP Constanța; unitatea a pus la dispoziția acestora un număr de telefon la care puteau suna permanent, specificând numărul camerei. În fiecare zi se efectua o listă de cumpărături și personal al sanatoriului mergea la cumpărături. Articolele (îmbrăcăminte, pampers, lapte, apă, țigări etc.) erau achiziționate de personalul sanatoriului, din banii unității (în contul alocației și indemnizației de cazare) după care erau distribuite în cameră. La sărbătorirea aniversărilor persoanelor cazate se ofereau, din partea sanatoriului, un tort și o sticlă de șampanie pentru copii.

Fiecare cameră era dotată cu produse de curățenie, dezinfectanți, curățenia zilnică fiind efectuată de fiecare persoană în camera unde era cazată. Lenjeria se schimba la 7 zile. Persoanele aflate în carantină puneau lenjeria murdară într-un sac, pe care îl sigilau și îl scoteau în afara camerei în ziua stabilită, la ora 10:00. Sacii erau preluați de personalul desemnat și încărcăți în furgonul firmei de spălătorie cu care sanatoriul avea contract. Fiecare pachet cu lenjerie curată era lăsat pe scaunul din fața ușii fiecărei camere ocupate.

Gunoiul menajer era lăsat în fața ușilor de persoanele aflate în carantină și la ora 15:00 (conform programului stabilit în sanatoriu) era ridicat de persoanele desemnate, introdus într-un sac dublu apoi aruncat în containerul de colectare pentru produse biologice cu risc.

După plecarea persoanei la finalizarea perioadei de carantină, camera era dezinfectată, aerisită, după care se aduceau efecte curate și camera putea fi utilizată.

În timpul întrevederii pe skype, reprezentanții sanatoriului au semnalat echipei MNP faptul că se aflau într-un amplu proces de renovare, văruire, schimbare de obiecte de mobilier, în condițiile în care unele dintre persoanele cazate au provocat o serie de pagube materiale: au distrus pereți, obiecte de mobilier, au aruncat aparatul tv pe geam.

Alimentația persoanelor a fost asigurată prin serviciul catering. Masa a fost servită la cameră, utilizând recipiente și tacâmuri de unică folosință. Meniul alcătuit a respectat regimul alimentar al persoanelor ce urmau o dietă specială din rațiuni medicale/religioase/culturale.

Drepturile persoanelor aflate în carantină. Subcomitetul ONU pentru Prevenirea Torturii (SPT), în Avizul către statele părți și Mecanismele Naționale de Prevenire, cu privire la pandemia de Coronavirus (adoptat la 25 martie 2020) a precizat că *întrucât spațiile de carantină sunt de facto o formă de detenție, toți cei astfel reținuți ar trebui să poată beneficia de garanțiile fundamentale împotriva relelor tratamente, inclusiv informații despre motivele pentru care se află în carantină, dreptul de acces la consultații medicale independente, asistență juridică și să se asigure că terții sunt înștiințați despre reținerea acestora în carantină, într-o manieră care să fie în concordanță cu statutul și situația lor.*

Sanatoriul nu a avut niciodată atribuții în ceea ce privește decizia de introducere/ieșire în/din carantină instituționalizată, doar asigura cazarea persoanelor; DSP Constanța stabilea intrarea în carantină și încetarea perioadei de carantină, la intrarea în centru persoanele nefiind însoțite de o decizie individuală de introducere în carantină.

Persoanele sosite din zona roșie cu aeronava erau informate de operatorii aerieni la îmbarcare că vor intra în carantină/autoizolare la sosire pe teritoriul României; de asemenea, persoanele respective își asumau această responsabilitate prin completarea unei Declarații pe proprie răspundere la îmbarcare. Conform declarațiilor reprezentanților sanatoriului, **formularul respectiv era conceput în mod eronat, multe persoane venite din zona roșie interpretând că intrarea în carantină instituționalizată este o opțiune (cealaltă opțiune fiind autoizolarea la domiciliu, pe care o bifau) și nu o obligație. În consecință, au existat multe situații în care persoanele nu înțelegeau de ce erau introduse în carantină instituționalizată și se împotriveau (o parte și-au exprimat nemulțumirea față de lipsirea de libertate, zilnic, pe întreaga perioadă a carantinei).** Reprezentanții sanatoriului nu au putut prezenta date exacte cu privire la numărul unor astfel de incidente, nedispunând de un soft special care să le permită identificarea facilă a acestor situații.

Personalul sanatoriului, aflat într-o situație nouă și pentru care nu a fost pregătit în prealabil, inclusiv din punct de vedere informatic, s-a organizat intern în măsura posibilităților. Reprezentanții unității au susținut că niciodată nu s-a utilizat forța, nici la introducerea în carantină, nici ulterior. Nu au indicat o procedură clară în astfel de cazuri, au menționat că anunțau jandarmul (la camera de gardă se consemnau zilnic într-un grafic jandarmul și persoana de la DSP de serviciu și numerele de telefon ale acestora), care intervenea dacă era nevoie, acesta având acces și în camere. De asemenea, au fost evazivi cu privire la existența unor situații care au necesitat efectiv intervenția Jandarmeriei, afirmând că, în cazul celor care „ni s-au părut mai agresivi sau mai ciudați”, pentru a fi în siguranță și a nu comite acte suicidare, a fost cerut sfatul psihologului sau au fost trimiși cu ambulanța la un consult la psihiatrie, la Secția exterioară Palazu Mare (secție de psihiatrie) a Spitalului Clinic Județean

de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța. Au existat 2 cazuri: o persoană s-a întors în aceeași zi în centru cu medicație de administrat; cea de a doua persoană, aflată în sevraj la etanol, a prezentat agitație psihomotorie după ce a revenit de la consultul psihiatric și, fiind retrimisă, a fost internată în spital, probabil până la încheierea perioadei de carantină, în fișă nefiind și alte consemnări, ulterioare.

În centru nu exista un *registru de incidente*, toate incidentele erau notate în fișele de evidență medicală zilnică.

Având în vedere că sanatoriul, deși transformat pentru o perioadă limitată în centru de carantină este, de fapt, o unitate medicală, cu personal medico-sanitar care tratează și îngrijește pacienți, echipa MNP a vrut să înțeleagă care era *statutul persoanelor* introduse în carantină. Reprezentanții sanatoriului au declarat echipei că nu au perceput activitatea de carantină ca una medicalizată și, în consecință, persoanele aflate în carantină nu au fost tratate similar pacienților. Fișa de evidență zilnică nu era similară foii de observație clinică generală (FOCG) a pacientului; era un format creat de personal, adaptat noii situații.

Referitor la *informarea cu privire la drepturi*, în informațiile comunicate de sanatoriu se specifica că persoanele aflate în carantină au fost informate cu privire la drepturile și obligațiile lor prin materialele afișate în fiecare cameră. Materialele respective, comunicate echipei MNP și vizibile în fotografiile transmise, conțineau însă o listă cu reguli de conduită și de ordine interioară, care trebuiau respectate pe timpul carantinei, precum și programul de masă, al schimbului de lenjerie și scoaterea gunoierului menajer. **Nu a fost regăsită vreo listă cu drepturi. Întrebați cu privire la drepturile persoanelor aflate în carantină, în timpul discuțiilor pe Skype, reprezentanții sanatoriului au indicat mai degrabă reguli, ca drepturi menționând păstrarea legăturii cu familia și primirea pachetelor.**

Legătura persoanelor aflate în carantină cu familia s-a menținut prin intermediul telefoanelor personale. Pentru cei care nu dețineau telefon, unitatea a achiziționat telefoane cu cartele reîncărcabile (pentru a putea menține legătura permanent cu persoanele aflate în carantină, în condițiile unui contact fizic cât mai limitat), telefoane care au fost returnate la părăsirea centrului de carantină. În caz de urgențe, persoanele aflate în carantină aveau la dispoziție un număr de mobil, accesibil cu telefoanele mobile și un număr de interior, la care puteau apela prin intermediul telefonului fix din cameră. De asemenea, în sanatoriu era asigurat accesul gratuit la internet.

Astfel, a fost respectat dreptul persoanelor de a menține contactul cu familia (inclusiv de a informa un terț cu privire la situația lor), în special datorită inițiativei conducerii (chiar dacă motivația a fost alta) de a asigura telefoane tuturor persoanelor cazate.

Având în vedere însă că nu toate persoanele se află în posesia unui telefon, conducerea sanatoriului menționând în acest sens echipei că „a fost o problemă cu telefoanele”, echipa MNP consideră că asigurarea accesului la telefon, în orice moment și în condiții de confidențialitate reprezintă o garanție esențială împotriva relelor tratamente și trebuie prevăzut ca atare într-un regulament al centrelor de carantină. Nu trebuie să depindă de inițiativa/disponibilitatea conducerii centrului de carantină.

În centru nu au fost organizate activități pentru persoanele cazate, acestea organizându-și singure programul zilnic, cu respectarea programului de masă. Aveau acces la televiziune prin cablu, toate camerele fiind dotate cu aparat Tv. S-a dorit crearea unui circuit intern Tv (în special pentru prezentarea unui program zilnic de gimnastică), dar nu au mai avut timp, primele persoane introduse în carantină instituționalizată sosind la puțin timp după desemnarea sanatoriului drept centru de carantină. Persoanele cazate în Pavilionul B (205 camere) au avut acces la aer liber utilizând balconul camerei, care era deschis. Având în vedere

că le era interzis să părăsească camera, persoanele cazate în Pavilionul A, unde camerele sunt fără balcon, nu au avut acces în aer liber timp de 14 zile. Din acest motiv, în măsura posibilităților, se evita cazarea în acest pavilion (a fost utilizat doar o singură dată, când a fost introdus în carantină un număr mare de persoane sosite pe Aeroportul Internațional Constanța).

Persoanele aflate în carantină puteau comunica telefonic cu kinetoterapeutul angajat al unității care le recomanda exerciții fizice, iar cei care aveau posibilitatea și prin videocall. Au fost utilizate aceste servicii, în centru fiind persoane care prezentau discopatii lombare, gonartroză, artralгии, coxalgii, gonalgie cronică acutizată etc. ***Toate aceste afecțiuni se pot acutiza în lipsa mișcării, ceea ce evidențiază importanța accesului la un program zilnic de activitate fizică, precum și accesul în aer liber, cu adoptarea măsurilor de precauție necesare în contextul epidemiologic.*** Erau persoane care au fost externate în contextul pandemiei din clinici din Italia, cu probleme ortopedice, deși aveau nevoie de recuperare; au fost și copii cu afecțiuni osteoarticulare/neuromotorii mai vechi care au beneficiat de această terapie; de asemenea, unele persoane au suferit de lumbago din cauza inactivității prelungite și pozițiilor vicioase.

Fiecare persoană se afla sub supravegherea unui medic angajat al sanatoriului, care o contacta telefonic în fiecare zi. Toate problemele de sănătate semnalate de persoanele aflate în carantină erau înregistrate în Fișa de evidență zilnică și în Registrul de consultații medicale. Printre diagnosticile înscrise în Registrul de consultații se regăseau: gastrită cronică, alergodermie, constipație, insomnie, sindrom anxios, artralgie, coxalgie, gonalgie, nevralgie dentară, abces dentar, infecție de tract urinar etc. Medicația prescrisă era de asemenea consemnată în fișă și era decontată din cheltuielile de cazare, având în vedere că persoanele aflate în carantină erau cazate în sanatoriu, nu internate. Unele dintre persoanele și-au terminat medicația cronică pe durata șederii în carantină, aceasta fiind achiziționată prin aceeași procedură.

Aproximativ un sfert dintre persoanele care au stat în carantină au avut nevoie de asistență medicală. Problemele minore de sănătate au fost soluționate la nivelul centrului de carantină prin acordarea de medicație în baza recomandării unui medic de specialitate, ca urmare a consultului fizic sau virtual (în sanatoriu se practica telemedicina). Problemele majore au fost trimise cu Ambulanța la spitalele de profil, în urgență, pentru a fi abordate corespunzător.

Pe parcursul perioadei de carantină, persoanele cazate în centru au avut acces la asistență psihologică, telefonic sau prin videoconferință (cei care aveau această posibilitate), în sanatoriu fiind angajați un psiholog și un logoped. A fost nevoie de intervenția acestora, mai multe persoane aflate în carantină prezentând dispoziție depresivă moderată sau severă cu anxietate, crize de plâns, iritabilitate, dificultăți de concentrare. S-a intervenit psihologic pentru managementul simptomatologiei somatice acuzate de persoane aflate în carantină (dificultăți de respirație, palpitații), în contextul temerii de a nu fi contractat virusul; au fost situații în care psihologul a implicat, telefonic, membrii familiei.

Toate aceste aspecte evidențiază o nevoie acută de asistență psihologică, lipsirea de libertate prezentând un impact psihologic puternic asupra persoanelor introduse în carantină. În cazul sanatoriului, având personal specializat angajat, se putea interveni oricând (zi și noapte). ***Majoritatea centrelor de carantină sunt însă organizate în hoteluri, centre de agrement, internate școlare sau cămine culturale, care nu dispun de serviciile unui psiholog în mod permanent sau poate deloc. Echipa MNP este preocupată de gestionarea unor astfel de situații în aceste centre care, în lipsa unei alternative, apelează la soluția cea mai la***

îndemână, internarea într-o secție/spital de psihiatrie; ceea ce duce la alte situații problematice, legate de solicitarea/obținerea consimțământului informat la internare și la tratament⁷.

Conform noilor atribuțiilor stabilite în contextul desemnării drept centru de carantină, asistenții medicali generaliști din cabinetele medicale comunicau serviciului administrativ toate solicitările și observațiile primite de la persoanele aflate în carantină. În centrul de carantină nu exista un registru al plângerilor, din ce a constatat echipa MNP acestea fiind consemnate în Fișele de evidență zilnică (în fișele consultate era o sesizare cu privire la condițiile de cazare și de hrană asigurate). Începând cu data de 24 aprilie 2020, persoanele aflate în carantină aveau la dispoziție, în camera de cazare, pliantele cu rolul și atribuțiile MNP (transmise de către MNP), precum și datele de contact. Echipa MNP nu a primit sesizări de la persoanele introduse în carantină, în sensul aplicării de rele tratamente de către membri ai personalului.

III. PROPUNERI

► întocmirea unui regulament de organizare și funcționare a centrelor de carantină, care să conțină drepturile persoanelor introduse în carantină și restricțiile aplicate acestora;

Printre drepturile persoanelor introduse în carantină vor fi incluse: • accesul la asistență medicală (inclusiv la consultații medicale de către medici propuși de persoanele aflate în carantină); • accesul la asistență juridică (în contextul Legii nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic); • accesul la asistență psihologică; • accesul la un program zilnic de activitate fizică; • accesul în aer liber cu adoptarea măsurilor de precauție necesare în contextul epidemiologic; • accesul la convorbiri telefonice (și la alte mijloace de comunicare, în măsura posibilităților) permanent și în condiții de confidențialitate (centrul de carantină trebuie să asigure mijloacele tehnice necesare, în cazul în care persoanele aflate în carantină nu dispun de acestea; de exemplu, nu dețin telefon personal); • dreptul de a formula sesizări/reclamații; persoanele introduse în carantină vor fi informate cu privire la drepturi, la intrarea în centrul de carantină și, ulterior, pe întreaga perioadă a carantinei;

► autorități precum Instituția Prefectului și Direcția de Sănătate Publică să vină în sprijinul centrelor de carantină pentru ca drepturile persoanelor introduse în carantină să fie respectate;

► în cadrul centrelor de carantină să existe o procedură la care să se apeleze în caz de incidente, cu specificarea rolului fiecărei persoane implicate în gestionarea acestora (reprezentant centru, reprezentant DSP, reprezentant Jandarmeria Română etc.) și a unui registru în care să fie consemnate incidentele intervenite și soluționarea acestora; de asemenea, să existe o procedură cu privire la sesizări/reclamații și un registru special în care acestea să fie consemnate, precum și soluționarea lor;

► la adoptarea oricărei măsuri/la solicitarea oricărei informații în legătură cu persoanele introduse în carantină trebuie respectate principiile legalității, necesității și proporționalității, având în vedere că acestea „trebuie să fie tratate în orice moment ca oameni liberi, cu excepția limitărilor impuse în mod necesar acestora, în conformitate cu legea” (Avizul SPT din data de 25 martie 2020).

⁷ Astfel de situații au fost prezentate în Capitolul 5 – Monitorizarea spitalelor de psihiatrie.

Capitolul 8

RAPORTUL MNP PRIVIND MONITORIZAREA SPITALELOR COVID-19

Este privilegiul medicului să practice medicina în sprijinul umanității, să păstreze și să restabilească sănătatea corporală și mentală fără distincție în ceea ce privește persoanele, să consoleze și să ușureze suferința pacienților săi. Respectul maxim pentru viața umană trebuie menținut chiar și sub amenințare și medicul nu se va folosi în niciun fel de cunoștințe medicale contra legilor umanității.

(Declarația de la Tokyo adoptată de Asociația Medicală Mondială în octombrie 1975⁸ – Linii directoare pentru medici privind tortura și alte tratamente ori pedepse crude, inumane sau degradante în legătură cu detenția și închisoarea)

I. INTRODUCERE

PROTOCOLUL OPȚIONAL LA CONVENȚIA ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI A ALTOR PEDEPSE ȘI TRATAMENTE CU CRUZIME, INUMANE SAU DEGRADANTE (OPCAT)

Protocolul Opțional la Convenția împotriva torturii (OPCAT), adoptat de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite în anul 2002, este un tratat internațional pentru drepturile omului care reflectă convingerea statelor părți că protecția persoanelor private de libertate împotriva torturii și a altor rele tratamente poate fi întărită printr-un sistem preventiv de vizite regulate efectuate în locurile de detenție, în scopul monitorizării tratamentului și a condițiilor de viață asigurate acestora.

În concepția OPCAT, **privarea de libertate** înseamnă orice formă de detenție sau închisoare ori plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură, iar **loc de detenție** este orice loc în care persoanele sunt sau ar putea fi private de libertate, fie în baza unui ordin al unei autorități publice sau la cererea acestora ori acordul tacit al acestora⁹.

În baza OPCAT a fost înființat Subcomitetul de prevenire a torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (SPT), iar statele-părți și-au asumat obligația de a înființa, desemna ori menține la nivel național unul sau mai multe organisme de vizitare pentru prevenirea torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (MNP-uri).

În îndeplinirea mandatelor lor, Subcomitetul de prevenire a torturii și Mecanismele naționale de prevenire, pe parcursul vizitelor, au acces la: **toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate** în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora; **toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane,**

⁸ Ultima revizuire fiind în octombrie 2016, la Taipei

⁹ Protocolul nu menționează tipurile locurilor de detenție, tocmai pentru a evita limitarea mandatului preventiv al MNP.

precum și condițiile de detenție; toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora. Experții internaționali și naționali au **posibilitatea de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate**, fără martori, fie personal, fie cu interpret, dacă se consideră necesar, precum și cu orice persoană care poate furniza informații pertinente și **libertatea de a alege locurile pe care doresc să le viziteze și persoanele** cu care doresc să aibă întrevederi.

Urmare a vizitelor efectuate, se emit **recomandări** în scopul protecției împotriva torturii și a altor rele tratamente, către autorităților statelor semnatare (în cazul SPT) sau autoritățile competente (în cazul MNP), în vederea punerii în aplicare.

Autoritățile competente ale statului examinează recomandările și dialoghează cu MNP în vederea punerii în aplicare a măsurilor. Statele-părți se angajează să publice și să disemineze rapoartele anuale ale Mecanismelor naționale de prevenire.

SUBCOMITETUL DE PREVENIRE A TORTURII ȘI A PEDEPSELOR ORI TRATAMENTELOR INUMANE SAU DEGRADANTE (SPT)

SPT a fost înființat în baza OPCAT, în cadrul Comitetului împotriva Torturii.

Mandatul SPT cuprinde, în principal, două funcții operaționale:

1. efectuarea de vizite în statele părți, pe parcursul cărora poate vizita orice loc în care persoanele sunt sau pot fi lipsite de libertate

În Declarația adoptată la cea de-a 24-a Sesiune (17-21 noiembrie 2014), SPT precizează faptul că toate statele părți la OPCAT sunt obligate să se asigure că SPT este în măsură să respecte pe deplin mandatul său de vizită, în conformitate cu articolele 12 și 14 din Protocolul opțional, ceea ce înseamnă că statele părți au obligația, printre altele, de a furniza către SPT toate informațiile necesare, inclusiv orice documente pe care acesta le poate solicita; să îi ofere acces nerestricționat în toate locurile aflate sub jurisdicția lor în care există sau pot fi găsite persoane private de libertate, astfel cum sunt definite la articolul 4 din Protocolul opțional și să-i ofere posibilitatea de a vorbi în privat cu cei lipsiți de libertate, astfel încât SPT să își poată îndeplini mandatul.

Iar dacă SPT întâmpină obstacole în exercitarea mandatului său și dacă statul parte refuză să coopereze cu SPT în căutarea modalităților de a înlătura obstacolele sau de a rezolva dificultățile întâmpinate sau nu este în măsură să ofere subcomitetului suficiente garanții că acesta din urmă își va putea îndeplini în mod corespunzător mandatul în temeiul Convenției, SPT poate decide să ia toate măsurile pe care le consideră necesare, precum: încetarea vizitei, efectuarea unei declarații publice și publicarea constatărilor preliminare și poate apela la toate bunele oficii ale sistemului Națiunilor Unite și la alte organisme competente.

SPT a efectuat prima sa vizită regulată în România în anul 2016, prilej cu care, astfel cum se menționează în Raportul de țară întocmit, a beneficiat de cooperare și contribuție la o bună desfășurare a vizitei, în special din partea Guvernului, care a furnizat toate informațiile solicitate înainte și după vizită; a fost permis accesul nerestricționat al membrilor SPT la toate locurile pe care le-a vizitat și delegația a putut vorbi în privat cu interlocutorii la alegere în toate centrele de detenție vizitate.

2. acordarea de asistență și consiliere statelor părți cu privire la crearea mecanismelor naționale de prevenire, în conformitate cu OPCAT, precum și furnizarea de consiliere și asistență Mecanismului național de prevenire și statului parte în ceea ce privește funcționarea MNP

Pentru a permite mecanismelor naționale de prevenire să își îndeplinească atribuțiile, statele-părți la prezentul protocol se angajează să le acorde acestora dreptul de a menține legătura cu Subcomitetul de prevenire, de a-i trimite acestuia informații și de a se întâlni cu acesta (art. 20 lit. (f) din OPCAT), prevedere care a fost preluată în Legea nr. 35/1997, republicată. În acest act

normativ se prevede, de asemenea, faptul că, în exercitarea atribuțiilor sale, Avocatul Poporului sau, după caz, adjunctul Avocatului Poporului pentru prevenirea torturii menține legătura cu SPT, transmite acestuia informații și se întâlnește cu membrii acestuia.

În anul 2020, încă din luna aprilie, SPT a solicitat informații de la MNP România cu privire la măsurile care trebuiau de către acesta pe perioada pandemiei de COVID-19 (conform Avizului SPT adoptat la 25 martie 2021) pentru protejarea persoanelor private de libertate împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, *aceasta fiind o obligație de la care nu se poate deroga în conformitate cu dreptul internațional.*

MANDATUL MNP

Prin ratificarea OPCAT, România și-a asumat obligația de a înființa Mecanismul național de prevenire și de a permite efectuarea vizitelor acestuia în toate locurile în care persoanele sunt sau ar putea fi lipsite de libertate, aflate sub jurisdicția sa.

În anul 2014, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48, s-a stabilit ca instituția Avocatul Poporului, prin Domeniul privind prevenirea torturii și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante în locurile de detenție, să îndeplinească atribuțiile specifice de mecanism național de prevenire.

MNP exercită un mandat preventiv, rolul său constând în identificarea situațiilor cu risc potențial pentru rele tratamente. Activitatea MNP constă în principal în: ●vizitarea, anunțată sau inopinată, a locurilor de detenție în scopul verificării condițiilor de detenție și a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate; ●formularea de recomandări conducerilor locurilor de detenție vizitate în urma vizitelor efectuate; ●formularea de propuneri de modificare și completare privind legislația în domeniu sau observații privind inițiativele legislative existente în domeniu.

Locurile de detenție, conform art. 34 alin. 3) din Legea nr. 35/1997, republicată, sunt: **a)**penitenciarele, inclusiv penitenciarele-spital; **b)**centrele educative, centrele de detenție; **c)**centrele de reținere și arestare preventivă; **d)**serviciile de tip rezidențial pentru minorii care au săvârșit fapte penale și nu răspund penal; **e)**spitalele de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, spitalele de psihiatrie; **f)**centrele de tranzit; **g)**centrele de cazare a străinilor luați în custodie publică, aflate în subordinea și administrarea Inspectoratului General pentru Imigrări; **h)**centrele speciale de primire și cazare a solicitanților de azil aflate în subordinea Inspectoratului General pentru Imigrări, având regimul juridic al zonei de tranzit; **i)**centrele în care se acordă servicii de asistență pentru consumatorii de droguri, în regim închis; **j)**orice alt loc care face parte din sistemul de sănătate sau sistemul de asistență socială.

Scopul activității de monitorizare este consolidarea protecției persoanelor lipsite de libertate împotriva torturii și a pedepselor și tratamentelor inumane sau degradante și a exercitării fără discriminare a drepturilor și libertăților fundamentale.

În mod similar prevederilor OPCAT, în art. 40 din Legea nr. 35/1997, republicată, se precizează că autoritățile publice/instituțiile vizitate sunt obligate să comunice informațiile, documentele sau actele pe care le dețin solicitate de către MNP, acordându-i sprijin acestuia pentru exercitarea atribuțiilor sale.

În desfășurarea activității sale, MNP menține permanent legătura cu Subcomitetul de prevenire a torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante (SPT).

SCOPUL MONITORIZĂRII SPITALELOR COVID-19

În contextul epidemiei de COVID-19, autoritățile române au adoptat o serie de măsuri în vederea prevenirii răspândirii infecției, printre care a fost și izolarea persoanelor în locuri de carantină instituționalizată și în spitale desemnate COVID-19 (România a fost singura țară din

Uniunea Europeană în care s-a practicat internarea obligatorie a persoanelor confirmate cu infecția SARS-CoV-2 asimptomatice). În consecință, începând cu luna februarie 2020, în România au apărut noi locuri în care persoanele erau lipsite de libertate, în sensul prevăzut de art. 4 din Protocolul Opțional la Convenția ONU împotriva torturii (OPCAT).

SPT a adoptat încă de la începutul pandemiei de Coronavirus două **Avize** (în perioada 10-14 februarie 2020 și în data de 25 martie 2020), în cadrul cărora:

- a precizat că, urmare a măsurilor de sănătate publică adoptate în contextul pandemiei, expunerea potențială la riscul de rele tratamente cu care se confruntă cei din locurile de detenție poate fi crescută, precum și faptul că MNP-urile trebuie să-și continue exercitarea mandatului preventiv în timpul pandemiei de Coronavirus, întrucât scopul prevăzut în preambulul OPCAT este *protejarea persoanelor private de libertate împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante*, obligație de la care nu se poate deroga în conformitate cu dreptul internațional; *este deosebit de important ca MNP-urile să se asigure că sunt luate măsuri eficiente pentru a reduce posibilitatea ca persoanele lipsite de libertate să fie supuse unor forme de tratament inuman sau degradant;*

- a subliniat faptul că fiecare stat parte la OPCAT, în virtutea articolului 4 din Protocolul opțional, autorizează mecanismele naționale de prevenire să efectueze vizite în orice loc aflat sub jurisdicția sa sau sub controlul său în care există sau se pot afla persoane private de libertate în țară, la ordinul sau la instigarea unei autorități publice sau cu consimțământul ei expres sau tacit;

- a precizat că: *Orice loc în care o persoană este ținută în carantină și pe care nu este liberă să o părăsească, este un loc de detenție conform art. 4 din OPCAT; spațiile de carantină sunt de facto o formă de detenție și orice alte locuri din care persoanele sunt împiedicate să plece în scopuri similare (celor instituirii carantinei) intră în mod inexorabil în sfera de aplicare a mandatului OPCAT și, prin urmare, în sfera de supraveghere atât a SPT, cât și a mecanismelor naționale de prevenire înființate conform OPCAT, SPT enumerând printre locurile privative de libertate și alte instituții medicale.*

Trebuie menționat faptul că, încă de la începutul pandemiei de COVID-19, în luna aprilie 2020, SPT a solicitat către toate Mecanismele Naționale de Prevenire, deci și către MNP România, informații referitoare la măsurile întreprinse de Mecanismul Național de Prevenire din România, cu privire la partea a IV-a din Avizul Subcomitetului pentru Prevenirea Torturii din data de 25 martie 2020 (MNP-urile ar trebui să își continue exercitarea mandatului de vizitare în timpul pandemiei, în realizarea obiectivului OPCAT - *protejarea persoanelor private de libertate împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, aceasta fiind o obligație de la care nu se poate deroga, în conformitate cu dreptul internațional*).

În consecință, în exercitarea **rolului preventiv** al MNP și anume, prevenirea oricăror acte de tortură sau tratamente crude, inumane sau degradante, s-a decis monitorizarea spitalelor COVID-19, **în scopul identificării aspectelor cu risc crescut pentru rele tratamente**¹⁰.

De asemenea, s-a avut în vedere **nevoia de transparență** care trebuie să existe atunci când persoanele sunt lipsite de libertate, cu privire la respectarea drepturilor pacienților, dar și ale

¹⁰ Cu prilejul Zilei Internaționale pentru susținerea victimelor torturii, 26 iunie 2020, 4 experți ONU: dr. Jens Modvig – președintele Comitetului împotriva torturii, Sir Malcolm Evans – președintele SPT la acea dată, domnul Nils Melzer - raportorul special al ONU pentru tortură, dr. Vivienne Nathanson – președintele Consiliului de administrare a Fondului de contribuții voluntare al Națiunilor Unite pentru victimele torturii au subliniat faptul că documentarea independentă a condițiilor materiale și de viață a persoanelor lipsite de libertate, precum și controlul utilizării forței de către poliție sunt instrumente esențiale pentru prevenirea tuturor formelor de rele tratamente și, prin urmare, trebuie să fie întotdeauna parte a răspunsului general la criza COVID-19.

personalului medical care îi are în îngrijire¹¹. Sub acest aspect, în Comunicatul de presă din data de 9 martie 2021, Avocatul Poporului a tras un semnal de alarmă privind nevoia de transparență atunci când persoanele sunt lipsite de libertate și în imposibilitate de a comunica, precizând că *transparența administrării locurilor în care persoanele sunt lipsite de libertate este esențială pentru a ne asigura că persoanelor aflate în aceste locuri li se respect drepturile și demnitatea umană*. Comunicatul a fost publicat în contextul în care în presă au apărut informații referitoare la faptul că la Secția de terapie intensivă a unor spitale COVID-19, precum Spitalul Județean Mureș, Spitalul Municipal Bârlad sau Spitalul Județean Sibiu, pacienții cu COVID-19 ar fi fost legați de paturi, cu răni la mâini din cauza feșelor și sedați cu anestezice și sedative extrem de puternice, pentru a nu se mai agita. MNP, în baza mandatului său preventiv, are obligația de a monitoriza locurile în care persoanele sunt lipsite de libertate, tocmai în scopul de a evita apariția unor astfel de situații, prin identificarea precoce a situațiilor cu risc crescut pentru tortură sau rele tratamente.

METODOLOGIE

Prezentul raport conține constatările echipei MNP pe parcursul activității de monitorizare a spitalelor COVID-19, din sfera de competență a Centrului Zonal București (aspectele referitoare la spitalele monitorizate cuprind perioada martie-iunie 2020), prezentate în contextul modificărilor legislative în materie care au avut loc în perioada februarie–octombrie 2020 (cu actualizări până în luna mai 2021, acolo unde s-a considerat necesar).

De regulă, la stabilirea locurilor de detenție care urmează să fie monitorizate, MNP are în vedere cel puțin următoarele criterii¹²: tipurile locurilor de detenție existente; sesizările primite asupra existenței unei situații de tortură ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante; vulnerabilitatea anumitor tipuri de locuri de detenție; repartizarea geografică a locurilor de detenție etc.

De asemenea, MNP are în vedere Directivele SPT referitoare la mecanismele naționale de prevenire:

- Misiunea mecanismelor naționale de prevenire în ceea ce privește vizitele ar trebui să acopere toate locurile de privare de libertate, astfel cum se prevede la articolul 4 din Protocolul opțional (principiul de bază nr.10)

- Statul ar trebui să se asigure că mecanismul național de prevenire își poate efectua vizitele în modul și cu frecvența pe care o decide pentru sine. În special, mecanismul național de prevenire ar trebui să poată vorbi în privat cu persoanele private de libertate și să efectueze vizite inopinate în toate locurile privării de libertate în orice moment, în conformitate cu dispozițiile Protocolului opțional (Întrebări de bază privind funcționarea mecanismelor naționale de prevenire - Puncte de interes pentru state).

Față de cele antemenționate, la decizia de monitorizare a spitalelor COVID-19 au fost avute în vedere prevederile art. 34 lit. j): *instituția Avocatul Poporului își exercită atribuțiile privind prevenirea torturii în orice alt loc care îndeplinește condițiile prevăzute la alin. (1)*¹³ sau face parte din sistemul de sănătate și **criterii** precum:

- **vulnerabilitatea crescută** a spitalelor care au devenit COVID-19 (spitale în care statutul pacienților s-a schimbat de la pacienți internați cu consimțământul acestora, la pacienți internați

¹¹ Referitor la nevoia de transparență, SPT, în Avizul său adoptat la data de 25 martie 2020 a subliniat că trebuie să existe o comunicare transparentă cu toate persoanele private de libertate, familiile lor și mass-media cu privire la măsurile luate și motivele pentru care au fost luate.

¹² în conformitate cu art. 39 din Legea nr. 35/1997, republicată

¹³ orice loc în care persoanele sunt private de libertate în baza unei decizii a unei autorități, la cererea acesteia sau cu acordul expres ori tacit al acesteia.

obligatoriu; au fost adoptate măsuri speciale, care implicau inclusiv întocmirea de noi proceduri de internare, tratament, protocol în caz de deces etc.; impactul desemnării ca spital COVID-19 asupra personalului; condițiile de viață asigurate pacienților, care nu puteau părăsi în conformitate cu voința proprie aceste spitale, pentru perioade de timp care au depășit și 30 de zile etc.);

•petițiile primite de instituția Avocatul Poporului în care erau reclamate tratamente necorespunzătoare aplicate pacienților: ●o persoană confirmată pozitiv a fost internată în Spitalul de Boli Infecțioase Slatina, județul Olt, unde i s-a administrat tratament cu Plaquenil; urmare a apariției efectelor secundare de la tratamentul antiviral – greață, vărsături, hemoragie digestivă a fost transferată cu izoleta – pacienta prezentând claustrofobie, la Spitalul Clinic Colentina din capitală unde *a fost legată de pat de mâini și de picioare*, fiind ținută de 4 asistente pentru a-i fi administrat tratamentul; ●o altă persoană a fost internată în 3 spitale COVID-19 (Spitalul Județean Neamț, Spitalul de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași, Spitalul CFR Iași), în cazul acesteia fiind efectuate mai multe teste RT-PCR, fără a se respecta termenele de efectuare menționate chiar de către medici și, deși la un moment dat au ieșit două rezultate negative consecutive, nu a fost externată; i s-a comunicat faptul că s-a schimbat protocolul de externare și *i s-a dat de înțeles că va mai sta mult și bine în spital*; în petiție se menționează *pacienta este cu moralul la pământ, plânge zilnic fără încetare și mai mult decât atât nu își cunoaște drepturile*);

•articole din mass-media în care erau descrise experiențe ale pacienților suspecti/confirmați pozitiv în aceste spitale, de exemplu: ●«Caz cutremurător la Spitalul de Urgență Arad - o pacientă infectată cu coronavirus, a povestit revoltată clipele de groază prin care a trecut după ce a stat, timp de 6 ore, cu o femeie moartă în salon. "Suntem încuiate în cameră și i s-a făcut rău în timp ce vorbea la telefon. Și am bătut cu pumnii în ușă să vină cineva că îi este rău. Și au venit după jumătate de oră când doamna decedase lângă mine, lângă patul meu...Când ni se face rău, batem cu pumnii în ușă ca să vină cineva la noi"» Antena 1; ●«Mărturie șocantă a unei paciente de la Spitalul de Urgență Suceava. Femeia povestește că bolnavii din Spitalul de Urgență din Suceava sunt ținuți laolaltă, fie că sunt sau nu confirmați cu coronavirus. În plus, nu primesc apă și mâncare. Și nici informații. Nimeni nu le spune absolut nimic.» Digi24.RO; ●«Demisii în bloc la Spitalul Clinic CF Timișoara. Asistentele se tem de coronavirus, deși nu au niciun caz confirmat» Digi24.RO; ●«Pacientă însărcinată în 9 luni, suspectă de coronavirus, refuzată la Spitalul Bârlad, care fusese desemnat unitate suport» DIGI24; ●«Toți medicii de la spitalul din Mioveni și-au dat demisia când au aflat că trebuie să trateze pacienți cu coronavirus. Ei acuză că nu au echipamente de protecție» G4MEDIA; ●«Călcâiul lui Achile al spitalelor - lipsa protocoalelor și epidemiologilor. Cum ajung unitățile medicale bombe biologice.» Adevărul; ●«Pacientă (internată în spitalul de la Arad) găsită de rude la pompe funebre. Familia a aflat după 3 zile că a fost externată decedată, deși s-a vorbit la spital zilnic» DIGI24; ●«O pacientă a Spitalului de Pneumoftiziologie din Brașov, despre condițiile (greu de imaginat) din unitatea medicală» Portarul BrașovTV.RO; ●«Situație revoltătoare la Spitalul din Reșița! O asistentă, lăsată să moară de medici de frica infectării cu COVID-19» Portalul Realitatea.Net; ●«„Cu ce am greșit să stăm închiși ca-n închisoare?”. Pozitivă la Piatra Neamț, după 30 de zile de internare - o pacientă (asimptomatică) internată de o lună la Piatra Neamț, spune că se simțea privată de libertate și se adaugă celor care-i cer o soluție ministrului Tătaru» DIGI 24; ●«INSP recunoaște: bolnavii confirmați cu COVID la 14 zile de la internare s-au infectat în spital. Astfel, în cazul unui pacient a cărui infectare apare la 14 zile de când este internat în spital se va considera că în mod cert a luat boala din unitatea medicală.» Libertatea; ●«Cinci ore de chin. Bătrân de 80 de ani, cu accident vascular, plimbat între trei spitale din Neamț, pe motiv că era suspect de COVID-19» Libertatea.

MNP a decis astfel, în luna iunie 2020¹⁴, monitorizarea tuturor spitalelor desemnate COVID-19, aflate în raza de competență a Centrului Zonal București (24 de spitale)¹⁵.

Ghidată de principiul *do no harm* (a nu face rău), echipa MNP a apelat la mijloace de monitorizare alternative la vizitele clasice și anume: •elaborarea unor chestionare destinate pacienților/foștilor pacienți/apartinătorilor, postate pe pagina de internet a instituției Avocatul Poporului, cu posibilitatea de completare direct pe site; •publicarea unor comunicate de presă cu privire la monitorizarea spitalelor COVID-19 și informarea publicului cu privire la posibilitatea de completare a chestionarelor antementionate; •în cazul spitalelor desemnate COVID-19 (la momentul monitorizării) din județele Buzău, Călărași, Constanța, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman, Tulcea, precum și din Municipiul București (un număr total de 24 de spitale) s-a solicitat: ▪comunicarea de informații/documente cu privire la o serie de aspecte legate în principal de măsurile de protecție adoptate, respectarea drepturilor pacienților, personalul spitalului, fiind păstrat un dialog continuu prin intermediul persoanelor de legătură din partea ambelor instituții Avocatul Poporului și spitalul respectiv; ▪afișarea în cadrul spitalului, în locuri accesibile, a două anunțuri destinate pacienților, respectiv personalului, prin care aceștia erau informați cu privire la activitatea de monitorizare, chestionarele postate pe site-ul instituției Avocatul Poporului și datele de contact ale echipei MNP.

Au fost solicitate către spitale informații/documente pentru perioada martie – iunie 2020, echipa MNP având acces la orice informație cu privire la tratamentul și condițiile de cazare asigurate persoanelor lipsite de libertate, perioada de timp pentru care sunt solicitate informațiile fiind stabilită de către echipă.

Aspectele constatate pe parcursul activității de monitorizare, în baza informațiilor/documentelor comunicate de către spitale (dintre cele 24 de spitale, 14 spitale au dat curs solicitărilor MNP) cu privire la perioada antementionată, în conformitate cu art. 43 din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, au fost cuprinse în prezentul raport. Raportul este însoțit de recomandări în vederea îmbunătățirii tratamentului și condițiilor asigurate persoanelor lipsite de libertate. Recomandările, în conformitate cu art. 22 din OPCAT, urmează să fie examinate de către autoritățile competente în materie ale statului în vederea punerii lor în aplicare, scop în care acestea pot dialoga cu MNP.

DIFICULTĂȚI ÎNTÂMPINATE PE PARCURSUL MONITORIZĂRII

În timpul activității de monitorizare, în condițiile în care MNP își exercita în mod legal rolul său de prevenire, **a apărut opoziția față de activitatea de monitorizare a spitalelor**

¹⁴ Perioada fiind prelungită la solicitarea unităților sanitare de amânare a termenului de comunicare a informațiilor/documentelor solicitate.

¹⁵ Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”; Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța Secția exterioară Agiea; Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța; Spitalul Județean de Urgență Giurgiu Secția de boli infecțioase; Spitalul Județean de Urgență Ploiești Secția de boli infecțioase adulți, Secția de boli infecțioase copii și Secția de pneumologie; Spitalul Municipal Râmnicu Sărat; Spitalul Municipal Oltenița; Spitalul Județean de Urgență Târgoviște; Spitalul Orășenesc Bolintin Vale; Spitalul Municipal Fetești; Spitalul Municipal Câmpina; Spitalul General CF Ploiești Spitalul Județean Tulcea – Secția de Boli infecțioase; Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”; Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța; Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București - Spital militar de campanie de nivel ROL2-COVID-19; Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Gafencu” Constanța - Sistem medical modular de izolare și tratament. Tabără de izolare și carantinare COVID-19; Centrul Medical Policlinico di Monza - punct de lucru „Monza Metropolitan Hospital”; Spitalul Municipal Medgidia; Spitalul Orășenesc Pucioasa; Spitalul Caritas Municipal Roșiori de Vede; Spitalul Clinic Colentina; Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”; Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”.

COVID-19, exprimată public de către managerii unor spitale/a Comandantului acțiunii, secretar de stat/a conducerii Colegiului medicilor. **Prin intermediul mass-media, precum și prin adresele înaintate Avocatului Poporului s-a solicitat încetarea monitorizării, stare de fapt care a surprins profund echipa MNP.** De asemenea, **înalți reprezentanți ai Guvernului României și Primul Ministru au solicitat public ca MNP să își retragă solicitările de informații și documente transmise acestor spitale,** motivând că asimilarea acestor instituții cu locurile de detenție ar reprezenta o deformare a realității și o alăturare de rea credință a unor situații care nu au nimic în comun.

Toată aceste acțiuni au demonstrat necunoașterea sau ignorarea Convențiilor și Protocoalelor privind interzicerea și prevenirea torturii, la care România este stat parte, inclusiv de către Guvern care trebuie să fie garantul respectării acestora; necunoașterea sau ignorarea prevederilor legale naționale prin care **România s-a obligat să înființeze Mecanismul Național de Prevenire a Torturii și să îi asigure acces la:** toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora; toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane, precum și condițiile de detenție; toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora. Membrii MNP au libertatea de a alege locurile pe care doresc să le viziteze și persoanele cu care doresc să aibă întrevederi.

Raportat la această situație, reamintim faptul că MNP are la nivel național aceleași atribuții privind vizitele precum le are SPT la nivel internațional, iar membrii MNP, la fel ca și membrii SPT, beneficiază de privilegiile și imunitățile necesare pentru a-și exercita atribuțiile în mod independent.

De asemenea, în Comunicatul de presă publicat la data de 11 iunie 2020, Avocatul Poporului a reamintit autorităților, publicului și presei faptul că, în anii 2014 și 2016, au avut loc misiuni de evaluare ale Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT)¹⁶ și SPT, în cadrul cărora au fost vizitate, alături de penitenciare și centre de reținere și arestare preventivă, spitale, centre de plasament etc.; membrii misiunilor au avut întâlniri cu reprezentanți ai Ministerului Justiției, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerului Sănătății, în vederea prezentării concluziilor misiunilor. Cu ocazia vizitelor, atât SPT cât și CPT au verificat activitatea MNP, independența membrilor acestuia, formulând recomandări către statul român în acest sens, precum și în vederea colaborării autorităților cu MNP pentru a crește vizibilitatea mecanismului, inclusiv prin activități menite să sensibilizeze cu privire la Protocolul opțional și mandatul MNP, SPT precizând că <recomandările mecanismului ar trebui să facă obiectul unei ample dezbateri și dialoguri>. (CAT/OP/ROU/1)

Trebuie subliniat și faptul că, în Decizia nr. 458 din 25 iunie 2020 prin care a admis excepția de neconstituționalitate ridicată de Avocatul Poporului cu privire la dispozițiile art. 25 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Curtea Constituțională a precizat (la pct. 50) că: *în lumina dispozițiilor art. 5 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă reprezintă o privare de libertate [...] iar persoana căreia i se aplică măsura detenției de ordin social medical trebuie să beneficieze de un drept de acces la justiție efectiv, care să asigure judecarea într-un termen rapid a acțiunii și să dispună eliberarea persoanei deținute nelegal.*

¹⁶ În luna mai 2021, CPT a efectuat o vizită ad-hoc în România, în scopul examinării tratamentului aplicat persoanelor lipsite de libertate din penitenciare și centre de reținere și arestare preventivă și verificării implementării recomandărilor formulate urmare a vizitei din februarie 2018.

Față de opoziția autorităților române la activitatea de monitorizare a spitalelor COVID-19, **MNP a apelat la prevederile OPCAT¹⁷ și s-a adresat Subcomitetului pentru Prevenirea Torturii solicitându-i sprijinul și exprimarea unui punct de vedere oficial**, care să ajute MNP în exercitarea mandatului său.

Răspunsul SPT a fost prompt, domnul Daniel Fink, membru SPT și conducător al Echipei regionale pentru Europa adresându-se Excelenței Sale domnul Adrian Cosmin Vierița, Ambasador Extraordinar și Plenipotențiar la Misiunea Permanentă a României pe lângă Oficiul Națiunilor Unite de la Geneva și Organizațiile Internaționale cu sediul în Elveția, reiterând mențiunile din Avizele SPT antemenționate și subliniind că: ***în conformitate cu art 20 din Protocolul Opțional, mecanismele naționale de prevenire trebuie să aibă acces la toate datele, inclusiv documentele medicale relevante, registrele și alte informații necesare pentru prevenirea tratamentelor inumane sau degradante în locurile în care persoanele sunt sau ar putea fi private de libertate [...]. În plus, în Avizul Subcomitetului, transmis statelor părți și mecanismelor naționale de prevenire, referitor la coronavirus (CAT/OP/10), SPT a clarificat că toți cei care sunt ținuți în locurile oficiale de carantină ar trebui să poată beneficia de garanțiile fundamentale împotriva relelor tratamente.***

În acest context, dintre cele 24 de spitale monitorizate, au dat curs solicitărilor MNP un număr de 14 spitale¹⁸ (unele spitale comunicând însă doar parțial informațiile/documentele solicitate, de exemplu Spitalul Județean de Urgență Ploiești, care a comunicat un extras din rapoartele de analiză privind implementarea și respectarea prevederilor Procedurii operaționale privind evaluarea nivelului de satisfacție al pacienților, în cursul lunilor martie-mai 2020), 8 spitale nu au răspuns¹⁹, iar 2 spitale (Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” și Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”) au refuzat în scris activitatea

¹⁷ art. 11 lit. b) pct. (ii): SPT menține contactul direct și, dacă este necesar, confidențial cu mecanismele naționale de prevenire și oferă acestora pregătire profesională și asistență tehnică pentru a le consolida capacitățile.

¹⁸ Institutul de Pneumoftiziologie ”Marius Nasta”; Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța Secția exterioară Agigea; Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța; Spitalul Județean de Urgență Giurgiu Secția de boli infecțioase; Spitalul Județean de Urgență Ploiești Secția de boli infecțioase adulți, Secția de boli infecțioase copii și Secția de pneumologie; Spitalul Municipal Râmnicu Sărat; Spitalul Municipal Oltenița; Spitalul Județean de Urgență Târgoviște; Spitalul Orășenesc Bolintin Vale; Spitalul Municipal Fetești; Spitalul Municipal Câmpina; Spitalul General CF Ploiești; Spitalul Județean Tulcea – Secția de Boli infecțioase; Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan” - care nu a internat persoane COVID-19, având doar atribuții de suport logistic (asigurare utilități, cazare personal care deservește Spitalul Militar ROL2 etc.) și de asigurare a hranei pentru personalul SUUMC și a pacienților internați în cadrul Spitalului Militar ROL2.

¹⁹ Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Constanța; Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București - Spital militar de campanie de nivel ROL2-COVID-19; Spitalul Militar de Urgență „Dr. Alexandru Gafencu” Constanța - Sistem medical modular de izolare și tratament. Tabără de izolare și carantinare COVID-19; Centrul Medical Policlinico di Monza - punct de lucru „Monza Metropolitan Hospital”; Spitalul Municipal Medgidia; Spitalul Orășenesc Pucioasa; Spitalul Caritas Municipal Roșiori de Vede; Spitalul Clinic Colentina.

Spitalul Clinic Colentina, pe parcursul activității de monitorizare, a făcut publică petiția „*Opriți distrugerea Spitalului Clinic Colentina. Nu vă mai jucați cu viețile pacienților*” în cadrul căreia a precizat: 250 de medici, pentru formarea cărora s-a investit considerabil, se deprofesionalizează fiind forțați să lucreze într-un domeniu în care nu sunt specializați, confruntându-se cu nemulțumirea pacienților asimptomatici (și a familiilor lor), internați în spital doar pentru izolare, pe care cei mai mulți o consideră nejustificată. Această abordare, ciudată din punct de vedere medical, a determinat Avocatul Poporului să lanseze o procedură de „monitorizare pentru suspiciunea de tortură și rele tratamente aplicate pacienților cu COVID”, demers profund umilitor pentru întreg personalul medical, care nu e responsabil de modul în care se face internarea în spitale a celor depistați cu infecție SARS-CoV-2, dar își face meseria cu bună credință și în condiții dificile.”

de monitorizare, motivele invocate²⁰ dovedind necunoașterea legislației naționale și internaționale în materia prevenirii relelor tratamente, dar și a noțiunii de lipsire de libertate: Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” a apreciat că este vorba de o confuzie cu privire la obiectul de activitate al Institutului, iar Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” a solicitat retragerea adresei.

II. CONSTATĂRILE ECHIPEI DE MONITORIZARE

1. SPITALELE COVID-19

Ulterior declarării stării de urgență, începând cu data de 24 martie 2020, s-au suspendat, în toate spitalele publice și private, internările pentru intervențiile chirurgicale și alte tratamente și investigațiile medicale spitalicești care nu reprezentau urgență și care puteau fi reprogramate, precum și consultațiile programate/programabile în structurile ambulatorii ale acestora, prin Ordinul nr. 74527/23 martie 2020 al Comandantului Acțiunii, secretarul de stat, șef al Departamentului pentru Situații de Urgență din cadrul Ministerului Afacerilor Interne²¹, ordin avizat de ministrul afacerilor interne. Măsura a fost prelungită pe toată durata stării de urgență, prin Ordinul Comandantului Acțiunii nr. 74553/7 aprilie 2020, ordin avizat de această dată și de ministrul sănătății, alături de ministrul afacerilor interne²².

În data de 29 martie 2020, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 533/29 martie 2020, a fost aprobat Planul de măsuri pentru pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19 și Lista spitalelor de suport pentru pacienții testați pozitiv cu virusul SARS-CoV-2. Astfel, s-a stabilit în cadrul spitalelor reducerea cu până la 80% a internărilor programate, precum intervențiile chirurgicale programate pentru pacienții cronici în unitățile sanitare cu paturi din centrele universitare²³. De asemenea, s-a stabilit eliberarea paturilor din spitalele de boli infecțioase, pentru a fi disponibile pentru îngrijirea pacienților cu suspiciune/infecție COVID-19 și o rețea de 56 spitale suport pacienți COVID-19 pozitiv, la nivelul întregii țări. S-a considerat că aceste măsuri se impun a fi luate atât pentru a asigura capacitatea necesară pentru preluarea

²⁰ Nu sunt locuri de detenție, pacienții semnează un consimțământ cu privire la serviciile medicale de care beneficiază; în condiții de pandemie, epidemie intră în vigoare acte normative care stabilesc că cei infectați sunt obligați să rămână în spital până nu mai prezintă risc de contagiozitate pentru comunitate (Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”); măsurile luate sunt unele de sănătate publică, și nicidecum de privare de libertate; măsura nu este una de natură penală, întrucât permite inclusiv vizitarea pacienților COVID-19 (se face referire la Ordinul ministrului sănătății nr. 555/2020 Anexa nr. 1), fapt care ar fi incompatibil cu regimul uzual de deținere în regimul penitenciar.

²¹ Secretarul de stat, șef al Departamentului pentru Situații de Urgență din cadrul Ministerului Afacerilor Interne a fost împuternicit ca în situațiile în care există un risc iminent pentru sănătatea publică să dispună prin ordin orice măsuri necesare pentru prevenirea și combaterea efectelor - prin Legea nr. 20/17 martie 2020 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 11/4 februarie 2020 privind stocurile de urgență medicală, precum și unele măsuri aferente instituirii carantinei (art. 7¹);

²² Prin Hotărârea de Guvern nr. 394/18 mai 2020, în data de 18 mai, art. 7¹ a fost modificat în sensul că secretarul de stat va dispune măsurile în colaborare cu Ministerul Sănătății.

²³ Ulterior, prin Ordinul nr. 623/15 aprilie 2020 pentru modificarea și completarea Ordinului nr. 555/3 aprilie 2020 sunt exceptați pacienții cronici sau femeile însărcinate care necesită intervenții diagnostice sau terapeutice, a căror temporizare poate duce la reducerea șanselor de supraviețuire.

În data de 29 mai 2020 (după încetarea stării de urgență, ulterior declarării stării de alertă), prin Ordinul ministrului sănătății nr. 961/29 mai 2020 pentru modificarea și completarea Ordinului nr. 555/3 aprilie 2020 s-a stabilit că, după încetarea stării de urgență, în funcție de evoluția epidemiologică locală se pot relua internările și intervențiile chirurgicale programate, precum și activitatea din ambulatorii.

cazurilor pozitive/suspecte de către spitale, dar și pentru a se face economie de resurse materiale și umane.

Ulterior, în data de 3 aprilie 2020, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 555/3 aprilie 2020²⁴ s-a stabilit implicarea etapizată a spitalelor pentru asigurarea asistenței medicale pentru pacienții testați pozitiv, fiind desemnate spitale de faza I, spitale de faza II și spitale suport, astfel:

Spitalele de faza I erau spitalele de boli infecțioase, organizate pe model pavilionar, care urmau să interneze pacienții cu COVID-19 simptomatici și să asigure tratamentul formelor de boală medii, severe și critice;

Spitalele de faza II erau spitalele de pneumoftiziologie, organizate pe model pavilionar, utilizate atunci când spitalele de boli infecțioase erau depășite ca număr de pacienți internați; aceste spitale erau dedicate COVID-19 în întregime sau numai parțial, dar numai dacă puteau asigura circuite complet separate. În vederea pregătirii zonei dedicate COVID-19, unitățile trebuiau să externeze sau să transfere către alte spitale toți pacienții cu alte patologii și urmau să interneze pacienți cu COVID-19 forme ușoare, medii, severe și critice (dacă dețineau compartiment/secție ATI, cu capacitate de ventilație mecanică), pacienți aflați sub supravegherea medicilor pneumologi și ATI.

De exemplu, la nivelul județului Constanța s-a stabilit externarea cazurilor TBC ușoare și medii din Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța (spital desemnat de faza II). Doar cazurile severe de TBC urmau să fie tratate în spital, acestea fiind transferate din Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța la Secția exterioară a Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța. Pacienții cu forme ușoare și medii urmau să fie preluați de către medicii din Dispensarul TBC (personalul dispensarului fiind însă redistribuit în secțiile cu paturi din spital, medicul era disponibil la dispensar pe o singură tură - 08:00-15:00) și de către medicii de familie și să rămână în izolare. Astfel, pentru asigurarea locurilor necesare spitalizării pacienților suspecți/confirmați COVID-19, s-a dispus tratarea în ambulatoriu a pacienților TBC deși, ulterior promulgării Legii nr. 136/2020, s-a considerat că TBC trebuie introdusă pe lista afecțiunilor în care se impune izolarea persoanelor în spital.

Spitale suport au fost desemnate spitale municipale/orășenești și spitale județene, preponderent cele cu secții de boli infecțioase, precum și spitalele din alte rețele decât cele ale Ministerului Sănătății (Ministerul Transporturilor, Infrastructurii și Comunicațiilor, Ministerul Apărării Naționale, unități sanitare private). În funcție de evoluția numărului de cazuri, puteau fi incluse și alte spitale. Aceste spitale asigurau tratamentul patologiilor asociate pentru pacienții suspecți/confirmați COVID-19, forme ușoare și medii, precum și cazuri grave în cazul existenței unei/unui secții/compartiment ATI dotate/dotat cu ventilatoare mecanice.

Spitalele stabilite drept spitale suport urmau să externeze/transfere toți pacienții internați către alte spitale, să asigure circuite separate pentru pacienții suspecți COVID-19 până la aflarea rezultatului și să rămână în expectativă.

Atât spitalele de faza II cât și cele suport aveau posibilitatea de a detașa/delega personal medical necesar din alte unități sanitare cu paturi, inclusiv medic infecționist pentru consulturi interdisciplinare, de a achiziționa și administra tratament anti-COVID-19 pacienților confirmați pozitiv în baza unui protocol terapeutic elaborat de un medic infecționist și își creau propriul stoc de medicamente utilizate în tratamentul COVID-19. De asemenea, erau introduse pe lista de unități sanitare prioritare pentru aprovizionarea cu echipamente de protecție și medicamente prin C.N. UNIFARM - S.A., MS, IGSU-DSU.

²⁴ Prin Ordinul nr. 555/3 aprilie 2020 a fost abrogat Ordinul nr. 533/2020;

Inițial, au fost stabilite 9 spitale faza I, 8 spitale faza a II-a și 74 spitale suport pacienți COVID-19 pozitiv sau suspecti²⁵. Lista spitalelor COVID-19 a suferit modificări și completări succesive²⁶, la data de 20 octombrie 2020²⁷, de exemplu, fiind 10 spitale faza I, 48 spitale faza II și 140 spitale suport.

Ulterior, după intrarea în vigoare a Ordinului ministrului sănătății nr. 434/26 martie 2021²⁸ (prin care a fost abrogat Ordinul ministrului sănătății nr. 555/2020), s-a stabilit că lista unităților medicale care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19 se actualizează lunar, până la data de 10 a fiecărei luni, și ori de câte ori este nevoie, la propunerea DSP-urilor, prin ordin al ministrului sănătății²⁹. De asemenea, tot până la acea dată, se poate modifica clasificarea spitalelor (acestea au fost clasificate în 3 niveluri de competență I-III³⁰), dacă este cazul, la propunerea direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București. În funcție de evoluția epidemiologică, aceste spitale pot oferi asistență medicală și pacienților non-COVID-19, dar numai cu existența unor circuite separate pentru pacienți. Conform aceluiași act normativ, toate unitățile sanitare, publice și private, care nu sunt menționate în lista antemenționată, au obligația să asigure asistența medicală pacienților suspecti sau confirmați cu COVID-19 în decursul internării pentru o altă patologie, potrivit competenței, într-o zonă dedicată care respectă măsurile de prevenire a transmiterii infecției cu SARS-CoV-2, până la stabilirea diagnosticului și transferul într-un spital adecvat fazei clinice a COVID-19.

²⁵ Lista spitalelor suport cuprinde și maternități și unități dializă COVID 19 pozitiv sau suspecti care nu fac obiectul prezentului raport;

²⁶ în perioada 3 aprilie – 20 octombrie Ordinul nr. 555/3 aprilie 2020 a fost modificat și completat de 19 ori;

²⁷ Prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1798/20 octombrie 2020 de modificare a Ordinului nr. 555/3 aprilie 2020;

²⁸ Ordinul ministrului sănătății nr. 434/26 martie 2021 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență;

²⁹ La începutul lunii iunie 2021, erau stabilite 30 unități sanitare de bază și 228 de spitale și unități de dializă;

³⁰ **Nivel I:** spitale cu circuite dedicate pentru pacienți cazuri confirmate sau suspecte de COVID-19, cu sau fără circuit dedicat non-COVID, care îndeplinesc concomitent următoarele condiții: a) platformă diagnostică accesibilă 24/7 cu computer tomograf (linie de gardă sau cu eliberarea rezultatelor de la distanță) și laborator (analize uzuale menționate în anexa nr. 1.3 care face parte integrantă din prezentul plan de măsuri, care pot fi asigurate inclusiv prin analizoare point of care); b) secție de terapie intensivă (funcțională, cu linie de gardă); c) linie de gardă în una dintre specialitățile boli infecțioase sau pneumologie sau colaborare permanentă între una din specialitățile boli infecțioase/pneumologie cu linia de gardă asigurată în spital prin una dintre specialitățile conexe (medicină internă, cardiologie, gastroenterologie, hematologie, oncologie medicală, pediatrie pentru secțiile cu paturi de copii). **Nivel II:** spitale cu circuite dedicate pentru pacienți cazuri confirmate sau suspecte de COVID-19, cu sau fără circuit dedicat non-COVID, care îndeplinesc concomitent cel puțin următoarele condiții: a) acces 24/7 la laborator (analize uzuale menționate în anexa nr. 1.3, care pot fi asigurate inclusiv prin analizoare point of care) și la o platformă diagnostică cu radiologie convențională, eventual computer tomograf cu eliberarea rezultatelor inclusiv de la distanță; b) capacitate de implementare de paturi destinate terapiei acute (paturi DTA) conform cerințelor minime descrise în pct. II.4; c) linie de gardă în una dintre specialitățile boli infecțioase sau pneumologie sau colaborare permanentă între una din specialitățile boli infecțioase/pneumologie, având linia de gardă asigurată în spital prin una dintre specialitățile conexe (medicină internă, cardiologie, gastroenterologie, hematologie, oncologie medicală, pediatrie pentru secțiile cu paturi de copii). **Nivel III:** spitale cu circuite dedicate pentru pacienți cazuri confirmate, suspecte de COVID-19, cu sau fără circuit dedicat non-COVID, care îndeplinesc concomitent cel puțin următoarele condiții: capacitate de implementare de paturi DTA, precum și paturi ATI, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu modificările și completările ulterioare; b) colaborare zilnică, eventual linie de gardă în specialitatea boli infecțioase, pneumologie sau una dintre specialitățile conexe (medicină internă, cardiologie, gastroenterologie, hematologie, oncologie medicală, pediatrie pentru secțiile cu paturi de copii).

► **INTERNAREA PERSOANELOR SUSPECTE/CONFIRMATE COVID-19**

***este avută în vedere perioada martie – octombrie 2020**

În România, de la începutul epidemiei de COVID-19, a fost aplicată, în mod obligatoriu, măsura izolării în spital a persoanelor confirmate cu COVID-19, indiferent de prezența/absența simptomelor sau gravitatea acestora, atunci când existau. Legislația adoptată prevedea internarea persoanelor pozitive simptomatice încă de la începutul lunii martie 2020, anterior instituirii stării de urgență prin Decretul Președintelui României nr. 195/16 martie 2020. Astfel, în data de 11 martie, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 414 privind instituirea măsurilor de carantină pentru persoanele aflate în situația de urgență de sănătate publică internațională determinate de infecția cu COVID-19 și stabilirea unor măsuri în vederea prevenirii și limitării efectelor epidemiei, s-a prevăzut că persoanele simptomatice care întrunesc criteriile definiției de caz vor fi izolate în secțiile/spitalele de boli infecțioase, precum și faptul că persoanele care se prezintă la o unitate sanitară și sunt simptomatice, rămân în unitatea respectivă, în izolare, sunt testate și dacă rezultatul este pozitiv sunt transferate la cea mai apropiată secție/la cel mai apropiat spital de boli infecțioase³¹.

Inițial, legislația adoptată nu prevedea internarea obligatorie a cazurilor ușoare, nefiind însă clară cu privire la procedura în aceste situații: în **Hotărârea Guvernului nr. 201/2020** privind aprobarea normelor metodologice pentru stabilirea cheltuielilor pentru carantină și luarea unor măsuri în domeniul sănătății, precum și pentru alocarea unei sume din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, prevăzut în bugetul de stat pe anul 2020, pentru suplimentarea bugetului Ministerului Sănătății s-a prevăzut că persoanele confirmate COVID-19 cu forme ușoare pentru care nu este necesară internarea în unități sanitare pentru tratare pot fi carantinate în spații special amenajate pentru carantină³², iar în **Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020** pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 s-a menționat posibilitatea îngrijirii la domiciliu a cazurilor ușoare, cu respectarea unor recomandări și luarea unor precauții³³. Ulterior, în data de 3 aprilie, în forma inițială a **Ordinului ministrului sănătății nr. 555/2020** s-a menționat internarea cazurilor ușoare în spitalele de fază a doua, dacă spitalele de boli infecțioase erau depășite, respectiv în spitalele suport.

De asemenea, referitor la persoanele asimptomatice, în data de 18 martie, prin Hotărârea Guvernului nr. 201/2020 a fost prevăzut faptul că persoanele confirmate COVID-19 asimptomatice pot fi carantinate în spații special amenajate pentru carantină. În data de 15 aprilie, se prevede măsura de carantină la domiciliu inclusiv pentru persoanele asimptomatice confirmate cu coronavirus, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 622/2020³⁴. Această prevedere a fost îndepărtată însă în aceeași zi, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 629/2020.

În legislație se menționează pentru prima dată internarea obligatorie a persoanelor asimptomatice, în data de 8 mai, în Ordinul ministrului sănătății nr. 753 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății nr. 555/2020 (în Anexa 1, pctul II lit. C, pctul d), unde se precizează faptul că: persoanele cu infecție SARS-CoV-2, forme asimptomatice sau care au devenit asimptomatice vor fi izolate în unități de izolare și tratament în extraspital (unități care sunt secții

³¹ Art. 7 din Ordinul nr. 414/11 martie al ministrului sănătății;

³² Art. 1 alin (5) lit. c);

³³ Această precizare este menținută în Ordinul ministrului sănătății nr. 503/27 martie 2020 privind modificarea anexei la Ordinul nr. 487/2020, dar nu mai apare în ordinele ulterioare privind modificarea anexei la Ordinul nr. 487/2020, precum Ordinul nr. 860/21 mai 2020;

³⁴ Ordin care a modificat și completat Ordinului ministrului sănătății nr. 414/2020

externe ale unui spital de faza I sau II, iar lista acestor unități și a personalului ce le va deservi vor fi stabilite la nivel de DSP)³⁵.

Toate ordinele ministrului sănătății antemenționate au avut în vedere dispozițiile art. 25 alin. (2) teza 2 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății [...] *bolile transmisibile pentru care declararea, tratamentul sau internarea sunt obligatorii se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății*”, dispoziții declarate neconstituționale prin Decizia Curții Constituționale nr. 458/25 iunie 2020³⁶.

Curtea Constituțională, sesizată direct de Avocatul Poporului cu excepția de neconstituționalitate, a reținut că aceste prevederi se referă în mod expres la măsurile care privesc obligarea persoanelor care au fost diagnosticate cu unele boli transmisibile să declare acest diagnostic, să urmeze tratament sau să fie internate, chiar și fără consimțământul lor; acest text de lege reprezintă unicul cadru de reglementare referitor la aceste măsuri și, în consecință, unicul temei la nivelul legislației primare în baza căruia ministrul poate emite ordine referitoare la obligarea cetățenilor să declare, să urmeze un tratament sau să se interneze dacă au o boală transmisibilă. Curtea a apreciat că aceste dispoziții, care aduc atingere drepturilor și libertăților fundamentale, așa cum este internarea obligatorie, sunt contrare prevederilor art. 1 alin. (5) din Constituția României. De asemenea, a considerat că este imperativă asigurarea unui drept de acces efectiv la justiție, mai ales atunci când măsura luată dobândește toate caracteristicile unei privări de libertate și a reținut: caracterul excepțional, imprevizibil al unei situații nu poate constitui o justificare pentru a încălca ordinea de drept, prevederile legale și constituționale referitoare la competența autorităților publice ori cele privind condițiile în care se pot aduce rețineri exercițiului drepturilor și libertăților fundamentale.

În data de 18 iulie 2020, urmare a admiterii excepției de neconstituționalitate, Parlamentul a adoptat **Legea nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic**³⁷, intrată în vigoare la 21 iulie 2020. În legea respectivă se face o distincție clară între carantină (măsură de prevenire aplicată persoanelor suspecte de a fi infectate sau purtătoare ale unui agent înalt patogen) și izolare (măsură aplicată persoanelor afectate de o boală infectocontagioasă sau a persoanelor purtătoare ale agentului înalt patogen, chiar dacă acestea nu prezintă semne și simptome sugestive), care poate să fie la domiciliu, la locația declarată de persoana izolată, într-o unitate sanitară sau la o locație alternativă atașată unității sanitare. Se prevede, pentru prima dată, **obținerea acordului persoanei suspecte sau confirmate** de a fi introdusă în carantină instituționalizată sau izolată în spital. Totuși, în cazul în care aceasta nu își dă acordul, pot fi emise decizii de către direcțiile de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București. Deciziile de confirmare sau infirmare a măsurii au caracter individual și conțin mențiuni cu privire la data și emitentul actului, numele și datele de identificare ale persoanei izolate, durata măsurii și calea de atac prevăzută de lege (orice persoană care se consideră vătămată într-un drept sau interes legitim se poate adresa instanței solicitând anularea actului).

³⁵ Faptul că legea nu prevedea internarea obligatorie a persoanelor asimptomatice a fost invocat, în luna aprilie 2020, de către Direcția de Sănătate Publică Județeană Suceava, ca o justificare a faptului că nu au fost internați beneficiarii din Centrele de Recuperare și Reabilitare Neuropsihică Sasca Mică și Costâna, confirmați pozitiv, ci numai membri ai personalului - atunci când mai mulți Raportori ONU au solicitat instituțiilor statului român informații cu privire la adoptarea unei măsuri aparent discriminatorie în cazul managerierii focarelor de infecție cu SARS-CoV-2 din cele două centre rezidențiale.

³⁶ publicată în Monitorul Oficial nr. 581 în data de 2 iulie 2020

³⁷ publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 634 din 18 iulie 2020

Persoanele purtătoare ale agentului înalt patogen, cu acordul lor sau prin decizie DSP, trebuiau să fie izolate (internate) într-o unitate sanitară sau, după caz, într-o locație alternativă atașată unității sanitare³⁸, în scopul efectuării examinărilor clinice, paraclinice și a evaluărilor biologice, până la primirea rezultatelor acestora, pentru o perioadă de maximum 48 de ore.

La data intrării în vigoare a acestei legi, 21 iulie 2020, **s-a certificat pandemia de COVID-19 declarată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în data de 11 martie 2020** (prin Hotărârea Comitetului Național pentru Situații de Urgență – CNSU nr. 36/2020). De asemenea, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1309/21 iulie 2020 s-a dispus: modalitatea de aplicare a măsurilor carantinei și izolării; identificarea de urgență a persoanele care au fost externate sau au refuzat internarea în luna iulie și evaluarea clinică și paraclinică a acestora în unități sanitare sau locații alternative acestora pentru maximum 48 de ore, fiind dispusă ulterior izolarea acestora în: unități sanitare, locații alternative atașate unității medicale, la domiciliu sau la o locație declarată (pentru pacienți asimptomatici), după caz.

Ordinul ministrului sănătății nr. 1321 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de Institutul Național de Sănătate Publică, precum și de unitățile medicale a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, emis în data de 22 iulie 2020, a prevăzut **evaluarea tuturor pacienților pozitivi SARS-CoV-2 în spitale de faza I sau II**, prin teste inflamatorii, hematologice, radiologice pulmonar/CT și, în funcție de rezultate, departajarea ulterioară pe categorii de severitate și internarea ulterioară în spitale de faza I, II, suport sau în unități de izolare și tratament.

Din data de 10 septembrie, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1513/2020 (ordin prin care a fost abrogat Ordinul nr. 1321/2020), **pacienții asimptomatici, inclusiv cei cu factori de risc, precum și pacienții simptomatici cu forme ușoare, se puteau izola, la aprecierea medicului care a evaluat cazul și a considerat că nu este necesară internare, la domiciliul persoanei sau la locația declarată de aceasta;** în cazul în care medicul considera necesară internarea, stabilirea perioadei de internare era la aprecierea medicului curant, la fel și în cazul persoanelor simptomatice cu forme medii sau severe.

În data de 22 octombrie 2020, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 180 de modificare și completare a Legii nr. 136/2020 s-a prevăzut că **persoanele asimptomatice sau care prezintă simptome care nu necesită internarea, se izolează la domiciliu sau la o altă locație aleasă de aceasta, fără a fi necesară o evaluare prealabilă a acestora în spital.**

Iar prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1819 privind modificarea și completarea Ordinului nr. 1513/2020, din data de 27 octombrie s-a stabilit că **internarea pacienților simptomatici cu factori de risc se va face la recomandarea medicului de familie, la solicitarea și cu acordul**

³⁸ Avocatul Poporului a formulat o excepție de neconstituționalitate a prevederilor legale referitoare la sintagma „izolare într-o unitate sanitară sau, după caz, într-o locație alternativă atașată unității sanitare” în sensul că acestea contravin dispozițiilor art. 147 alin. (4) din Constituție referitoare la obligativitatea deciziilor Curții Constituționale, dacă acest tip de izolare este stabilit *ope legis* și nu ca o *măsură de ultim resort* care se impune, *după ce toate celelalte măsuri, de o severitate mai scăzută, au fost epuizate*. De asemenea, această măsură *se ia prin efectul legii, fără a reglementa posibilitatea medicilor, DSP și judecătorilor de a dispune aplicarea unei forme mai puțin severe de izolare (izolarea la domiciliu)*, aceasta din urmă fiind permisă doar persoanelor asimptomatice, după cele maximum 48 de ore de evaluare. Excepția a fost respinsă de Curtea Constituțională.

Ulterior, legislația referitoare la carantină și izolare a fost modificată și completată prin OUG nr. 180/2020, fiind avut în vedere faptul că Legea nr. 136/2020 nu prevedea posibilitatea instituirii izolării la domiciliu sau la o locație declarată, în situația în care persoanele simptomatice, precum și persoanele asimptomatice, nu au efectuat examinări clinice, paraclinice și evaluări biologice într-o unitate sanitară sau, după caz, la o locație alternativă atașată acesteia pentru o perioadă de maximum 48 de ore.

pacienților. Pacienții urmau să fie transportați la spitale de faza I sau II, pentru a fi evaluați clinic, prin teste de laborator și, dacă se considera necesar, examinare radiologică pulmonară sau CT, prin internarea pacientului – spitalizare de zi sau fără internarea pacientului (consult și examene paraclinice la camera de gardă/UPU/CPU). Cu privire la **pacienții simptomatici cu forme medii sau severe, aceștia urmau să fie internați, cu acordul lor**, în spitale de faza I sau II sau în spitale suport, în cazul în care spitalele de faza I sau II nu aveau secții de terapie intensivă.

A fost necesar să treacă aproximativ 7 luni de zile de la primele măsuri adoptate în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19 și să se pronunțe Curtea Constituțională, pentru ca persoanele purtătoare ale virusului SARS-CoV-2 asimptomatice și cu forme ușoare să nu mai fie internate forțat, ci să fie internate doar la solicitarea acestora, în baza consimțământului liber și în cunoștință de cauză. Exprimarea consimțământului la internare și la tratament reprezintă însăși manifestarea principiului la autodeterminare, precizat în Declarația Adunării Medicale Mondiale de la Lisabona - **pacientul are dreptul să ia decizii cu privire la persoana sa**. Singurele situații de internare fără consimțământul pacientului erau (anterior intrării în vigoare a Legii nr. 136/2020, cu modificările și completările ulterioare): internarea nevoluntară, prevăzută de Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată; punerea în aplicare a măsurilor de siguranță a internării medicale, aplicate printr-o hotărâre definitivă de către instanța penală și a măsurilor provizorii, luate în cursul procesului penal.

De asemenea, **trebuie avut în vedere faptul că unicul scop al luării unor măsuri restrictive de libertate**, precizat în Legea nr. 136/2020, precum introducerea în carantină instituționalizată sau internarea, **trebuie să fie prevenirea răspândirii unei boli contagioase, în condițiile în care persoana nu se poate izola la domiciliu sau la o locație aleasă de aceasta. Faptul că evoluția bolii este imprevizibilă, existând riscul agravării, până la deces, nu trebuie să constituie un motiv pentru încălcarea dreptului la autodeterminare al persoanei, prin internarea forțată a acesteia.**

Referitor la internarea persoanelor asimptomatice, USMR – Alianța Medicilor a solicitat Ministerului Sănătății să oprească internarea acestora în spitale, motivând că ”internarea pacienților asimptomatici alături de cei simptomatici crește riscul de agravare a situației medicale a pacienților asimptomatici, suprasolicită cadrele medicale, determină un consum inutil de materiale sanitare și dezvoltă anxietate în rândul pacienților asimptomatici și a familiilor acestora”. De asemenea, au fost grupuri de medici care s-au adresat instituției Avocatul Poporului, precum și pacienți și aparținători ai acestora, **solicitând încetarea internării persoanelor asimptomatice.**

Din examinarea legislației și a documentelor comunicate de spitalele monitorizate s-a constatat că, în contextul epidemiei de coronavirus, pentru a se face economie de resurse materiale și umane, au fost luate o serie de măsuri: au fost reduse internările și intervențiile chirurgicale în spitale cu până la 80%; s-a stabilit eliberarea paturilor din spitalele de boli infecțioase; s-a restricționat accesul în saloane al personalului medical care nu era implicat în îngrijirea directă (în practică, în unele spitale, în cazul persoanelor asimptomatice adulți și copii monitorizarea acestora era efectuată zilnic, prin intermediul telefonului; de asemenea, consultațiile psihologului se făceau prin telefon); s-a restricționat accesul vizitatorilor, a familiilor pacienților internați. În schimb, au fost internate persoane asimptomatice, în cazul cărora, de exemplu, pentru perioade de spitalizare de 7-9 zile, costurile cu medicamentele au fost între 7.00-35.00 lei, cu hrana între 40.00-70.00 lei - pentru întreaga perioadă a spitalizării, iar cheltuielile cu materialele sanitare, pentru aceeași perioadă, au fost de aproximativ 3200,00 lei (ajungând și la aproximativ 68000,00 lei, la secția de chirurgie a Spitalului Municipal Câmpina).

► TRASEUL ÎN SPITAL AL PACIENȚILOR SUSPECTI/CONFIRMAȚI COVID-19

*La prezentarea traseului în spital a fost avută în vedere perioada anterioară intrării în vigoare a Ordinului ministrului sănătății nr. 1513/3 septembrie 2020 (în vigoare din data de 9 septembrie 2020), conform căruia, pacienții asimptomatici, inclusiv cei cu factori de risc, precum și pacienții simptomatici cu forme ușoare, se puteau izola, la aprecierea medicului care a evaluat cazul și a considerat că nu este necesară internare, la domiciliul persoanei sau la locația declarată de aceasta.

Identificarea și traseul pacienților COVID-19, începând cu luna aprilie 2020, sunt prezentate în Ordinul ministrului sănătății nr. 555/3 aprilie 2020 cu modificările și completările ulterioare³⁹. Astfel, la nivelul spitalelor, pacienții **considerați suspecti**⁴⁰ erau testați prin identificarea prin RT-PCR a ARN SARS-CoV-2 din produsele biologice recomandate (exudat nazal, exudat faringian, spută, lavaj bronșic). Pacienții erau testați conform algoritmului de testare întocmit de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)⁴¹, care **nu prevedea testarea tuturor pacienților care se prezintă la spital. Metodologia INSP prevedea însă posibilitatea unităților medicale de a stabili, suplimentar față de acest algoritm, protocoale proprii de testare a**

³⁹ Ordinul nr. 555/2020 a fost abrogat la data de 27 martie 2021, prin art. 7 din Ordinul ministrului sănătății nr. 434/26 martie 2021 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență.

⁴⁰ Conform Definiției de caz din Metodologia de supraveghere a sindromului respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19) întocmită de Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică, actualizată periodic:

16 martie 2020 - Pacient cu infecție respiratorie acută (debut brusc al cel puțin unuia din următoarele: tuse, febră, durere în gat, scurtarea respirației (creșterea frecvenței respiratorii) care necesită sau nu spitalizare ȘI În perioada de 14 zile anterioare debutului simptomelor a întrunit cel puțin unul din următoarele criterii epidemiologice: a avut contact apropiat cu un caz confirmat de COVID-19 SAU a avut istoric de călătorie internațională.

14 octombrie 2020 - Orice persoană cu debut brusc de febră ȘI tuse SAU Orice persoană cu debut brusc al oricărui 3 sau mai multe dintre următoarele semne și simptome: febră, tuse, astenie, cefalee, mialgii, dureri în gât, coriză, dispnee, anorexie/grețuri/vărsături, diaree, status mental alterat, debut recent de anosmie (pierderea mirosului) sau ageuzie (pierderea gustului) în absența unei cauze identificate SAU Orice persoană cu pneumonie, bronhopneumonie +/- pleurezie SAU Orice persoană cu infecție respiratorie acută severă (SARI) (febră sau istoric de febră ȘI tuse ȘI dificultate în respirație (scurtarea respirației) ȘI care necesită spitalizare peste noapte). Pentru copiii cu vârsta până la 16 ani care prezintă manifestări gastro-intestinale (vărsături, diaree) neasociate cu alimentația, se poate suspecta infecția cu SARS-CoV-2.

⁴¹ 1. Persoane asimptomatice, inclusiv personal medico-sanitar și auxiliar, conform definiției de caz; 2. Contacti direcți simptomatici ai cazurilor confirmate; 3. Pacienți cu maximum 48 de ore înainte de procedura de transplant (asimptomatici) și donatorii de organe, țesuturi și celule stem hematopoietice înainte de donare; pacienți cu transplant de organe, țesuturi și celule stemhematopoietice aflați în tratament imunosupresor, înaintea fiecărei internări din perioada de monitorizare post-transplant – 2 teste la 24 de ore interval; 4. Echipele medicale de prelevare a organelor pentru transplant care se deplasează de la centrul de transplant în centrele de prelevare – la fiecare 2 săptămâni; 5. Pacienți asimptomatici cu imunosupresie în contextul bolii sau indusă medicamentos, cu maximum 48 de ore înainte de internarea în spital; 6. Pacienți oncologici asimptomatici aflați în curs de chimioterapie și/sau radioterapie: Pacienți oncologici asimptomatici aflați în curs de chimioterapie – cu maximum 48 de ore înainte de fiecare cură, respectiv de fiecare prezentare la spital pentru monitorizare; - Pacienți oncologici asimptomatici aflați în curs de radioterapie – înainte de prima ședință și apoi la 14 zile, până la terminarea curei; 7. Pacienți oncologici asimptomatici înainte de intervenții operatorii sau manevre invazive, cu maxim 48 de ore înaintea intervenției/manoperei; Cu referire la punctele 5., 6. și 7., în cazul pacienților copii care se internează cu însoțitor, se testează și însoțitorul. 8. Pacienți hemodializați asimptomatici - de 2 ori pe lună; - Pacienți hemodializați asimptomatici contacti cu caz confirmat, 2 testări la 6-7 zile interval între ele; 9. Pacienți hemodializați simptomatici; 10. Persoane instituționalizate asimptomatice – de 2 ori pe lună; 11. Personalul de îngrijire din centre rezidențiale – săptămânal; 12. Gravidele asimptomatice care se află în carantină/izolare la domiciliu sau au fost contact direct cu un caz confirmat – în ziua 14, dacă nu au devenit simptomatice; 13. Personal medico-sanitar și auxiliar asimptomatic contact direct cu caz confirmat, în a 6-7 zi de la ultimul contact posibil infectant.

pacienților și a personalului medical. Testările suplimentare erau realizate cu resurse proprii, în laboratoarele proprii sau în alte laboratoare. În cadrul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, de exemplu, protocolul propriu prevedea și testarea contactilor direcți asimptomatici ai unui caz confirmat (spre deosebire de algoritmul INSP care recomanda să fie testați doar contactii simptomatici ai cazurilor confirmate), la 6-7 zile de la ultimul contact cu cazul confirmat.

Până la momentul obținerii rezultatului, pacienții erau izolați în zone-tampon ale spitalului/secției de spital unde s-a ridicat suspiciunea de COVID-19, în camere individuale cu grup sanitar propriu. Dacă rezultatul testului era negativ, pacienții simptomatici rămăneau internați în spital (dacă spitalul nu era dedicat COVID-19), respectiv erau orientați către unități medicale non-COVID (dacă spitalul unde s-a efectuat testarea era COVID-19), pentru a beneficia de îngrijirile medicale necesare. Pacienții care prezentau o imagine radiologică/CT sugestivă pentru infecția SARS-CoV-2, fără altă cauză aparentă, rămăneau în izolare și erau retestați la 48 de ore de la primul test. Puteau fi asimilați pacienților COVID-19, pacienții cu suspiciune înaltă de COVID-19 forma severă, chiar dacă prezentau un rezultat negativ/neconcludent sau rezultatul era indisponibil. Acești pacienți erau trimiși spitalelor de faza I sau II, pentru a fi ținuti în izolare, până la clarificarea definitivă a diagnosticului.

Dacă **rezultatul testului era pozitiv**, se proceda în funcție de gradul de severitate:

- pacienții asimptomatici, fără modificări biologice, hematologice, radiologice și fără factori de risc, erau transferați/internați în unități de izolare și tratament;
- pacienții asimptomatici cu factori de risc și pacienții simptomatici cu forme ușoare erau transferați în spitale de faza II și în spitale suport;
- pacienții simptomatici cu forme medii sau severe erau tratați în spitale faza I sau II care aveau secții de terapie intensivă, în lipsa unor astfel de secții erau tratați în spitale-suport, iar ulterior erau transferați în spitale de faza I sau II.

Referitor la tratarea cazurilor critice, s-a prevăzut încă din luna martie 2020 **identificarea unităților sanitare cu paturi care au secție ATI și linie de gardă ATI** (care urmau să preia cazuri critice atunci când capacitatea serviciului ATI al spitalului de boli infecțioase era depășită); **raportarea numărului de paturi ATI din fiecare unitate sanitară cu paturi atât de stat, cât și privată**, precum și a numărului de paturi din spital care dispuneau de surse de oxigen și aer comprimat funcțional, dar și **identificarea unor zone** (de exemplu: bloc operator, saloane de izolare) **din spitalele cu secții ATI unde activitatea ATI să se poată extinde la nevoie.**

Este prezentată în continuare, cu titlu de exemplu, situația paturilor ATI pentru pacienții COVID-19, conform informațiilor transmise de spitale pentru perioada 16 martie-8 iunie 2020:

- la nivelul *județului Giurgiu*: Spitalul Județean de Urgență Giurgiu – spital faza II nu avea terapie intensivă la Secția de Boli Infecțioase, în consecință cazurile grave COVID-19 internate erau transferate la Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” și Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” din capitală (conform Protocolului de Tratamentul al Infecției cu Virusul SARS-CoV-2), iar în Spitalul Orășenesc Bolintin Vale erau 6 paturi pentru ATI;

- la nivelul *județului Călărași* erau 15 paturi la ATI în Spitalul Municipal Oltenița (spital suport);

- la nivelul *județului Buzău* erau 15 paturi la ATI COVID-19, în Spitalul Municipal Râmnicu Sărat (spital suport).

În funcție de evoluția sub tratament a bolii, pacienții erau transferați în alte spitale COVID-19, astfel:

- pacienții internați în spitale de faza I, II sau suport, atunci când deveneau afebrili, cu ameliorare semnificativă clinică, puteau fi transferați în unități de izolare sau tratament;

- pacienții internați în spitale suport sau unități de izolare sau tratament, atunci când starea acestora se agrava (prezentau dispnee, durere toracică, tulburarea stării de conștiență, scăderea saturației de oxigen sub 93%), erau transferați în spitale de faza I sau II.

Se observă astfel că **pacienții suspecți/confirmați erau spitalizați, succesiv, în cel puțin 2 spitale, ca o consecință a împărțirii spitalelor în COVID-19 și non COVID-19, dar și a împărțirii celor COVID-19 în spitale faza I, faza II și suport.**

De exemplu, la nivelul *județului Constanța*, pacienții suspecți prezentați la Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța, dacă prezentau simptome, fie erau transferați imediat cu izoleta la Spitalul de Boli Infecțioase Constanța – spital faza I, fie rămâneau internați în spital până la aflarea rezultatului și, în cazul în care rezultatul era pozitiv, erau transferați în Spitalul de Boli Infecțioase Constanța. Pacienții care prezentau diagnostice secundare patologii cronice (altele decât patologii respiratorii) erau transferați la spitalul suport - Spitalul Municipal Medgidia (spital care are toate specialitățile).

La nivelul *județului Prahova*, pacienții prezentați la Spitalul Județean de Urgență Ploiești, considerați suspecți și testați pentru infecția cu SARS-CoV-2, erau transferați cu salvarea la Spitalul General CF Ploiești – spital suport (unde li se administra tratament simptomatic, dacă era cazul) până la primirea rezultatului. Dacă rezultatul era pozitiv, erau transferați cu izoleta la Secția de Boli Infecțioase din Spitalul Județean de Urgență Ploiești. Pacienții care prezentau comorbidități cu risc vital imediat erau transferați de la Spitalul General CF Ploiești la Spitalul Municipal Câmpina – spital suport.

La nivelul *județului Giurgiu*, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Giurgiu – spital de faza a II-a (a avut și secții non-covid), pacienții suspecți erau cazați în zone tampon; dacă erau confirmați, erau mutați în secția de boli infecțioase; dacă prezentau patologii asociate erau transferați la spitale suport: Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale sau Spitalul Clinic Colentina (în cazul specialităților care nu puteau fi susținute de Spitalul Bolintin-Vale); copiii și femeile însărcinate nu se internau în Secția de Boli Infecțioase, întrucât nu existau dotările necesare pentru a trata și urmări aceste categorii de pacienți, astfel, copiii sub 16 ani se trimiteau la Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” sau Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” (la aceste unități sanitare se trimiteau și cazurile grave de COVID-19, astfel cum s-a menționat anterior), iar femeile însărcinate erau transferate la Maternitatea Bucur sau la Unitatea de asistență materno-fetală Polizu; pacienții dializați cu stare generală alterată, insuficiență respiratorie, se transferau la Spitalul Clinic de Nefrologie ”Dr. Carol Davila”, toate spitalele respective aflându-se în capitală.

Aceste situații au fost considerate de echipa MNP drept problematice, sub mai multe aspecte: ***respectarea dreptului pacientului de a-și alege spitalul, precum și medicul curant; spitalizarea pacientului aproape de domiciliul său și de familie***, pentru a fi mai facilă obținerea de informații cu privire la pacient (mai ales în cazurile în care starea de sănătate a acestuia nu permite menținerea contactului telefonic cu familia), transmiterea de pachete și accesul rapid al aparținătorilor în caz de deces, având în vedere procedura extrem de riguroasă în aceste situații. De exemplu, în data de 8 iulie 2020, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1239, în județul Cluj nu mai era niciun spital suport (au fost scoase toate cele 5 spitale desemnate anterior spitale suport COVID-19). În această situație, nu se putea respecta algoritmul antemenționat, decât prin transferarea pacienților care trebuiau, conform algoritmului, să fie internați în spitale suport, în spitale de acest tip din alte județe (ulterior au fost reintroduse mai multe spitale pentru județul Cluj, pe lista spitalelor suport).

De asemenea, ***schimbarea spitalelor, a personalului medico-sanitar, asociate și cu imposibilitatea contactului fizic cu familia, prietenii sau cu o persoană cunoscută*** (care poate fi

medicul în cazul în care pacientul ar avea posibilitatea de a alege) **poate avea un impact negativ puternic asupra sănătății psihice a pacientului și, în consecință, asupra evoluției bolii.** Practic, pacienții, pe întreaga perioadă a spitalizării, nu au putut vedea *la față* decât pe ceilalți pacienți, dacă erau cazați mai mulți pacienți în salon; pentru prevenirea infectării cu COVID-19 a personalului este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar care intră în contact direct cu pacienții să poarte echipament complet de protecție: combinezoane, măști, mănuși, vizieră, botoși. Și, nu în ultimul rând, **concentrarea pacienților numai în anumite spitale poate genera supraaglomerarea acestora, în cazul în care numărul de persoane internate este ridicat, în special în secțiile de ATI.**

O soluție pentru evitarea transferului repetat al pacienților COVID-19, a lipsei de locuri la ATI pentru acești pacienți a fost identificată de către MNP ca fiind crearea de circuite separate (COVID-19, non-COVID-19) în toate spitalele, situație care permite inclusiv managerierea corespunzătoare a cazurilor de contaminare în spital (cazurile COVID-19 asociate asistenței medicale - IAAM) fără a mai fi nevoie de transferul acestora. Existența unor circuite separate era impusă oricum de gestionarea **urgențelor medico-chirurgicale**, aflate în departamentele UPU sau internate în spitale non-COVID-19 și confirmate pozitiv pe parcursul spitalizării. Aceste urgențe, conform ordinelor ministrului sănătății, **trebuiau rezolvate în unitatea sanitară unde s-au adresat și pacienții stabilizați clinic** și abia apoi transferați în spitale suport. DSP Prahova a sancționat Spitalul Municipal Câmpina (spital suport) pentru nerespectarea de către personalul spitalului a protocoalelor și procedurilor în privința actului medical (cu privire la faptul că nu a fost primit un pacient adus cu ambulanța de la altă unitate sanitară, considerând că nu este o urgență majoră)

De asemenea, prin crearea unor circuite separate în toate spitalele și deschiderea spitalelor care au fost desemnate COVID-19 pentru toate persoanele care necesită îngrijire medicală în spital, **se asigură acces echitabil la asistență medicală spitalicească tuturor persoanelor care au nevoie, indiferent dacă sunt COVID-19 sau nu, respectându-se astfel prevederile art. 3 din Convenția de la Oviedo pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei din 4 aprilie 1997 (Convenția privind drepturile omului și biomedicina).**

Pentru exemplificare, este menționată situația în perioada 16 martie - 8 iunie, în câteva spitale suport monitorizate:

- Spitalul General CF Ploiești (spital suport cu o capacitate de 155 de paturi și secții/compartimente: medicină internă, chirurgie generală, ATI) - au fost internați în spital 134 de pacienți suspecți COVID-19 (dintre care doar 23 de pacienți au avut test pozitiv);

- Spitalul Municipal Oltenița (spital suport cu o capacitate de 210 paturi și secții/compartimente: medicină internă, chirurgie generală - ORL, oftalmologie, ortopedie; pediatrie, obstetrică-ginecologie, compartiment pneumologie TBC, ATI) - au fost internați 249 de pacienți cu suspiciune/testare pentru infecție cu SARS-CoV-2 (în cazul a 21 dintre pacienți rezultatul fiind pozitiv);

- Spitalul Orășenesc Bolintin Vale (spital suport cu o capacitate de 168 paturi și secții/compartimente: medicină internă, chirurgie generală, pediatrie/neonatologie, obstetrică-ginecologie, ATI) - au fost spitalizați 57 de pacienți confirmați COVID-19;

- Spitalul Municipal Râmnicu Sărat (spital suport cu o capacitate de 450 paturi și secții/compartimente: medicină internă, dermatovenerologie, îngrijiri paliative, pediatrie, chirurgie generală, obstetrică-ginecologie, neonatologie, cardiologie, neurologie, ORL, oftalmologie, boli infecțioase, pneumologie, ATI) - au fost spitalizați 151 de pacienți confirmați COVID-19; în rapoartele de gardă, de exemplu, **în perioada 23 martie - 2 mai, cu excepția a 5 zile (când au fost 1-2 internări pacienți confirmați COVID-19) nu figurează nicio internare.** În luna iunie

2020, conducerea spitalului a solicitat către DSP Buzău aviz pentru reluarea activității de acordare a asistenței medicale prin internare continuă și pentru pacienții cu patologie non-covid, pacienți care, începând din luna aprilie, nu au putut beneficia de serviciile medicale necesare, fiind necesară deplasarea acestora la alte unități sanitare din județul Buzău, municipiul București sau alte centre medicale din țară. Iar Primarul Municipiului Râmnicu Sărat s-a adresat instituției Avocatul Poporului în vederea redeschiderii spitalului și pentru pacienții non-COVID-19, menționând că: ”prin acest gen de abordare” a fost îngăduit dreptul constituțional al acestor pacienți la asigurarea asistenței medicale, iar faptul că urma să înceapă sezonul friguros, fiind știut că în condiții de viscol sau de vreme nefavorabilă rutele Rm. Sărat - Buzău – București și Rm. Sărat-Brăila sunt închise circulației, exista pericolul de pierderi de vieți omenești, din cauza imposibilității acordării asistenței medicale.

De asemenea, referitor la accesul pacienților la serviciile medicale, reprezentanții Spitalului Clinic Colentina, în petiția prezentată în mass-media, au susținut că, în lunile martie și aprilie „au fost internați 400 de pacienți pe cele 867 de paturi” de care dispune spitalul, iar la data întocmirii petiției (luna iunie 2020) erau „sub 100 de pacienți, majoritatea asimptomatici și fără alte probleme de sănătate care să necesite spitalizarea”, pacienți îngrijiți de ”258 de medici și de aproape 1000 de asistenți medicali”.⁴²

Spitalele de faza II aveau posibilitatea legală de a interna pacienți non-COVID, în cazul în care își stabileau circuite separate, primind avize temporare de la Direcțiile de Sănătate Publică Județene sau a Municipiului București, după caz, dar internarea acestora a fost restricționată/limitată. De exemplu, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, conform Avizelor temporare primite de la DSP Municipiul București, funcționa în luna aprilie cu un număr total de 560 de paturi din 622 de paturi aprobate, repartizate în cele 3 sedii ale unității. În sediul din Șoseaua Viilor nr. 90, sector 5 a internat pacienți suspecți/confirmați, în corpul de clădire Pavilion II (62 paturi pacienți COVID-19 pozitivi – dintre care 13 pentru pacienți cu TBC cu circuite separate, 10 paturi pentru pacienți COVID-19 suspecți și, din luna mai 2020, 7 paturi zona ATI). Internarea persoanelor non-COVID a fost restricționată în starea de urgență și limitată ulterior, având în vedere că, la sfârșitul lunii mai, pentru asigurarea graficului de muncă în pavilionul COVID-19 au fost detașate persoane din alte secții și compartimente unde activitatea a fost reluată la nivel minim după încetarea stării de urgență și a permis desfășurarea activității cu un număr mai mic de persoane.

► **EXTERNAREA PACIENȚILOR CONFIRMAȚI CU INFECȚIE SARS-CoV-2**

***este avută în vedere perioada martie – octombrie 2020**

Inițial, prin Ordinul ministrului sănătății pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 nr. 487 din data de 24 martie, avându-se în vedere recomandările Centrului European de Control al Bolilor (ECDC) din 10 martie, au fost prevăzute următoarele criterii de externare pentru pacienții confirmați COVID-19: - clinic: afebril, după ameliorarea celorlalte simptome (diminuarea marcată - CDC; ameliorarea manifestărilor respiratorii și modificărilor radiologice); - virusologic: două teste PCR SARS-CoV-2 consecutive negative, pe probe recoltate la minimum 24 de ore între ele din nazofaringe și/sau orofaringe (probele fiind recoltate la cel puțin șapte zile de la primul test pozitiv și după minimum trei zile de afebrilitate); cazurile ușoare se puteau externa rapid sau chiar îngriji la domiciliu. În data de 8 mai, în Ordinul ministrului sănătății nr. 753/2020 s-a prevăzut externarea în condițiile în care existau două

⁴² Urmare a obținerii avizului temporar de funcționare în regim mixt, eliberat de către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București, din luna mai 2021 Spitalul Colentina a început să funcționeze în regim mixt (COVID și non-COVID), fiind create circuite separate.

determinări consecutive ale ARN SARS-CoV-2 nedetectabile, la interval de minimum 24 de ore, iar în Ordinul ministrului sănătății nr. 961/29 mai 2020, s-a menționat faptul că, pentru cazurile severe, proba biologică de elecție trebuie să fie sputa sau aspiratul bronșic din care se va face testul RT-PCR, exudatul nasofaringian care reprezintă criteriu de externare (2 teste negative) efectuându-se la cazurile a căror stare clinică sugerează vindecarea sau chiar au devenit asimptomatice.

În data de 23 iunie, în Ordinul ministrului sănătății nr. 1137/2020 s-a prevăzut că pacienții asimptomatici fără factori de risc pot fi externați după minimum 10 zile de la internare, chiar dacă sunt pozitivi la testarea de control din ziua 8 de la internare; pacienții asimptomatici cu factori de risc și cei cu forme ușoare pot fi externați după minimum 10 zile de la internare, lipsa febrei și ameliorarea simptomatologiei pentru cel puțin 72 de ore; pacienții simptomatici cu forme medii sau severe după cel puțin 14 zile de la debutul simptomelor, lipsa febrei pentru cel puțin 72 de ore și ameliorarea simptomatologiei (condiții îndeplinite cumulativ).

Ulterior intrării în vigoare a Legii nr. 136/2020, în data de 22 iulie (prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1321/2020⁴³), pacienții asimptomatici fără factori de risc puteau fi externați după 48 de ore de la internare, cu condiția izolării la domiciliu, după o evaluare clinică și paraclinică, nefiind necesară testarea de control la 14 zile de la diagnosticul inițial, iar în cazul pacienților asimptomatici cu factori de risc, externarea se putea face și mai devreme de 10 zile, după cel puțin 72 de ore de absență a oricărui simptom COVID-19, dacă medicul curant considera oportun, pe baza criteriilor clinice și paraclinice.

Pe parcursul activității de monitorizare s-a constatat faptul că, **în unele spitale, pacienților suspecți li se aplicau criteriile de externare ale pacienților confirmați pozitiv; aceștia nu erau externați/transferati la un spital non-COVID (după caz) atunci când rezultatul testului era negativ, ci li se efectua un al doilea test (de control)**, la interval de minimum 24 de ore de la primul test, fapt care a condus, în mod evident, la prelungirea spitalizării acestora (spitalizare care era obligatorie). Durata spitalizării putea fi influențată și de disponibilitatea personalului care efectua recoltarea, de locația și programul de lucru al laboratoarelor unde erau prelucrate testele. De exemplu, la Spitalul General CF Ploiești (spital suport unde au fost internați numai pacienți suspecți COVID-19), perioada de internare a fost în general de 2-3 zile la pacienții care au fost confirmați pozitiv (în aceste cazuri fiind considerat suficient un singur test, pacienții fiind transferați la Secția de Boli Infecțioase din Spitalul Județean de Urgență Ploiești) și de 3-6 zile la pacienții testați negativi și retestați (situație în care s-a regăsit majoritatea pacienților), în condițiile în care rezultatul primului test venea la 1-3 zile după internare. La acest spital, recoltarea probelor pentru testul PCR era efectuată și de către personal din cadrul Secției de Boli Infecțioase din Spitalul Județean de Urgență Ploiești (cunoscut și ca Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești sau Spitalul

⁴³ În vigoare până la data de 9 septembrie 2020 când a fost abrogat prin Ordinul nr. 1513/2020 care prevede: •pacienții asimptomatici cu factori de risc pot fi izolați în spitale de faza I, faza a II-a sau spitale-suport la recomandarea medicului de familie, la solicitarea și cu acordul lor; pacienții asimptomatici cu factori de risc care sunt pozitivi la testul de control pot fi externați și mai devreme de 10 zile, după cel puțin 72 de ore de absență a oricărui simptom COVID-19, dacă medicul curant consideră oportun pe baza criteriilor clinice și paraclinice, cu condiția izolării la domiciliu sau la locația declarată de pacient până la împlinirea celor 14 zile ale perioadei de izolare; •pacienții simptomatici cu forme medii sau severe vor fi internați în spitale de faza I sau II care au în structură secții de terapie intensivă sau în spitale-suport, în cazul în care spitalele de faza I sau II nu au secții de terapie intensivă. Internarea trebuie să dureze până când sunt îndeplinite toate criteriile următoare: cel puțin 14 zile de la data recoltării primului test pozitiv și lipsa febrei pentru cel puțin 72 de ore și ameliorarea simptomatologiei. Testarea de control RT-PCR se va efectua după îndeplinirea criteriilor mai sus menționate; pacienții cu rezultat pozitiv pentru ARN SARS-CoV-2 la testul de control pot fi externați dacă medicul curant consideră oportun pe baza criteriilor clinice și paraclinice.

Movila), fie la patul pacientului, fie pacienții erau trimiși la Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești în acest sens, testele verificate fiind prelucrate la laboratoare din municipiul București: Regina Maria și Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”. A fost reținut cazul unui pacient (consemnat în raportul de gardă) care, la Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești a fost tratat ca un caz suspect, deși nu se încadra în definiția de caz de la acea dată și testat, motiv pentru care Spitalul Județean de Urgență Ploiești a refuzat categoric internarea, pacientul ajungând la Spitalul General CF Ploiești, unde a fost confirmat negativ de 2 ori.

Un alt caz reținut, a fost cel al unui pacient asimptomatic (acesta a suferit un politraumatism sever în urma unui accident de circulație, în afara țării) care a fost internat la Spitalul General CF Ploiești. Anterior internării, acesta a fost testat negativ de două ori, ultimul test fiind efectuat la Spitalul Județean de Urgență Ploiești. Fiind testat pozitiv la testul rapid (Ig G + Ig M) în cadrul Spitalului General CF Ploiești, i s-a efectuat un nou test RT-PCR, trimis la Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”. Deși rezultatul a ieșit negativ, pacientul nu a fost externat, la decizia DSP Prahova a rămas spitalizat încă 10 zile. Conform raportului de gardă, DSP a decis „carantinarea” pacientului în spital sau carantină instituționalizată, pacientul nu a optat însă, având o „atitudine defensivă și acuzativă la adresa DSP”.

Alte aspecte reținute:

- testele de control erau efectuate cu câteva zile mai târziu decât data indicată de spitalul de unde a fost transferat pacientul, de exemplu, testul nu era efectuat în data de 25, ci în data de 29 a lunii respective;

În această situație s-au regăsit mai mulți pacienți asimptomatici (conform FOCG verificate) care, după ce au fost spitalizați timp de 6 zile la Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, secția Boli Infecțioase (spital suport), au fost transferați la Spitalul Municipal Câmpina (secția chirurgie) pentru supraveghere și evaluare clinică-biologică, cu indicarea datei la care să fie efectuat testul de control. În Spitalul Municipal Câmpina au fost internați 7 zile, fiindu-le efectuat testul de control ulterior datei indicate, test care a ieșit pozitiv cu excepția unui pacient al cărui test a fost negativ; s-a efectuat un nou test, dar pacienții au fost transferați la Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești (inclusiv pacientul cu testul negativ) înainte de sosirea rezultatului testului (transferurile au fost efectuate în urma discuției personalului medical din spital cu conducerea DSP Prahova și cu un medic din cadrul Spitalului de Boli infecțioase Ploiești);

- au fost pacienți spitalizați și 40 de zile, timp în care li s-a efectuat o serie de teste RT-PCR (în unele situații rezultatul testelor fiind alternativ pozitiv și negativ) până la obținerea a două teste consecutive negative, durata internării fiind de 20-40 de zile (la Spitalul Județean de Urgență Giurgiu - spital faza II; Spitalul Municipal Câmpina - spital suport, unde, în cazul în care primul test era negativ s-a efectuat și cel de-al doilea test, intervalul dintre cele două teste fiind de 7-18 zile).

Intervalele de timp la care erau efectuate testele de control nemulțumeau pacienții, în cazul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” fiind consemnat în raportul de gardă, în mod repetat, faptul că **pacienții prezintă o anxietate în creștere privind rezultatele RT-PCR în lucru**, precum și dorința acestora de a fi testați mai repede (în cadrul Institutului, în cazul în care primul test de control, efectuat în general la 7 zile de la internare, era pozitiv, următorul test se efectua după alte 7 zile; au fost cazuri în care primul test de control a fost negativ, s-a efectuat al doilea la 24 de ore și a ieșit pozitiv, s-a continuat tratamentul încă 7 zile și apoi s-a efectuat un alt test, care a ieșit negativ, fiind urmat de un altul la 24 de ore, negativ).

Sub acest aspect, în chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului, au fost respondenți care au consemnat cu privire la procedura de externare: *trebuie să iasă două teste negative unul după altul, dar asta poate dura săptămâni!!!! sau în ziua testării medicul curant a*

venit și mi-a comunicat să nu-mi fac speranțe că testul va ieși negativ, iar dacă printr-o minune primul va ieși negativ, al doilea mai mult ca sigur va fi pozitiv. Nu am fost consultată de medicul curant niciodată, evoluția medicală a fost realizată de către un rezident prin telefonul mobil care insista foarte hotărât că nu se poate să nu am nimic, trebuie să prezint măcar un simptom ceva. (Spitalul de Boli Infecțioase Iași), iar o pacientă internată în Spitalul Monza din Municipiul București: PCR, 4 teste în 13 zile, la care am așteptat rezultatul mai mult de 24 de ore, iar în weekend nu se recoltează pentru că nu lucrează laboratorul [...] testele se fac rar și nu mi se pare normal în pandemie să nu lucreze laboratorul în weekend, pacienta completând Nu mi se pare corect să stau internată în spital în condițiile în care nu am niciun simptom și să nu pot să stau acasă în autoizolare. Consider că aici îmi fac mai mult rău, îmi este îngrădită libertatea și mă simt închisă pe nedrept și nu am posibilitatea să aleg autoizolarea la domiciliu.

Se considera că un test, dacă era negativ, putea să fie fals negativ, motiv pentru care trebuia să fie repetat, pentru siguranță. În schimb, un singur test pozitiv (nu se avea în vedere posibilitatea de a fi fals pozitiv și nici nu se considera necesar să fie susținut de rezultatul unor investigații suplimentare, astfel ca internarea obligatorie să nu fie consecința doar a rezultatului testului⁴⁴) a dus la internarea obligatorie și chiar tratament obligatoriu, fiind aplicate scheme noi de medicamente (insuficient testate). ***Nu a fost păstrat un echilibru între interesul colectiv (existența riscului de răspândi infecția) și interesul individual (respectarea dreptului la libertate al individului și dreptul de a nu fi supus tratamentului fără consimțământ).***

► **TRATAMENTUL MEDICAMENTOS AL PACIENȚILOR COVID-19**

Nu există un tratament patogenetic (specific) COVID-19, autorizat de Agenția Europeană a Medicamentului (European Medicine Agency – EMA) sau de U.S. Food and Drug Administration (FDA), ci doar de suport. Conform informațiilor de pe pagina de internet a Centrului European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) (în perioada analizată, martie-octombrie 2020), tratamente potențiale erau evaluate în cadrul studiilor desfășurate la nivel global, în institute de sănătate din Statele Unite, precum și studii efectuate în mai multe state membre ale Uniunii Europene.

În România, a fost elaborat un Protocol de tratament pe baza documentelor emise de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), ECDC și ghiduri terapeutice elaborate în China, Italia, Belgia, SUA, precum și alte materiale publicate în cursul pandemiei. Protocolul, forma inițială și reviziile ulterioare au fost aprobate prin ordine ale ministrului sănătății, ordine aduse la îndeplinire de direcțiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, unitățile sanitare publice și private, precum și personalul medical implicat în furnizarea de servicii medicale din specialitățile implicate. Protocolul a fost considerat un sprijin pentru comisiile de politică ale medicamentului din cadrul

⁴⁴ În decizia Curții de Apel din Lisabona (referitoare la lipsirea de libertate a 4 cetățeni germani doar în baza unui rezultat pozitiv la testul RT-PCR – detenție ilegală astfel cum a fost considerată de către instanță), pronunțată în data de 11 noiembrie 2020, se reține «Este de competența unui medic de a pune un diagnostic, în aria sa de competență. Este astfel clar că prescrierea metodelor de diagnostic auxiliare (cum este cazul testelor pentru depistarea infecției virale), precum și diagnosticarea existenței unei boli, în raport cu fiecare persoană, este o chestiune care nu poate fi să fie efectuată prin lege, rezoluție, decret, regulament sau orice alt act normativ, deoarece acestea sunt acte pe care sistemul juridic portughez le rezervă competenței exclusive a unui medic, fiind sigur că, în sfârșitul pacientului său, medicul ar trebui să încerce întotdeauna să obțină consimțământul informat al acestuia. [...], având în vedere dovezile științifice actuale, acest test este, în sine, incapabil să determine, dincolo de orice îndoială rezonabilă, că o astfel de pozitivitate corespunde, de fapt, infecției unei persoane de virusul SARS-CoV-2, din mai multe motive, dintre care instanța subliniază două: fiabilitatea testului depinde de numărul de cicluri care alcătuiesc testul; de asemenea, depinde de cantitatea de încărcare virală prezentă.»

unităților sanitare privind utilizarea „off-label” a unor medicamente potențial active, având în vedere că, prin Decretul Președintelui României nr. 175/16 martie 2020 au fost autorizate prescripțiile de tratamente „off-label” (administrarea unui medicament în afara indicațiilor pentru care a fost aprobat de către organismul de autorizare în momentul punerii sale pe piață) în cazul pacienților infectați cu virusul SARS-CoV-2, după ce aceste tratamente sunt avizate de comisiile de politică ale medicamentului din cadrul unităților sanitare respective.

Protocolul prevedea o schemă de tratament pentru persoanele confirmate COVID-19: în cazul *persoanelor asimptomatice*, se recomanda să nu se administreze tratament; în cazul *formelor ușoare*, inițial se prevedea atât tratamentul în ambulatoriu (în Ordinul ministrului sănătății nr. 487/24 martie 2020 se menționează faptul că formele ușoare se pot „chiar îngriji la domiciliu”) cu paracetamol, cât și cel aplicat în cazul spitalizării: Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) sau Hidroxiclorochină (Plaquenil) (inițial Kaletra a fost de primă intenție, apoi Plaquenil), ulterior, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 860/21 mai 2020 fiind recomandată asocierea acestora sau asocierea Plaquenil cu Azitromicină și Umifenovir; în cazul formelor severe/critice (detresă respiratorie acută, confuzie/comă, sepsis, MSOF), Plaquenil și Remdesivir sau Kaletra (dacă Remdesivir nu era disponibil) și terapie imunomodulatoare, corticoizi, plasmă de convalescent, alte imunosupresoare. De asemenea, în cazul tuturor pacienților simptomatici internați se recomanda medicație anticoagulantă (tratament profilactic sau curativ).

S-a recomandat ca durata tratamentului să nu fie mai mică de 5 zile și să fie urmărite reacțiile adverse frecvente (care apar în 45-50% din cazuri) în cazul acestor medicamente: Kaletra: vărsături, anemie, leucopenie, hepatită, IACSR, IACRI; Plaquenil – tulburări de ritm/conducere, greață, vărsături, diaree, tulburări de vedere; Azitromicină – diaree, vărsături, amețeli, dureri de cap, tulburări de vedere, surditate; unele medicamente necesitând efectuarea unui EKG zilnic (Plaquenil) sau administrarea cu mâncare sau cu o cană cu lapte (Kaletra).

Instrumentele naționale și internaționale privind drepturile pacientului prevăd ***administrarea tratamentului numai cu consimțământul acestuia, exprimat liber și în deplină cunoștință de cauză***. Convenția de la Oviedo pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei din 4 aprilie 1997 (Convenția privind drepturile omului și biomedicina) prevede că o intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză, ***după ce a primit în prealabil informații adecvate în privința scopului naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor***; în orice moment persoana își poate retrage, în mod liber, consimțământul; iar în cazul unei persoane lipsite de capacitatea de a consimți, este nevoie de autorizația reprezentantului legal, a unei alte autorități sau a unei alte persoane sau instanțe desemnate prin lege. În Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare, se prevede că ***pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală*** (examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare) asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa. Singura excepție prevăzută în legislația națională este cea prevăzută în Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a drepturilor persoanelor cu dizabilități psihice, republicată (art. 29)⁴⁵. De asemenea, în Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare se prevede că, atunci când este

⁴⁵Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații: a)comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane; b)pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical și nu are un reprezentant legal ori nu este însoțit de un reprezentant convențional; c)pacientul este minor sau pus sub interdicție, caz în care medicul psihiatru este obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului legal.

necesară o intervenție medicală de urgență și pacientul nu își poate exprima voința, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.

Aceste prevederi trebuie respectate în cazul tuturor pacienților spitalizați și trebuie acordată o atenție deosebită cu atât mai mult cu cât tratamentul medicamentos nu este unul specific afecțiunii de care suferă pacientul (în cazul Remdesivirului fiind unul experimental⁴⁶) și prezintă reacții adverse frecvente, unele dintre ele severe.

Având în vedere toate aceste aspecte, pentru siguranța faptului că pacientul a fost informat corespunzător cu privire la tratamentul medicamentos propus spre a fi administrat, ***echipa MNP a apreciat că în astfel de situații este utilă consemnarea, în cadrul formularului de consimțământ cu privire la tratament, a faptului că medicamentele respective sunt „off-label”.***

În cursul activității de monitorizare, echipa MNP a constatat că nu toate spitalele puneau în aplicare recomandările Institutul Național de Sănătate Publică, **erau spitale care prevedeau în protocolul propriu de tratament administrarea tratamentului cu antivirale la pacienții asimptomatici** (aveau ca sursă protocoalele elaborate în cadrul Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” și Spitalului Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”) și **spitale (sau unii medici din spital) care administrau în practică tratament antiviral pacienților asimptomatici, contrar Protocolului propriu de tratament.**

De exemplu:

- în cadrul Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Constanța a fost avut în vedere *Protocolul terapeutic COVID-19 la adulți*, elaborat de Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” care prevedea tratamentul pacienților asimptomatici cu Kaletra, 4 cp/zi timp de 10 zile;

- în cadrul Spitalului Orășenesc Bolintin-Vale, în Protocolul de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2, elaborat în luna aprilie 2020, au fost avute în vedere Protocoalele terapeutice ale Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” și Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”: în cazul pacienților asimptomatici era prevăzută administrarea tratamentului în funcție de: comorbidități; HLG, LDH, CRP; modificări Rx cp cu: Plaquenil – 400 mg×2/zi prima zi și 200 mg de 2 ori/zi ziua 2 – ziua 10 1 tb=200 mg (conform protocolului Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”) sau Kaletra – 2 tb ×2/zi - 7-10 zile (conform protocolului Institutului Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”) sau doar simptomatice dacă tabloul biologic și Rx cp sunt normale și în funcție de evoluția pacientului (conform Ordinului ministerului sănătății nr. 487 anexa 1 din 24 martie 2020);

Din verificarea Foilor de Observație Clinică Generală s-a constatat că unora dintre pacienții asimptomatici li s-a administrat Kaletra (2-4 capsule/zi), timp de 14 zile (în unele cazuri, contrar Protocolului de diagnostic și tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 din spital, care prevedea că în cazul pacienților asimptomatici nu se administrează tratament) sau Kaletra (14 zile) în asociere cu Plaquenil (10 zile). În cadrul Spitalului Municipal Râmnicu Sărat se administra tratament medicamentos pacienților asimptomatici, inclusiv copii (acestora li se administra tratament antiviral - Kaletra conform *Algoritmului terapeutic în cazul persoanelor infectate cu SARS-CoV-2* timp de 10 zile, antibiotic-Azitromicină, la recomandarea medicului pediatru). S-a constatat administrarea tratamentului antiviral în spitale în care nu existau medici de specialitatea boli infecțioase, medicii curanți fiind de altă specialitate, precum: chirurgie, medicină internă, gastroenterologie, pneumologie, ATI, pediatrie, aceștia fie preluând schemele terapeutice prescrise de către un medic de specialitatea boli infecțioase care, în general, nu erau reevaluate pe parcursul

⁴⁶În cazul unui tratament experimental, trebuie avute prevederile Codului de la Nürnberg și anume obligativitatea obținerii consimțământului persoanei implicate în cercetare

spitalizării de medicul infecționist, fie chiar inițiind/modificând astfel de scheme. Acest aspect a fost evidențiat și în cadrul petiției publice a reprezentanților Spitalului Clinic Colentina; aceștia au precizat că implicarea spitalului ca spital suport nu se putea face decât în limita expertizei de specialitate a personalului (în spital neexistând secție de boli infecțioase), pentru a se evita malpraxisul (conform petiției, în spital se asigura asistență medicală pacienților COVID-19 pozitiv asimptomatici).

Conform ordinelor ministrului sănătății, atât spitalele de faza II cât și cele suport aveau însă posibilitatea de a detașa/delega personal medical necesar din alte unități sanitare cu paturi, inclusiv medic infecționist pentru consulturi interdisciplinare, variante la care s-a apelat rareori, din FOCG verificate rezultând că majoritatea medicilor considera suficientă aplicarea întocmai a protocolului de tratament din cadrul spitalului. În unele cazuri tratamentul antiviral era oprit dacă nu era tolerat de pacient, în altele însă, tratamentul continua, apelându-se la tratamente simptomatice precum: antiemetice (pentru stări de greață, vărsături), antialgice, protectoare hepatice, astfel că unii pacienți asimptomatici/cu simptome ușoare primeau și peste 10 comprimate/zi⁴⁷.

În privința tratamentului pentru diagnosticile secundare ale pacienților, din verificarea documentelor transmise s-a constatat că medicii curanți apelau la medici de alte specialități, în toate spitalele monitorizate fiind întocmite proceduri cu privire la consulturile interdisciplinare. Un exemplu în acest sens este Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, în cadrul căruia a existat o colaborare a medicilor curanți (medici pneumologi) cu medici de alte specialități din cadrul altor spitale, precum Spitalul Colentina (gastroenterologie), Spitalul Elias (neurologie), Spitalul Floreasca (chirurgie vasculară), Spitalul clinic de psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” (psihiatrie), discuțiile fiind purtate telefonic sau medicii prezentându-se la patul bolnavului. S-a constatat receptivitatea personalului Institutului față de solicitările pacienților de a fi transferați în alte spitale (pentru a fi spitalizați alături de membri ai familiei, de exemplu), precum și față de solicitările aparținătorilor pacienților. Nu a existat însă de fiecare dată disponibilitate din partea spitalului unde s-a solicitat transferul. Conform rapoartelor de gardă, în cazul unui pacient COVID-19 pozitiv cu afecțiuni cardiace au încercat să ia legătura cu Spitalul Clinic Colentina, secția Cardiologie (nu s-a răspuns la 20 de apeluri). Într-un alt caz, un pacient și familia acestuia au solicitat în mod insistent transferul în alt spital. S-a luat legătura cu Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”, medicul de gardă și directorul medical refuzând transferul; s-a luat legătura ulterior cu Spitalul Clinic Colentina la Secția gastroenterologie, medicul refuzând pacientul ”chiar dacă acesta prezenta simptomatologie digestivă”, pe care nu a considerat-o prioritară, recomandând continuarea tratamentului simptomatic și examen CT abdominal. Pacientul a amenințat că va părăsi spitalul pe propria răspundere și familia a insistat ca pacientul să fie transferat. Personalul spitalului a luat legătura cu Poliția Capitalei în vederea trimiterii unui echipaj de Ordine Publică. ***O astfel de situație nu ar fi posibilă dacă s-ar respecta dreptul pacientului de a alege în mod liber/de a-și schimba medicul și spitalul, principiu enunțat în Declarația de la Lisabona privind drepturile pacientului a Asociației Medicale Mondiale.***

De asemenea, din verificarea foilor de observație transmise de mai multe spitale, s-a constatat faptul că **medicamentele necesare tratamentului pentru afecțiunile secundare ale pacienților erau asigurate frecvent de către aceștia** (în FOCG se regăsește „medicație personală”), spitalele asigurând, în general, tratamentul pentru infecția cu SARS-CoV-2.

Referitor la consultațiile interdisciplinare și tratamentul administrat, în chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului sunt menționate și situații în care personalul

⁴⁷ În cadrul unui chestionar completat pe site-ul instituției Avocatul Poporului, un pacient internat în Spitalul Județean Tulcea – Secția de Boli Infecțioase a consemnat: „Tratamentul a fost foarte agresiv, ni se administrau circa 20 pilule/zi, efectele adverse au fost groaznice, ne simțeam mai rău decât înainte de tratament”.

„uita” să administreze tratamentul sau aducea un alt tratament, iar în cazul complicațiilor medicale apărute se asigura consultație de specialitate doar la solicitarea expresă a pacientului.

► **DECESUL PACIENȚILOR CONSIDERAȚI COVID-19**

În Metodologia de supraveghere a sindromului respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19), elaborată de către INSP, a fost definit decesul la pacient confirmat cu COVID-19 ca fiind *decesul survenit la un pacient confirmat cu COVID-19, cu excepția situațiilor în care există o altă cauză clară de deces care nu poate fi în relație cu COVID-19 (de exemplu traumatism, hemoragie acută majoră etc.) și la care nu a existat o perioadă de recuperare completă între boală și momentul decesului*. De asemenea, se precizează că: •*decesul la un pacient confirmat cu COVID-19 nu poate fi atribuit unei boli preexistente (de exemplu cancer, afecțiuni hematologice etc.) și COVID-19 trebuie raportată ca și cauză a decesului, independent de condițiile medicale pre-existente care se suspectează că au favorizat evoluția severă a COVID-19; •COVID-19 trebuie menționată pe certificatul de deces drept cauză a decesului pentru toate persoanele decedate la care COVID-19 a cauzat sau se presupune că a cauzat sau a contribuit la deces*.

Conform Protocolului specific privind managementul în caz de deces al pacienților infectați cu noul coronavirus (SARS-CoV-2)⁴⁸, **autopsia medico-legală a cadavrului** pentru a confirma/preciza sau completa diagnosticul clinic de deces deja confirmat prin analize de laborator (teste specifice) **nu mai este necesară și este de evitat** din cauza riscurilor posibile în condițiile exercitării profesiei și de transmitere a bolii infecto-contagioase la personalul medical. Certificatul medical constatator al decesului este completat și eliberat de către medicul curant al pacientului. Au fost permise în schimb autopsiile efectuate în scop științific, în baza protocolului de cercetare autorizat în cadrul fiecărei unități sanitare.

Această procedură reprezenta o **derogare** de la Legea nr. 104/2003 privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului, republicată, care prevede **obligativitatea efectuării autopsiei anatomopatologice** în toate cazurile care nu sunt cazuri medico-legale și unde este necesară confirmarea, precizarea sau completarea diagnosticului clinic. Legea prevede **posibilitatea de a nu se efectua autopsia doar la solicitarea aparținătorilor**, atunci când nu au nicio rezervă asupra bolii și tratamentului aplicat și își asumă în scris responsabilitatea pentru aceasta și numai în cazul pacienților cu afecțiuni cronice cunoscute, bine investigate (**scutirea de autopsie**). În documentele transmise de către Spitalul Municipal Câmpina, s-a constatat o cerere de scutire de autopsie atașată la foaia de observație a unui pacient decedat (testat pozitiv la test rapid antigenic, fiind efectuat un test RT-PCR care se afla în lucru la momentul decesului), semnată de către aparținător. Echipa MNP este nedumerită cu privire la motivul solicitării scutirii, în condițiile în care, chiar dacă aparținătorul ar fi dorit efectuarea autopsiei, aceasta nu s-ar fi efectuat, în cadrul spitalului fiind elaborat un protocol conform căruia: ”cadavrul persoanei decedate ca urmare a infecției COVID-19 confirmată prin teste de laborator fără leziuni traumatiche, nu se autopsiază”. În cazul în care familia are rezerve cu privire la tratamentul administrat, cauzele decesului, singura posibilitatea pe care o are este efectuarea unei plângeri penale, caz în care se poate efectua autopsia medico-legală.

În cadrul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, conform Procedurii Prevenirea și controlul infecțiilor cu SARS-CoV-2, necropsia se putea efectua la cazurile COVID, **la indicația medicului curant**.

⁴⁸ Aprobă prin Ordinul ministrului sănătății nr. 436/13 martie 2020, modificat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 570/6 aprilie 2020.

Cadavrul persoanei decedate nu se îmbălsămează, este introdus într-un sac impermeabil dublu și ermetic închis cu fermoar, peste care se pulverizează cu produse biocide de tip TP22 (pe bază de formol)⁴⁹ și este depus în frigider la morga spitalului.

Aparținătorii sunt informați telefonic atunci când intervine decesul (sunt informați și anterior decesului în cazurile severe/critice), pentru a se deplasa la spital (în cel mult 24 de ore de la deces, în cazul aparținătorilor care locuiesc la o distanță mai mică de 100 km de locul decesului sau în cel mult 48 de ore, dacă locuiesc la o distanță mai mare de 100 km și în situații speciale) și a identifica cadavrul (cel mult doi aparținători pot vedea cadavrul). Ulterior, cadavrul este pus în sicriu, care va fi închis, fiind interzisă orice acțiune de deschidere a acestuia. Înhumarea/Incinerarea va fi efectuată în cel mai scurt timp posibil.

MNP apreciază că în condițiile unei astfel de proceduri⁵⁰ ***este esențial ca identificarea cadavrului*** (singura posibilitate a aparținătorilor⁵¹ de a vedea persoana decedată, cu care nu au mai avut contact fizic de la momentul transportului spre spital/internării) ***să fie respectată în toate cazurile de deces atribuit COVID-19*** și aceasta să permită observarea de către aparținători a leziunilor traumatiche, dacă acestea există.

Trebuie asigurată posibilitatea familiei de a aprecia dacă consideră necesară demararea procedurii sesizării instituției medico-legale⁵² și/sau autorităților competente.

De asemenea, ***trebuie asigurat un contact permanent al pacientului*** sau, dacă nu este posibil din cauza stării de sănătate a acestuia, al personalului medical ***cu aparținătorii*** acestuia⁵³ (în acest sens se vor solicita/procura în mod obligatoriu la internare datele de contact ale aparținătorului/aparținătorilor), mai ales în condițiile transferului în mai multe spitale al pacienților COVID-19. În caz de deces al pacientului, dacă aparținătorii nu se prezintă la spital din diverse motive (nu există datele acestora de contact, sunt în carantină/izolare pe care le este interzis să o părăsească – fiind permisă doar ieșirea pentru a participa la înmormântare), se eliberează certificatul constatator al decesului, iar asistentul social sau o altă persoană delegată în acest sens din spital anunță de urgență serviciul social de pe lângă primăria locală și declară decesul la oficiul de stare civilă. Există riscul ca persoana să fie tratată ca un caz social și serviciile funerare să fie efectuate de către stat, astfel că aparținătorii, prietenii persoanei decedate să fie în situația de a nu mai avea nici măcar posibilitatea de a participa la înmormântare.

Trebuie asigurat accesul aparținătorilor, atât pe timpul spitalizării pacientului, cât și în caz de deces al acestuia, la informațiile medicale ale pacientului. În acest sens, la internare, medicul curant are obligația de a aduce la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a desemna o persoană/mai multe persoane care să fie informată/informate despre starea sa de sănătate, prin

⁴⁹ Începând cu luna aprilie 2021, prin Ordinul ministrului sănătății nr. 487/9 aprilie 2021, s-a prevăzut că, personalul implicat în manipularea decedatului, după pulverizarea de produse biocide, **îmbracă corpul** acestuia cu hainele puse la dispoziție de către familie/reprezentant legal sau reprezentanții administrației publice locale.

⁵⁰ Ultima modificare a Ordinului ministrului sănătății nr. 436/2020 a fost efectuată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 529/20 aprilie 2021.

⁵¹ sau a unei persoane desemnate de către aparținător, în cazul în care acesta este internat în spital/este în carantină sau izolare la domiciliu, situație în care nu este permisă ieșirea pentru identificarea cadavrului/suferă de o afecțiune medicală gravă care îi împiedică deplasarea.

⁵² Protocolul prevede posibilitatea efectuării autopsiei medico-legale în caz de moarte violentă sau suspectă de a fi violentă ori atunci când există o suspiciune rezonabilă că decesul a fost cauzat direct sau indirect printr-o infracțiune ori în legătură cu comiterea unei infracțiuni

⁵³ Prin Ordinul ministrului sănătății nr. 487/9 aprilie 2021, s-a permis pacientului infectat cu SARS-CoV-2 și care prezintă simptome severe de boală să beneficieze, la cerere, de vizita unui membru al familiei/reprezentantului legal, pentru maximum 15 minute, cu acordul medicului curant.

completarea formularului «Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale»⁵⁴ (acord de care să fie ținut cont inclusiv în spitalul în care pacientul a fost transferat și starea de sănătate nu permite semnarea unui nou acord).

► MĂSURI ADOPTATE ÎN CONTEXTUL DESEMNĂRII DREPT SPITAL COVID-19 ȘI DE PREVENȚIE ÎMPOTRIVA RĂSPÂNDIRII INFECȚIEI CU SARS-CoV-2

În contextul desemnării drept spitale COVID-19, în cadrul spitalelor respective au fost dispuse o serie de măsuri, Planul alb al spitalului a fost actualizat, în cadrul unor spitale fiind activat (de exemplu, Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale), au fost stabilite circuite funcționale pentru cazurile suspecte și confirmate COVID-19, pentru utilizarea judicioasă a resurselor materiale și pentru a preveni infectarea intraspitalicească a personalului angajat și a pacienților cu patologii non-COVID (în spitalele de faza II care puteau interna și acești pacienți), care prevedeau, de exemplu:

- limitarea internărilor programate pentru pacienții cronici (în spitalele de faza II, păstrându-se un număr de locuri pentru cazurile urgente);
- informarea populației deservite cu privire la noile criterii de internare (spitalizarea doar a urgențelor și a cazurilor de necesitate);
- elaborarea de proceduri/protocoale adaptate situației de urgență (specifice COVID-19) încă de la începutul stării de urgență, precum: Procedura operațională privind pacienții cu risc de îmbolnăvire cu COVID-19, Protocol de lucru pacienți caz suspect/caz confirmat, Plan de prevenire și control al infecției cu SARS-CoV-2, Protocol Compartiment Primiri Urgențe SARS-CoV-2, Protocol de diagnostic și tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2, Procedură consult interdisciplinar și intradisciplinar a pacienților infectați cu COVID-19, procedura de urmat în cazul recoltării și transportului probelor biologice, schimbării lenjeriei murdare, a îndepărtării deșeurilor infecțioase și menajere etc.

În Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale, având în vedere riscul crescut de infecții nosocomiale în unitățile spitalicești (infecții asociate asistenței medicale - IAAM), în special în secții precum ATI, chirurgie, neonatologie, obstetrică-ginecologie, la fel ca în anii trecuți s-a actualizat Planul de supraveghere și control al IAAM sau de context epidemiologic; Planul cuprindea o serie de activități (efectuate permanent sau periodic), precum: recoltarea de probe de pe suprafețe, lenjerie, materiale sterilizate, barbotoare oxigenatoare; controlul calității apei; teste sanitație pentru eficiența dezinfectanților etc., precum și instruirea și supravegherea personalului în scopul prevenirii, controlului și intervenției în caz de IAAM.

Referitor la procedurile elaborate în contextul desemnării ca spital COVID-19, în cadrul Spitalului General CF Ploiești, **membri ai personalului au sesizat lipsa unei proceduri cu privire la pacienții care refuză internarea, la care să se poată apela în astfel de situații.** În raportul de gardă era consemnat cazul unei paciente suspecte COVID-19 (trimisă de la Secția de Boli infecțioase din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Ploiești) care a refuzat internarea. Au luat declarația pe proprie răspundere a pacientei în sensul că refuză internarea și au sunat la DSP către care au fost transmise datele pacientei.

Astfel de situații au fost consemnate și în rapoartele de gardă, la Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”: un pacient suspect a fost externat la cerere, ulterior au luat însă legătura cu secția de poliție, pacientul fiind identificat; în cazul altui pacient care a dispărut din salon, a fost efectuată externarea.

⁵⁴Acord prevăzut în anexa nr. 5 la Norma din 12 decembrie 2016 de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Cea de a doua procedură (externarea pacientului dacă lipsește nemotivat mai mult de 8 ore) este cea conformă cu statutul spitalelor care nu sunt spitale de psihiatrie (unde sunt internați și pacienți care nu pot părăsi spitalul decât în urma unei hotărâri judecătorești). ***Situația inedită în care medicii din spitalele COVID au fost puși prin internarea forțată a pacienților suspecți/confirmați COVID-19 a creat confuzie cu privire la procedura de urmat în cazul pacientului care solicită respectarea autonomiei sale.***

- organizarea punctului/punctelor de triaj la intrarea în unitatea sanitară

Comisia de epidemiologie a Ministerului Sănătății a recomandat ca triajul bolnavilor să fie efectuat, preferabil, în afara spațiilor de spitalizare, recomandând corturile. Astfel, în curțile spitalelor au fost amplasate corturi (unele fiind corturi militare, puse la dispoziție de autorități precum: Detașamentul de Pompieri Constanța Port – în cazul Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția de Pneumoftiziologie Agigea; ISU județene în cazul Spitalului Județean de Urgență Giurgiu și Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale) dotate cu termometru, formulare, mobilier, dezinfectanți, triajul fiind efectuat de personal desemnat, echipat corespunzător.

De exemplu, în Spitalul Municipal Câmpina (spital suport), au fost utilizate 3 corturi:

- în cortul 1 se făcea triajul persoanelor care se prezentau la spital (cu excepția pacientului COVID-19 pozitiv confirmat care mergea direct pe secția în care se interna): •persoanele considerate suspecte COVID-19, al căror triaj se efectua în fața cortului, erau direcționate către izolatorul CPU; dacă pacientul suspect avea patologie asociată se interna pe secție, în caz contrar era transferat la Spitalul de Boli Infecțioase; •pacienții non-COVID care necesitau internare erau transferați către Spitalul Județean Ploiești, cu avizul spitalului primitor; •în cazul pacientelor pentru Obstetrică-Ginecologie non-COVID, se făcea foaie CPU și medicul specialist decidea protocolul de urmat;

- în cortul 2 se făcea triajul pacienților pediatrici non-COVID, medicul pediatru stabilind protocolul de urmat;

- în cortul 3 erau direcționate pacientele pentru Obstetrică-Ginecologie suspecte sau confirmate pozitiv.

- crearea unor zone separate (trasee, saloane) pentru pacienții suspecți și confirmați, cu separarea zonei contaminate/murdare de spațiile curate; organizarea spațiilor propriu-zise de spitalizare pentru izolarea persoanelor suspecte, cazarea persoanelor confirmate pozitiv;

De exemplu: •în Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța au fost create saloane cu maximum două paturi și au fost construite grupuri sanitare în saloanele care nu aveau; •în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” au fost create zone de izolare la nivelul fiecărei secții, precum și un compartiment extensie ATI COVID, pentru pacienții suspecți COVID-19, aflați în așteptarea rezultatului, la care starea se agravează; în Secția Pneumoftiziologie Agigea, în prima etapă a fost alocat pentru cazarea pacienților COVID -19 un pavilion (parter și etaj) cu 60 paturi repartizate pe 14 saloane și 4 rezerve, cu 4 grupuri sanitare comune diferențiate pe sexe; în situația în care numărul de pacienți era ridicat se avea în vedere eliberarea unui alt pavilion cu 20 paturi, 6 saloane și o rezervă; •în Spitalul Județean de Urgență Târgoviște (spital suport): în Secția exterioară Gura Ocnitei-Ochiuri s-a stabilit pavilionul izolator destinat internării pacienților suspecți/confirmați COVID-19 cu afecțiuni psihiatrice – 10 paturi, printre care și 1 salon căptușit pentru pacienții violenți;

- interzicerea accesului altor persoane în spital, cu excepția personalului spitalului (medico-sanitar, auxiliar și administrativ), cadrelor medicale din alte unități (de exemplu, din unități desemnate în vederea recoltării probelor pentru depistarea infecției cu SARS-CoV-2), reprezentanții instituțiilor care au venit în control la unitatea sanitară și reprezentanții altor instituții/autorități publice (de exemplu, în cazul Spitalului General CF Ploiești, au fost efectuate

controale de către DSP Prahova și Serviciul Medical - Ministerul Transporturilor, Infrastructurii și Comunicațiilor), personalul care a efectuat acțiunile de dezinsecție, deratizare; poliție, pompieri; aparținătorii pentru ridicarea decedaților;

- obținerea autorizației sanitare provizorii pentru ATI, a avizelor de funcționare;
- asigurarea securizării instituției (în Spitalul Municipal Câmpina cu pază militarizată);
- crearea unei Comisii de coordonare a situației de urgență, alcătuită din director medical, medici infecționiști, medici epidemiologi, medici ATI, medici UPU-SMURD, medici de laborator;
- crearea unei echipe COVID în UPU, care intervine în cazul pacientului instabil cu chestionar pozitiv (completat la triaj) sau suspiciune înaltă de infecție COVID, indiferent de chestionar (Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei”);
- comasarea liniilor de gardă, iar în situații extreme să fie o linie de gardă unică (Spitalul Județean de Urgență Giurgiu);
- elaborarea unui plan de optimizare și organizare a compartimentului ATI (Spitalul Orășenesc Bolintin Vale);
- s-a constatat necesitatea dotării compartimentului ATI în regim de urgență de către Ministerul Sănătății cu echipamente (ventilatoare, ventilatoare de transport, monitoare EKG, aparate EKG de transport, injectomate, infuzomate, paturi ATI, defibrilatoare etc.); identificarea unor zone compatibile compartiment ATI COVID-19 (la solicitarea DSP Constanța, în cazul Spitalului de Pneumoftiziologie Constanța);

•restructurarea activității medicale cu schimbarea programului de lucru (conform Ordinului Comandantului acțiunii nr. 74527/23 martie 2020), pentru evitarea aglomerării spațiilor de muncă și reducerea timpului de expunere COVID; Comisia de epidemiologie a Ministerului Sănătății a propus ca medicii și asistenții medicali să fie chemați pe ture sau pe perioade de timp, pentru a se asigura o rezervă de personal în cazuri de îmbolnăvire a medicilor/asistenților medicali.

De exemplu, în unele spitale, programul de lucru al personalului medico-sanitar în perioada aprilie-mai era următorul: medici în ture de 10/12 ore; asistenți/infirmieri/îngrijitori în ture: 07.00-19.00, 19:00-07:00. S-a redus programul de lucru efectiv în spital, fiind completat cu program online, cu respectarea continuității asigurării activității medicale și administrative, fără afectarea salarizării. În Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța, medicii nu s-au mai întâlnit fizic la raportul de gardă, informațiile (datele completate în Registrul de gardă cu privire la pacienții suspecți/confirmați, număr de paturi libere) fiind însă **comunicate pe un grup de whatsapp al medicilor, ceea ce ridică probleme sub aspectul respectării confidențialității datelor cu caracter personal ale pacienților**. MNP menționează că *transmiterea electronică a datelor cu caracter personal trebuie efectuată numai în condiții de siguranță* (eventual prin intermediul unei rețele interne a spitalului), **pentru respectarea dreptului la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului** (art. 21 din Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare).

•s-a avut în vedere repartizarea cadrelor medicale disponibile apte pentru a trata pacienții testați pozitiv (lipsă comorbidități, vârstă, dacă sunt părinți unici etc.) (în Spitalul Municipal ”Anghel Saligni” Fetești);

•angajarea pe perioadă determinată (6 luni) a personalului medico-sanitar și auxiliar pe locurile vacante și detașare de personal medico-sanitar;

•stabilirea echipamentului de protecție individuală (PPE) care urma să fie folosit în funcție de specificul activității, fiind recomandat să fie utilizat cât mai eficient, avându-se în vedere lipsa echipamentului pe plan național și a disponibilității reduse de achiziție în primele luni de la adoptarea Planului de măsuri privind pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19.

Spitalele au solicitat aprovizionarea cu echipamente de protecție în cantități suficiente. În unele spitale, precum Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, echipamentele de protecție pentru personal și pacienți au fost suficiente și fără dificultăți în aprovizionare; în Spitalul Municipal Oltenița, echipamentele de protecție au fost în cantități care să satisfacă doar nevoile imediate sau chiar au lipsit (de exemplu, în luna mai aveau 2344 bucăți combinezoane, 0 măști FFP2 și măști de unică folosință 3 pliuri, 10 FFP3, necesarul fiind de 7200 bucăți combinezoane, 5000 buc. măști FFP2, 5000 buc. FFP3, 10000 mască unică folosință 3 pliuri); în Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale au existat dificultăți de aprovizionare la sfârșitul lunii martie, pe palierul de dezinfectanți hidroalcolici și de suprafețe, conducerea suplinind această dificultate prin utilizarea materialelor achiziționate anterior, apelarea la soluții hidroalcoolice gel conform rețetei OMS preparată în farmacie, atribuire soluții din partea ISU, precum și prin materialele cumpărate privat de către manager.

Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” s-a adresat Ministerului Sănătății încă de la începutul lunii martie pentru asigurarea materialelor sanitare necesare. Personalul spitalului s-a implicat în asigurarea unei protecții eficiente împotriva răspândirii infecției cu coronavirus COVID-19: un colectiv de medici a solicitat conducerii să-i fie comunicate echipamentele de protecție care vor fi puse la dispoziție, pe categorii de personal (medici, asistenți, infirmieri); de asemenea, medicii au semnalat că nu se efectuase, la acel moment (luna martie), vreun curs/training de echipare/dezechipare în vederea protejării stării de sănătate a angajaților Institutului (conform documentelor comunicate, cursurile au început la sfârșitul lunii martie, efectuându-se cu precădere în luna mai). De asemenea, personalul spitalului a solicitat informații precise și rapide cu privire la: implementarea unei proceduri de triaj eficiente, stabilirea unor circuite specifice pentru pacienți suspecți/confirmați (și momentul când acestea vor fi funcționale), instruirea personalului, schimbarea locului de muncă. Inclusiv medicii rezidenți au solicitat asigurarea unor condiții corespunzătoare de efectuare în siguranță a activității la triajul epidemiologic. A existat un dialog continuu, prin adrese și răspunsuri, între colectivul de medici și manager. Au fost situații în care echipamentele au fost insuficiente sau lipsă, în raportul de gardă existând consemnări cu privire la lipsa măștilor chirurgicale pentru medici sau în camera de îmbrăcare.

În Institut au fost stabilite reguli stricte pentru personal, în mod preventiv, astfel: nu se admitea purtarea bijuteriilor de niciun fel, inclusiv verighetele, nu aveau voie să poarte ceasuri de mână, nu se acceptau unghii date cu oă, părul trebuia să fie strâns pentru nu exista tentația de a duce mâna la față și nu se acceptau telefoanele mobile în zona murdară („Fără telefoane personale în zona murdară”);

- instruirea personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ cu privire la: Algoritmul de diagnostic și terapeutic COVID-19, utilizarea rațională a PPE, purtarea echipamentelor de protecție în funcție de gradul de expunere, întreținerea spațiilor și echipamentelor medicale, procedura de echipare/dezechipare, modul de utilizare a biocidelor, concentrații, manipulare, păstrare, depozitare; respectarea măsurilor de prevenire a riscului de contaminare profesională; Protocol de lucru pacienți caz suspect/confirmit; Protocol în caz de deces la un caz suspect/confirmit COVID-19;

- informarea pacienților privind măsurile de protecție și simptomatologia bolii prin: afișe și postere amplasate în locuri vizibile; comunicarea cu medicul curant; distribuirea zilnică de flyere, instalarea unui ecran lcd de mari dimensiuni pe care s-au rulat materiale elaborate de către DSU, prin intermediul rețelelor de socializare (Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea); afișarea în saloane a numerelor de telefon

pentru contactarea asistentului și medicului din zona verde și zona roșie, întocmirea unui film în care erau prezentate măsuri de prevenție (Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”).

► DREPTURILE PACIENȚILOR

• informarea cu privire la drepturi

Toate spitalele au comunicat faptul că pacienții sunt informați cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au pe parcursul spitalizării, verbal, la internare, prin afișare pe ușa salonului și în locuri accesibile, inclusiv în cabinetele medicale, pe site-ul unității sanitare sau prin intermediul pliantelor prezentate pacienților la internare.

În documentele studiate nu s-au regăsit consemnări cu privire la informarea pacienților asupra drepturilor și semnate de către pacienți. În Spitalul Municipal Câmpina, de exemplu, în Fișa de circuit a pacientului, atașată la FOCG, datele erau completate și semnate de către personalul medical, ștampilate de medic, dar nu apărea semnătura pacientului.

În chestionarele de satisfacție a pacienților aplicate de spitale, pacienții s-au declarat în general mulțumiți de felul cum erau informați cu privire la drepturi, informare care se făcea în special verbal de către medici și asistenți medicali. Aceste chestionare au fost completate în contextul epidemiologic actual de un număr redus de persoane și, în special, în format electronic (pe site-ul instituției), majoritatea spitalelor preferând să nu le distribuie în format hârtie, din cauza riscului de infectare. Referitor la importanța informării pacientului cu privire la drepturile sale, la rolul personalului medical sub acest aspect, în Spitalul Municipal ”Anghel Saligni” Fetești, în analiza chestionarelor se reține faptul că personalul medical este conștient de importanța informării pacienților cu privire la drepturi, dar „există dileme cu privire la modul în care acest lucru este perceput de pacient, în funcție de nivelul educațional și cultural”. Iar în Spitalul Municipal Oltenița, în procedură era evidențiat *principiul încrederii* <pacienții spun totul despre ei în fața medicului, dar și medicii trebuie să le spună tot pentru ca relația medic-pacient să fie caracterizată de onestitate și încredere>.

În Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, conform analizei chestionarelor de satisfacție transmise, peste 80% dintre pacienți au susținut că le-au fost respectate drepturile. Analiza a fost efectuată în baza chestionarelor completate de către pacienții non-COVID-19, acestea nefiind distribuite pacienților COVID suspecti sau pozitivi.

Referitor la informarea pacienților suspecti/confirmați COVID-19 cu privire la obligațiile lor în spital, a atras echipei MNP un formular intitulat *Obligațiile pacientului internat în Institutul „Marius Nasta”*, existent în *Procedura privind prevenirea și controlul infecțiilor cu SARS-CoV-2* și regăsit în FOCG. Semnând acest formular, pacientul se obliga să stea internat conform recomandărilor medicului curant (medic pneumolog), în caz contrar fiind vinovat de săvârșirea infracțiunii prevăzută de art. 352 din Codul penal (zădărnicierea combaterii bolilor). De asemenea, pacientului i se punea în vedere că **nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea și combaterea bolilor infectocontagioase poate fi infracțiune (astfel cum era formulat, inclusiv faptul că nu se spală pe mâini corespunzător putea fi infracțiune). Pacienții sunt tratați ca posibili infractori**, întregul formular are o tentă amenințătoare, evidențiind sancțiunile/pedepsele la care se expune pacientul dacă nu respectă condițiile impuse de Regulamentul intern al spitalului. Iar în acest Regulament erau folosite expresii precum: „în caz contrar suportând consecințele”, „pacienți cu abateri disciplinare repetate”, iar în încheiere: „Nerespectarea prezentului regulament atrage după sine aplicarea dispozițiilor legale în vigoare și, după caz, ieșirea sau transferul pacientului din Institut, după un avertisment scris, la prima recidivă. În cazul abaterilor care contravin legilor statului, cei vinovați vor fi deferiți justiției.”

Nu se spune nimic de drepturile pe care le au, de exemplu de a fi tratat cu demnitate de către personal (acestea se regăsesc în Regulamentul intern, dar, la internare, conform procedurii, sunt prezentate doar obligațiile), dar li se spune că orice agresiune verbală, fizică sau de altă natură împotriva personalului medical este semnalată poliției și persoana va răspunde conform legii. ***Această abordare unilaterală dovedește o lipsă de empatie față de pacienți în general, dar mai ales față de pacienții suspecti/confirmați COVID-19, aflați într-o situație de vulnerabilitate psihică crescută, având în vedere că au fost internați fără consimțământul lor și nu aveau posibilitatea de a fi vizitați de familie.*** De asemenea, în formular se preciza că pacientul trebuie să plătească (așa cum este normal de altfel) pentru afectarea integrității bunurilor din spital, în schimb spitalul nu își asuma responsabilitatea în cazul în care, în timpul procesului de dezinsecție, efectuat în mod obligatoriu în spital, efectele pacientului erau deteriorate.

În chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului, cei mai mulți pacienți/foști pacienți au sesizat faptul că nu au fost informați cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au în spital și nu au văzut afișe în acest sens (Spitalul de Neuro-Psihiatrie Brașov, Spitalul de Boli Infecțioase Iași, Spitalul Municipal Blaj, Spitalul Sf. Parascheva, Spitalul CFR Iași, Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești, Spitalul Județean Tulcea secția de Boli Infecțioase); în Spitalul Monza pacienții erau informați cu privire la drepturi, dar acestea nu erau afișate.

•consimțământul la internare și tratament

Din verificarea FOCG, nu rezultă că ar fi fost solicitat și obținut consimțământul la internare al pacienților suspecti/confirmați COVID-19. De fapt, un formular de consimțământ în acest sens nu este regăsit nici în procedurile privind internarea pacienților/obținerea consimțamentelor acestora (aspect care poate fi o consecință a faptului că în spitalele desemnate COVID, internarea se făcea anterior noului statut, numai la solicitarea pacienților). Au fost identificate situații de refuz expres al internării, consemnate în documentele de prezentare ale pacienților/menționate în rapoartele de gardă (situații prezentate anterior).

De asemenea, în chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului, cei mai mulți pacienți/foști pacienți au sesizat faptul că nu au fost întrebați dacă sunt de acord cu internarea, au fost și pacienți care au menționat faptul că nu știu dacă au semnat consimțământul la internare sau au semnat "niște acte" prezentate de asistentul medical.

Toate aceste aspecte arată cel puțin o informare necorespunzătoare a pacientului cu privire la actele care îi sunt prezentate pentru a fi semnate; pot fi indiciul unei adaptări rapide și periculoase a personalului medical (care își desfășoară activitatea în spitale în care internarea și tratamentul sunt efectuate numai cu acordul pacientului) la practici care nu se regăsesc, într-o societate democratică, decât în locuri și în condiții prevăzute expres în legislația națională. Demonstrează, de asemenea și lipsa sau insuficienta pregătire cu privire la drepturile fundamentale ale omului, la drepturile pacientului.

În ceea ce privește **formularul Acordul pacientului informat cu privire la tratament, investigații, acesta nu exista în toate FOCG verificate** (în FOCG din Spitalul Râmnicu Sărat verificate nu exista niciun formular de consimțământ) și, **atunci când era atașat la FOCG, cel mai adesea era completat necorespunzător:** actul medical nu era descris; erau consimțăminte care conțineau doar semnătura pacientului și data semnării, nu erau bifate căsuțe referitoare la informațiile legate de starea de sănătate furnizate pacientului (de exemplu: strategia terapeutică propusă, complicații posibile, diagnostic, prognostic etc.); erau bifate toate rubricile, dar nu exista semnătura pacientului; erau formulare în care rubricile erau bifate din calculator, unii dintre medici încercuindu-le cu pixul, dar alții considerându-le bifate din oficiu; au fost prezentate consimțăminte la tratament separate față de FOCG, semnate, dar incomplete (nu a fost comunicat

formularul de consimțământ față-verso, ci doar verso, astfel că nu s-a putut determina la ce a consimțit pacientul); nu era consemnat numele pacienților și/sau numele medicului curant.

Aceste deficiențe dovedesc o lipsă de informare sau o informare insuficientă a pacientului cu privire la intervenția medicală (examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare) propusă de medic.

În Spitalul Municipal Câmpina, în cazul unui pacient transfuzat, la Fișa de consimțământ, la semnătură este completat de către personalul medical „Pacient X.Y⁵⁵”, deși spitalul era în posesia numărului de mobil al aparținătorului, de la care putea fi obținut consimțământul.

În rapoarte de gardă din Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, întocmite în luna mai, se consemnează: „consimțăminte insuficiente în zona roșie” sau „lipsă consimțăminte în zona roșie”, ceea ce dovedește preocuparea personalului de gardă în acest sens, dar în mai mică măsură din partea celor responsabili cu achiziționarea instrumentelor necesare. Consimțămintele la tratament erau atașate foilor de observație (în unele situații existau două tipuri de consimțăminte) care, în majoritatea cazurilor, erau semnate; în cazul unui pacient cu afecțiuni psihiatrice însă, „care răspunde la stimuli dar nu conștientizează”, cum era consemnat în FOCG, consimțământul la tratament nu era semnat de pacient sau aparținător; de asemenea, la un pacient cu sindrom anxios depresiv, consimțământul era semnat, dar nu erau bifate rubricile cu care pacientul ar fi fost de acord.

Iar în ceea ce privește implicarea pacientului la deciziile de transfer (transferuri care puteau să fie la Spital COVID în alt oraș/județ decât cel de domiciliu), aceasta reiese clar din foile de observație ale mai multor pacienți spitalizați în Spitalul Municipal Câmpina, unde se consemnează transferul acestora la Spitalul Clinic Județean de Urgență Ploiești, Secția de Boli Infecțioase, în urma discuției (a personalului medical) cu conducerea DSP Prahova și cu un medic din cadrul spitalului primitor. Referitor la colaborarea spitalelor cu Direcțiile de Sănătate Publică, Spitalul Municipal Râmnicu Sărat a precizat că în toată perioada monitorizată de către MNP (16 martie-8 iunie) a colaborat cu DSP Buzău, în ceea ce privește: internările, externările, retestarea pacienților, decesele. DSP Buzău hotăra care dintre cazurile testate pozitiv se internau în spital; telefonic erau înștiințați cu privire la numărul de cazuri care urmau să fie internate, grupate pe copii, adulți, dacă existau gravide și dacă pacienții prezentau patologii de bază, altele decât COVID-19, pentru ca personalul spitalului să se poată orienta pentru repartizarea acestora pe secții. De asemenea, fiecare decedat se comunica către DSP și, în prima perioadă a stării de urgență, externările se efectuau numai cu acordul Direcției și în condițiile stabilite de aceasta.

În chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului, unii respondenți au sesizat faptul că au primit informații cu privire la diagnostic/investigații, dar nu au fost implicați în procesul terapeutic, nu li s-au comunicat efectele benefice, posibilele efecte adverse (Spitalul Neuro-Psihiatrie Brașov), alți respondenți au susținut că nu au fost informați cu privire la diagnostic/investigații/tratament (Spitalul de Boli Infecțioase Iași, Spitalul Municipal Blaj, Spitalul Monza), în unele cazuri medicul curant nu a mai venit la pacienți de la internare (Spitalul Municipal Blaj, Spitalul Monza) sau venea doar o dată pe săptămână (Spitalul de Boli Infecțioase Iași); în alte cazuri, medicul venea în fiecare zi, dar pacienții nu erau implicați în procesul terapeutic (Spitalul Sf. Parascheva, Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești). Un aparținător a sesizat echipei MNP faptul că personalul medical i-a spus soției sale, căreia i se administra „un tratament agresiv care îi provoca în mod intenționat diaree ca să elimine virusul [...], că o să rămână mult și bine în spital dacă o să refuze tratamentul.”

⁵⁵ Numele pacientului a fost anonimizat.

•respectarea dreptului la intimitate

În cazul pacienților suspecti COVID-19, dreptul la intimitate era respectat, aceștia fiind internați câte unul, în saloane dotate cu grup sanitar propriu. În cazul pacienților confirmați pozitiv, care erau cazați și mai mulți într-un salon, conform informațiilor comunicate de către spitale pacienților li se asigura intimitatea prin delimitarea spațiilor cu perdele despărțitoare sau paravane mobile (în special în cazurile în care deplasarea pacientului era dificilă). În Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești, **se considera că intimitatea pacientului este respectată și prin internarea pacienților în saloane cu număr redus de paturi**. MNP menționează în acest sens aspectele reținute în *Procedura Modul de respectare a intimității pacientului*, elaborată în cadrul Spitalului Municipal Râmnicu Sărat: furnizorii de îngrijiri de sănătate „trebuie să ceară permisiunea pacienților de a-i examina dezbrăcați” și „trebuie să se asigure că un pacient fără haine nu poate fi văzut de cei care trec pe acolo, trebuie să se asigure că în timpul conversației cu pacientul nimeni nu poate asculta ce se discută”.

În chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului, majoritatea respondenților au susținut că nu le era respectat dreptul la intimitate (de exemplu, în Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești, Spitalul de Pneumoftiziologie Constanța, Spitalul Județean Tulcea Secția de Boli Infecțioase), acesta fiind respectat în unele unități sanitare precum Spitalul Sf. Parascheva sau Spitalul Monza. Într-o petiție adresată instituției Avocatul Poporului, o pacientă, spitalizată în Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Brașov, a sesizat faptul că fereastra de la camera de duș (utilizat de 7 persoane cazate pe același palier și de alți pacienți cazați la parter), o fereastră de aceeași dimensiune ca cea dintr-un salon, nu prezenta o perdea sau draperie „când te dezbrăcai erai complet expusă”, pacienta punându-și hainele pe pervaz pentru a avea intimitate.

•legătura pacienților cu familia

Prin Hotărârea nr. 6/6 martie 2020 a Grupului de suport tehnico-științific privind gestionarea bolilor înalt contagioase pe teritoriul României, vizitele aparținătorilor în spitale au fost interzise până la data de 31 martie, cu posibilitatea de prelungire în funcție de evoluția infecțiilor cu SARS-CoV-2. În **Ordinul ministrului sănătății nr. 533/29 martie 2020 și ulterior, în Ordinul ministrului sănătății nr. 555/3 aprilie 2020**, cu modificările și completările ulterioare, **NU a fost prevăzută o interdicție absolută**, fiind menționat: „în mod ideal, vizitatorii nu vor fi permiși, dar dacă acest lucru nu este posibil, se va restricționa numărul de vizitatori în zonele de izolare a pacienților cu COVID-19; de asemenea va fi restricționat timpul pe vizită”⁵⁶. Comisia de epidemiologie a Ministerului Sănătății, în propunerile de organizare a activităților de prevenire și control la nivelul spitalelor, transmise spitalelor, menționează: „fără vizitatori și restricționarea persoanelor de însoțire (numai în cazuri extreme)”. În consecință, în perioada stării de urgență s-a interzis accesul aparținătorilor în spital, interdicție menținută și ulterior. Conform informațiilor comunicate de către spitale, accesul familiei era permis pentru a ridica corpul pacientului decedat. În mod excepțional, unele spitale, precum Spitalul Municipal Oltenița, admiteau vizitele familiei. De asemenea, în Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța era permis un aparținător pentru copil bolnav sau pacienți cu handicap/dizabilități.

Din studierea documentelor, nu reiese faptul că în cazul pacienților aflați în stare gravă/terminală era permis accesul familiei la ruda lor⁵⁷. ***Echipa MNP reamintește principiul***

⁵⁶Aspect subliniat și de către Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” în răspunsul comunicat către MNP, cu privire la măsurile adoptate în contextul epidemiologic actual: măsurile luate sunt unele de sănătate publică, și „nicidecum de privare de libertate; măsura nu este una de natură penală, întrucât permite inclusiv vizitarea pacienților COVID-19 [...]”.

⁵⁷ Prin Ordinul ministrului sănătății nr. 487 din 9 aprilie 2021 (prin care a fost modificat Ordinul nr. 436/2020)

«Dreptul la demnitate», din Declarația de la Lisabona privind drepturile pacientului, (adoptată de Asociația Medicală Mondială în anul 1981, reafirmată în anul 2015): ***pacientul are dreptul la îngrijire terminală umană și să primească toată asistența disponibilă pentru ca moartea să fie cât mai demnă și confortabilă posibil.*** Aparținătorii erau anunțați telefonic cu privire la starea gravă în care se afla pacientul. Referitor la posibilitatea de contact a aparținătorilor, echipa MNP nu a putut aprecia dacă erau solicitate, la internare, datele de contact ale acestora, în toate spitalele monitorizate. Majoritatea FOCG nu aveau consemnat numărul de telefon al aparținătorului pe prima pagină. Nici în cazul Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, deși în procedura «internare-externare pacienți» era subliniat faptul că la internare, pe frontal FOCG, se va nota un număr de contact de la aparținători, fiind importantă identificarea și cunoașterea adresei exacte a bolnavului sau a celui mai apropiat aparținător, pentru a se înștiința familia în caz de agravare a bolii sau deces.

Contactul pacienților cu familia era asigurat prin intermediul telefoanelor mobile personale, iar în cazurile în care acestea lipseau, comunicarea se realiza prin intermediul cadrelor medicale care asigurau accesul la telefonul (fix sau mobil) de pe secție. Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța a achiziționat telefoane mobile pentru fiecare salon. Spitalele asigurau acces la rețele Wi-fi nelimitat (Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea).

De asemenea, s-au pus la dispoziția aparținătorilor numere de telefon la care puteau obține informații despre pacienți și au fost stabilite persoane de legătură din cadrul spitalului.

Pacienții puteau să primească pachete zilnic, fiind permise alimente și apă, lenjerie intimă, produse de igienă personală. În Spitalul General CF Ploiești, pacienții nu puteau să primească din exterior pachete cu alimente, se acceptau doar bunuri personale.

În *Procedura Prevenirea și controlul infecțiilor cu SARS-CoV-2*, elaborată în cadrul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, era menționat faptul că pachetele erau recepționate de agenții de pază și sigilate în fața aparținătorilor. Astfel, aparținătorii aveau certitudinea că vor ajunge intacte la pacienți, dar exista și posibilitatea ca acestea să fie verificate, cel puțin vizual, de către agentul de pază. O astfel de procedură amintește de modalitatea de intrare în posesia bunurilor de către persoanele private de libertate în centrele de reținere și arestare preventivă și în penitenciare, unde bunurile sunt supuse controlului specific executat de personalul anume desemnat de către directorul locului de deținere. O astfel de abordare este contrară Avizului SPT din data de 25 martie 2020, în care se precizează că „persoanele introduse în carantină trebuie să fie tratate în orice moment ca oameni liberi, cu excepția limitărilor impuse în mod necesar acestora, în conformitate cu legea”.

Toți pacienții care au completat chestionarele postate pe site-ul instituției Avocatul Poporului au susținut faptul că aveau posibilitatea de a menține legătura cu familia telefonic și pe internet, precum și să primească pachete.

•activități

Contrară Avizului SPT antemenționat și, mai mult decât atât, împotriva tuturor normelor de deontologie profesională este și închiderea pacienților în saloane, situații care au fost prezentate în mass-media, încă de la începutul epidemiei de COVID-19.

s-a prevăzut: *Pe perioada internării în unitatea sanitară, pacientul infectat cu SARS-CoV-2 și care prezintă simptome severe de boală poate beneficia, la cerere, de vizita unui membru al familiei/reprezentantului legal, cu acordul medicului curant.*

În petițiile transmise instituției Avocatul Poporului și în chestionarele completate pe site-ul instituției, pacienți spitalizați în Spitalele COVID-19 menționează: *„De două săptămâni stăm închise (petenta și colegile sale de serviciu) într-un salon micuț fără posibilitatea de a face mișcare. Cadrele medicale nu ne pot lăsa să ieșim un pic afară. Nu permite protocolul. Lipsa mișcării nu este sănătoasă. Mai stăm lângă fereastra deschisă să simțim și noi razele soarelui. Este mai rău ca la pușcărie. Contactând virusul sunt pedepsită aspru. Stau departe de cei pe care îi iubesc [...]”* (Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Brașov)

Astfel de situații se regăsesc consemnate în rapoartele de gardă ale spitalelor monitorizate sau sunt menționate în proceduri, de exemplu:

- în Spitalul Municipal Câmpina, ușile saloanelor trebuiau să rămână închise, iar geamurile să nu fie deschise complet, ci doar vertical;

- În Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța, toți pacienții fiind considerați suspecți, au fost izolați în saloane; într-o foaie de observație se consemnează: pacientă „greu cooperantă, s-a încuiat salonul”;

- În Spitalul General CF Ploiești a fost interzisă circulația în afara spațiilor special amenajate, pacienții nu aveau voie să părăsească salonul și trebuiau să răspundă la telefonul din salon ori de câte ori era nevoie și dacă starea de sănătate o permitea. Un pacient suspect COVID-19 spitalizat în acest spital a încercat să părăsească unitatea sanitară, *a fost întors din drum de doi medici care au luat măsuri pentru verificarea suplimentară a sistemului de închidere* de la etajul pe care era cazată persoana. În ziua următoare a venit și rezultatul testului care a fost negativ, dar pacientul nu a fost externat decât după al doilea test negativ (în spital se aplicau pacienților suspecți criteriile de externare pentru pacientul confirmat COVID-19). În raportul de gardă era consemnat faptul că pacientul cooperează greu cu personalul medical și i s-a administrat Diazepam și Haloperidol (diagnosticul la internare fiind de HTA, anemie și arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare - AOMI).

- în Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești, toate ușile de acces în spital se încuiau la ora 16:30, cu excepția ușii către CPU; pentru a se asigura schimburile de tură, ușile erau deschise între orele 06:30-7:30 și 18:30-19:30; cheile erau în posesia agentului de pază, un rând de chei fiind și la brancardierii din serviciul CPU pentru a se asigura evacuarea în caz de urgență; activitatea pacienților a fost restrânsă în limitele salonului unde erau cazați;

- în Spitalul Municipal Oltenița era permisă părăsirea salonului doar în cadrul secției, accesul de intrare și ieșire din secții fiind controlat.

În Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale, conform informațiilor comunicate, în zona de îngrijire COVID-19 s-a permis accesul pacienților în exteriorul salonului, în zona de delimitare COVID; de asemenea, s-a permis accesul în zona adiacentă de aer liber la zona de îngrijire medicală, disponibilă.

Activitățile pacienților se defășurau în majoritatea spitalelor numai în interiorul saloanelor, existând posibilitatea părăsirii acestora doar atunci când grupul sanitar era pe hol (și atunci li se puneau în vedere să nu socializeze pe holuri). Nu toate spitalele aveau saloanele dotate cu tv, de exemplu în Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, iar în Spitalul Municipal Câmpina, aparate tv erau montate doar în rezerve.

În cadrul unui chestionar completat pe site-ul AVP, un pacient descrie programul zilnic pe timpul internării în Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești: *„Trezire (de către vocile infirmierelor care urlă pe culoare de la 6 dimineața)- asistentele vin și monitorizează parametrii vitali - vizita medicului curant (de luni până vineri)- după amiază infirmierele intră în salon pentru curățenie și tot ele ne întrebă ulterior pe fereastră dacă avem nevoie de ceva. Întrucât am fost singurul*

ocupant al unui salon de 2 paturi, aceasta a fost singura mea interacțiune cu o altă persoană timp de o lună - maximum 10 minute pe zi adunate.”

Echipa MNP a verificat și **accesul la asistență religioasă**, majoritatea spitalelor comunicând faptul că a fost asigurat: în Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, prin intermediul unui preot angajat al spitalului, existând și acorduri de colaborare cu alte unități religioase; Spitalul Municipal Oltenița avea încheiat încă din anul 2016, pe perioadă nedeterminată, un Acord de parteneriat cu Biserica Sf. Mare Mucenic Gheorghe din Oltenița, conform căruia erau acordate asistență religioasă și sprijin spiritual pacienților din spital (în spital exista un spațiu cu rol de loc de rugăciune); Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești dispunea de o capelă în curtea spitalului, dotată cu o stație de amplificare, pacienții putând asculta slujbele de la ferestrele saloanelor; la cerere, au fost și preoți de altă religie decât cea ortodoxă. Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța însă a comunicat faptul că activitatea bisericilor a fost sistată, conform Ordonanței Militare nr. 1/17 martie 2020 (art. 2). În consecință, în spital nu a fost respectat dreptul la asistență religioasă, unul dintre principiile Declarației de la Lisabona privind drepturile pacientului a Asociației Mondiale a Sănătății - *pacientul are dreptul să primească [...] confortul spiritual și moral, inclusiv ajutorul unui preot al religiei alese de el*. Conducerea spitalului nu a avut în vedere prevederile Ordonanței Militare nr. 2 (emisă la 3 zile după Ordonanța nr. 1), prin care s-a completat art. 2 invocat de reprezentanții spitalului cu faptul că **se poate asigura împărtășirea credincioșilor bolnavi la spital**.⁵⁸

•procedura plângerilor. Chestionare privind gradul de satisfacție al pacienților. Comitetul de Etică

Existența unei proceduri a plângerilor, care să fie și eficientă, reprezintă o garanție fundamentală împotriva relelor tratamente.

În toate spitalele era întocmită o procedură de soluționare a sesizărilor și reclamațiilor și, în majoritatea spitalelor, au fost aplicate chestionare privind gradul de satisfacție a pacienților, cu privire la serviciile oferite în spital. Au fost însă și spitale în care nu au fost distribuite chestionare pentru analiza gradului de satisfacție a pacienților, având în vedere prevenirea infectării cu COVID-19, prin manipularea de documente scrise: Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agicea a comunicat faptul că nu au existat nemulțumiri în acest sens, pacienții înțelegând situația; pe site-ul Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Constanța prin intermediul butonului feed-back pacient, pacientul era direcționat online către Ministerul Sănătății în vederea depunerii unei sesizări/reclamații; în cazul Spitalului Municipal Câmpina pacienții puteau trimite solicitările/reclamațiile pe site-ul unității sanitare, la secțiunea contact sau pe mail-ul instituției (la începutul lunii martie 2020, un pacient al acestui spital a reclamat faptul că un asistent medical a avut un limbaj necorespunzător la adresa sa; cadrul medical a fost atenționat că în cazul în care va mai utiliza un astfel de limbaj, se va demara procedura cercetării disciplinare).

Pacienții aveau posibilitatea sesizării Consiliului Etic sau acesta era sesizat de către spital, cu privire la posibile incidente etice, urmare a reclamațiilor primite. Consiliul Etic are ca atribuții principale promovarea valorilor etice în rândul personalului spitalului, identificarea și analizarea vulnerabilităților etice, respectarea principiilor morale sau deontologice în relația personal medico-sanitar, auxiliar și pacient și se întrunește lunar și ori de câte ori este nevoie. În perioada martie-

⁵⁸ Prin Ordinul ministrului sănătății nr. 487/9 aprilie 2021, de modificare a Ordinului nr. 436/2020 a fost prevăzut: pe perioada internării în unitatea sanitară, pacientul infectat cu SARS-CoV-2 poate beneficia, la cerere, de asistență religioasă, potrivit specificului cultului din care face parte, și cu acordul medicului curant.

mai 2020, în unele spitale nu s-a întrunit (Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea).

În alte spitale, Consiliul Etic s-a implicat în gestionarea situației create în contextul transformării spitalului în spital COVID-19:

- în Spitalul Municipal Câmpina, Consiliul de Etică a analizat chestionarele de satisfacție a pacienților înregistrate pe platforma informatică a Ministerului Sănătății – compartimentul de integritate, aferente perioadei martie-mai 2020 (în perioada respectivă, nu au fost colectate chestionare completate pe suport de hârtie): 82 chestionare în luna martie și 35 chestionare în perioada aprilie-mai. Numărul redus era justificat de numărul scăzut de pacienți internați de la data declarării spitalului drept spital COVID-19, spre deosebire de numărul chestionarelor completate în perioada ianuarie-martie (anterior de intrarea în starea de urgență) și anume 363 de chestionare (unele fiind colectate și pe suport de hârtie). Conform analizei, majoritatea pacienților internați s-au declarat mulțumiți de serviciile medicale oferite în spital, dar un procent de 20% nu ar recomanda internarea în spital.

- în Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, Consiliul de Etică s-a întrunit pe perioada martie-iunie 2020, printre subiectele dezbătute fiind și sesizări cu privire la încălcarea drepturilor pacientului: •cazul unei paciente însărcinate prezentată în urgență cu hemoragie masivă; fiind considerată suspectă COVID-19, asistenții medicali „au fugit de mine crezând că sunt infectată cu coronavirus; am fost lăsată singură pe targă”, fiind salvați atât pacienta cât și fătul de intervenția chirurgicală a medicului chirurg; •un pacient a sesizat faptul că a fost legat de pat de către asistentul medical. În ambele situații, ulterior solicitării punctelor de vedere ale personalului medico-sanitar implicat și studierea documentelor medicale, Consiliul de Etică a clasat sesizările, apreciind că au fost respectate toate procedurile și protocoalele aplicabile la nivelul instituției.

- în Spitalul Municipal Oltenița, pacienții aveau acces la Registrele de reclamații și sesizări existente pe fiecare secție, pacienții fiind informați prin intermediul <Regulilor suplimentare pe care trebuiau să le respecte pe durata spitalizării în timp de epidemie>, dar nu au existat sesizări/reclamații de la pacienți. Consiliul de Etică s-a întrunit lunar, în perioada menționată, printre subiectele abordate fiind vulnerabilități care pot surveni în activitatea spitalului, în contextul epidemiei cu coronavirus: personal insuficient instruit, lipsa simulărilor echipare/dezechipare (aspecte puse în discuție la sfârșitul lunii aprilie); de asemenea, s-a avut în vedere respectarea drepturilor pacienților, informarea pacienților cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au pe parcursul spitalizării. Conform analizei efectuate în spital, cu privire la chestionarelor de apreciere a serviciilor oferite în perioada aprilie-mai, majoritatea pacienților au fost informați cu privire la drepturi la internare, actul medical le-a fost clar explicat de către echipa medicală.

- în Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, membrii Consiliului de Etică (din consiliu făcea parte și un reprezentant al asociației pacienților) s-au întrunit online-video call, la un interval de 2 luni: s-a sesizat numărul redus de chestionare introduse în urna localizată lângă biroul de externări, în lunile martie și aprilie, formulându-se recomandarea ca asistenții medicali să încurajeze și să amintească pacienților oportunitatea de a-și exprima mulțumirile/nemulțumirile prin completarea chestionarelor; în lunile mai – iunie, deși au fost distribuite lunar chestionare tuturor pacienților internați, au fost recuperate 6 chestionare în luna mai și 19 chestionare în luna iunie și nu au fost completate chestionare online. Conform analizei efectuate în cadrul spitalului, pacienții s-au declarat mulțumiți și foarte mulțumiți de calitatea serviciilor medico-sanitare din spital.

MNP apreciază că umărul mic de chestionare completate în toate spitalele poate avea însă și alte cauze (nu numai lipsa distribuirii pe suport hârtie și numărul mic de pacienți spitalizați): pacienții nu își cunosc drepturile, nu sunt obișnuiți/nu sunt stimulați să-și exprime

punctul de vedere, nu au încredere că se va schimba ceva, așa că mai bine renunță și, nu în ultimul rând, teama de represalii (chiar dacă aceste chestionare sunt anonime, nu există în toate spitalele posibilitatea de a fi puse în cutii speciale, fiind asigurat astfel anonimatul persoanelor care le depun).

În Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, Consiliul de Etică nu a luat nicio hotărâre și nu s-au întocmit procese-verbale în perioada martie-mai 2020; nu au fost distribuite chestionare în secțiile unde erau cazați pacienții suspecți/confirmați COVID-19, din cauza riscului de contaminare, nefiind indicată însă vreo altă posibilitate a acestor pacienți de a completa astfel de formulare. Conform analizei chestionarelor distribuite și completate în perioada martie-mai 2020 de pacienți din secțiile non-COVID (de pneumologie - 165 de chestionare și de pediatrie - 65 de chestionare) comunicată de reprezentanții spitalului, pacienții s-au declarat mulțumiți și foarte mulțumiți de îngrijirile acordate. **Un aspect reținut de echipa MNP a fost cel al existenței unor forme de condiționare a îngrijirilor de care aveau nevoie, aspect semnalat de un procent de peste 25% dintre pacienții respondenți.** În acest sens, echipa MNP reamintește prevederile Codului de deontologie medicală (art. 21 alin. 1) aprobat prin Hotărârea Adunării Generale Naționale a Colegiului Medicilor din România nr. 3/4 noiembrie 2016: *medicul trebuie să fie un model de comportament profesional și etic, fiind în permanență preocupat de creșterea nivelului său profesional și moral, a autorității și prestigiului profesiei medicale.*

De asemenea, echipa MNP a reținut plângerea unei aparținătoare care solicita documentele medicale ale rudei sale, pacient în Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” (documente întocmite în spitalul din care acesta s-a transferat în Institut), precum și ca aceasta să beneficieze de o toaletă mobilă (fiind într-o stare foarte deteriorată din cauza unei afecțiuni oncologice, se deplasa cu greutate la toaletă); pacientul a acționat butonul de alarmă pentru a fi ajutat, dar acesta nu funcționa și pentru că nu era spălat și schimbat, îi era teamă să bea și să mănânce. Aparținătoarea a reclamat și atitudinea la telefon a unui cadru medical, la solicitarea sa de informații despre starea rudei sale. Reprezentanții spitalului au comunicat petentei faptul că documentele medicale sunt la pacient, toaleta mobilă va fi disponibilă în salon (nefiind însă clar dacă va fi disponibilă atunci când va fi nevoie, în condițiile în care, în același răspuns se menționează faptul că personalul auxiliar efectuează vizita, zilnic, conform graficelor de lucru) și se avea în vedere mutarea pacientului la parter, în limita locurilor disponibile; dar nu era făcută vreo referire la sprijinul de care va beneficia pacientul pentru a se alimenta și hidrata (sprijin solicitat de aparținătoare) și nici la analizarea aspectelor referitoare la comportamentul cadrului medical, considerat necorespunzător de către petentă.

•imobilizarea/contentionarea pacienților

Conform Ordinului ministrului sănătății nr. 446/2007 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și Metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor, pentru asigurarea serviciilor adaptate pentru pacientul cu manifestări agresive (criteriu - 02.01.04) se cere spitalului să fie pregătit pentru managementul acestui pacientului (02.01.04.02). Prin același Ordin, se cere spitalului de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie să prevadă măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale (02.01.05.04). Aceste Norme speciale de îngrijire sunt izolarea și contentiunea, prevăzute în Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată și Norma de aplicare din data de 15 aprilie 2016 a Legii nr. 487/2002 (acte normative care se aplică în cazul persoanelor internate în unități de psihiatrie sau admise în centre de recuperare și reabilitare). În consecință, conform prevederilor

legale, conținerea și izolarea (măsurile de restricționare a libertății de mișcare) pot fi aplicate numai în cazul pacienților internați în spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie.

Această abordare a prevederilor legale cu privire la conținerea exista și în cadrul Spitalului Municipal „Anghel Saligni” Fetești. În acest spital, care nu este spital de psihiatrie și nici nu are o secție de psihiatrie, nu se aplica o astfel de măsură, reprezentanții spitalului comunicând că: ”ar depăși cadrul legal, întrucât Legea 487/2002, republicată a fost adoptată pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și nu pentru luarea unei măsuri de conținere sub prevederile unei legi”. Măsura aplicării conținerei este abordată din perspectiva codului de deontologie medicală, a regulilor de practică medicală, amintind faptul că, pentru nerespectarea acestora, precum și a legilor și regulamentelor medicale, medicul răspunde disciplinar, potrivit art. 450 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată. În consecință, în spital nu existau o procedură și un registru privind conținerea pacienților.

Majoritatea spitalelor monitorizate, inclusiv cele fără secții de psihiatrie (cum erau majoritatea) aveau o procedură privind imobilizarea/conținerea pacientului, elaborată în baza Legii nr. 487/2002, republicată și a Normei de aplicare (cu excepția Spitalului Clinic Colentina, în care era avută în vedere Norma anterioară de aplicare a legii sănătății mintale, cea din anul 2006), care nu erau respectate în totalitate: •nu era prevăzut formularul de consimțământ al pacientului la aplicarea măsurii (o excepție este Spitalul Județean de Urgență Târgoviște); •în aplicarea efectivă a conținării era implicat și alt personal decât cel medical, astfel cum este prevăzut în Legea nr. 487/2002, republicată (o excepție este Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, unde personalul implicat era cel prevăzut de lege și anume asistentul medical); •nu era menționată monitorizarea funcțiilor vitale la 15 minute (în Institutul de Pneumoftiziologie ”Marius Nasta”, de exemplu, monitorizarea era prevăzută la un interval de 30 minute); •nu era precizat locul unde se aplică conținerea, având în vedere că un pacient nu poate fi conținut alături de alți pacienți (o excepție este Spitalul Municipal Câmpina, în a cărei procedură era menționat faptul că măsura nu se aplică în prezența altor pacienți); •nu erau descrise dispozitivele de conținere (o excepție este Spitalul General CF Ploiești) etc.

De asemenea, nu în toate spitalele care aveau elaborată o astfel de procedură era întocmit registrul de conținere în conformitate cu legislația în materie, care prevede consemnarea, atât în registru, cât și în FOCG, a următoarele informații: a)ora și minutul instituirii măsurii restrictive; b)gradul de restricție (parțial sau total) al conținării; c)circumstanțele și motivele care au stat la baza dispunerii măsurii restrictive; d)numele medicului care a dispus măsura restrictivă; e)numele membrilor personalului medical care au participat la aplicarea măsurii restrictive; f)prezența oricărei leziuni fizice suferite de pacient sau personalul medical în legătură cu aplicarea măsurii restrictive; g)ora și minutul fiecărei vizite de monitorizare a pacientului cu precizarea valorilor funcțiilor vitale, îndeplinirii nevoilor fiziologice sau altor nevoi, după caz; h)ora și minutul ridicării măsurii restrictive.

În consecință, în majoritatea spitalelor desemnate COVID-19 și care nu erau de psihiatrie și nici nu aveau astfel de secții, pacienții erau conținați în baza unei legislații specifice protecției persoanelor cu tulburări psihice, dar fără a se respecta garanțiile existente în aceste acte normative. De exemplu, conținerea pacienților se făcea de regulă în salon, alături de alți pacienți, contrar prevederilor legale în materie, precum și Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii – CPT - conform cărora ***pacienții nu trebuie niciodată să fie conținați sub privirile celorlalți pacienți (exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anume pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane.***

Alte aspecte constatate:

- Spitalul General CF Ploiești: exista *Procedura de prevenire cădere contenționare*, care prevedea că în cazul pacienților cu agitație psiho-motorie în puseu acut **se impune** contenția, aplicarea măsurii fiind dispusă de medicul curant; pentru eventualitatea aplicării contenției se prezenta la internare, spre aprobare, pacientului sau aparținătorilor <Consimțământul la contenție>, care era atașat la FOCG; în contextul epidemiei de COVID-19, acordul pacientului/reprezentantului legal era obținut telefonic de către medic, în prezența martorilor (personal medico-sanitar), monitorizarea pacienților efectuându-se telefonic. De asemenea, **ca incidente pentru aplicarea imobilizării/contenției erau menționate, alături agresiunea fizică, cea verbală și psihologică (abuz verbal, intimidare, hărțuire, amenințări).**

MNP reamintește prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, conform căroră, persoanelor internate li se poate restricționa libertatea de mișcare, prin folosirea unor mijloace adecvate, pentru a salva de la un pericol real și concret viața, integritatea corporală sau sănătatea lor ori a altei persoane, iar măsura contenționării nu poate fi folosită ca sancțiune [...] și nu poate fi dispusă ca o sancțiune ori formă de amenințare sau pentru forțarea unei bune purtări ori pentru a preveni distrugerile de bunuri.

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” (spital care are o secție de psihiatrie): în aplicarea contenției erau implicați, alături de asistent medical, alt personal: infirmier, brancardier, îngrijitor, muncitor - de altfel, în procedură se menționa participarea la fiecare contenție a minimum 5 persoane (pentru siguranța personalului), care „colecta urina, materiile fecale pe durata contenționării”. *Echipa MNP reamintește faptul că, pe durata contenționării, trebuie ca pacientul să își păstreze îmbrăcămintea, iar necesitățile vitale (alimentație, hidratare și excreție) și de comunicare să fie asigurate fără impedimente; îngrijirea trebuie să se realizeze în condiții care să asigure respectarea demnității umane.* Procedura prevedea existența registrului de evidență a contenționărilor care, conform informațiilor comunicate, nu exista. În cazul în care exista „ordin de contenție”, acesta era consemnat în FOCG. Nu au fost efectuate contenționări în perioada 24 aprilie-2 iunie 2020.

- Spitalul Județean de Urgență Târgoviște: procedura privind contenționarea/izolarea pacienților avea drept scop aplicarea tratamentului și evitarea riscului de autoaccidentare sau de accidentare a personalului medical.

Era întocmit Registrul de contenție, în care nu erau menționate toate rubricile prevăzute în Ordinul nr. 488/2016, care apăreau în procedura întocmită în spital (de exemplu, nu era specificat dacă contenția a fost parțială sau totală, monitorizarea funcțiilor vitale ale pacientului și perioada la care era făcută); în perioada 24 aprilie- 2 iunie 2020 au fost efectuate 14 contenționări, în cazul unor pacienți în mod repetat.

- Spitalul Municipal Oltenița: a comunicat faptul că în spital nu se aplică contenționarea, spitalul nefiind de specialitate psihiatrie, în schimb pacienții sunt imobilizați în cazuri excepționale, atunci când pun în pericol prin comportamentul lor sănătatea proprie și a personalului spitalului. În spital era elaborată *Procedura Norme de conduită în cazul pacienților aflați sub influența unor substanțe psihoactive, tratamente sau dependențe*, în care erau utilizați termeni precum *imobilizare medicamentoasă* și *imobilizare fizică* (similar în mare parte cu contenționarea⁵⁹, neexistând însă anumite garanții existente în cazul contenționării, precum menționarea timpului maxim de aplicare – în cazul contenționării nu poate depăși 4 ore).

- Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale (are secție psihiatrie cronici): au fost transmise 2 proceduri: *Procedura de contenție a pacientului*, întocmită în luna iunie 2016, în care se are în vedere Norma anterioară de aplicare a Legii sănătății mintale, cea din 2006, deși procedura a fost

⁵⁹ Contenționarea poate fi: fizică, mecanică sau chimică (medicamentoasă).

întocmită ulterior adoptării noii Norme; în procedură se menționează posibilitatea aplicării „contenției permanente”; *Modalitatea de conținționare și/sau izolare a pacienților agresivi* (întocmită în anul 2019, prima ediție), aceasta fiind întocmită având în vedere Norma de aplicare din 2016, fiind precizată durata maximă a conținționării – 4 ore. Registrul de conținție sau izolare comunicat era gol, nu s-a putut astfel aprecia durata aplicării măsurii conținției.

- Spitalul Clinic Colentina (nu are secție de psihiatrie): cazul unei paciente asimptomatice confirmată pozitiv⁶⁰ (pacientă transferată succesiv în 2 spitale și tratată cu Plaquenil și Kaletra), care a fost conținționată chimic și mecanic în mod repetat (pe un interval de 2,5 ore – 4 ore, în salon, alături de ceilalți pacienți); pacienta refuza tratamentul antiviral și solicita externarea, în FOCG fiind reținut: „pacienta fiind agitată, agresivă, se aplică conținție mecanică; nu se poate obține consult psihiatric”; „pacienta agitată psihomotor, necooperantă, refuză și se opune recoltării HLG; se administrează 2 mg. Midazolam i.v., după care pacienta se calmează”; „pacienta este necooperantă, își smulge perfuzia și afirmă că «nu mai vrea»; [...] se recurge la conținție mecanică în interesul siguranței pacientei, celorlalte persoane internate; se administrează 1 mg. Midazolam pev, cu ameliorarea agitației; se administrează restul medicației pev.” etc. În FOCG s-a regăsit formularul de consimțământ la aplicarea conținției mecanice, unde era consemnat acordul aparținătorului, obținut telefonic, în prezența mai multor cadre medicale. Având în vedere însă că aparținătorul s-a adresat ulterior instituției Avocatul Poporului, exprimându-și dezacordul față de aplicarea conținției, ***echipa MNP*** (fără a mai pune în discuție aplicarea conținționării într-o unitate care nu este de psihiatrie, aspecte menționate anterior), ***reiterează importanța informării permanente a aparținătorilor cu privire la starea de sănătate a rudei acestora, orice modificare a acesteia (nu este suficientă informarea doar în cazul în care starea pacientului devine gravă). Aceștia vor fi informați cu privire la fiecare măsură care poate ridica probleme sub aspectul respectării drepturilor omului, a drepturilor pacientului (investigații, tratament, gestionarea stărilor de agresivitate, depresie etc.), de fiecare dată când se are în vedere aplicarea acesteia, în special atunci când starea de sănătate a pacientului nu permite contactul cu familia. De asemenea, în astfel de situații ca cea menționată anterior, precum și în situații în care pacienții prezintă diferite dizabilități, trebuie avută în vedere posibilitatea spitalizării acesteia cu un însoțitor, cu adoptarea măsurilor de protecție necesare.***

Referitor la aplicarea măsurii conținționării, în luna martie 2021, instituția Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu având în vedere declarațiile unei foste asistente de la Spitalul Județean Sibiu, preluate în presă, referitoare la faptul că la Secția de terapie intensivă, pacienții cu COVID-19 ar fi fost legați de paturi, cu răni la mâini din cauza feșelor și sedați cu anestezice și sedative extrem de puternice, pentru a nu se mai agita.

Au fost solicitate puncte de vedere de la următoarele entități: Ministerul Sănătății, cu privire la necesitatea emiterii unor reglementări la nivel național a conținționării pacienților și Societatea Română de Anestezie și Terapie Intensivă, cu privire la necesitatea emiterii la nivel național a unui ghid privind conținționarea pacienților care sunt internați în alte secții decât cele de psihiatrie și a reglementării, tot la nivel național, a unei proceduri care să prevadă criteriile în baza cărora se poate dispune conținționarea.

Ulterior demersurilor întreprinse, Ministerul Sănătății a comunicat faptul că Societatea Română de Anestezie și Terapie Intensivă și comisia de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății au inițiat demersuri pentru elaborarea unui proiect de act normativ în acest sens și a adresat instituției Avocatul Poporului solicitarea de a oferi o analiză și consultanță pentru realizarea unor reglementări adecvate în domeniu.

⁶⁰ Cazul a fost prezentat de aparținător într-o petiție adresată instituției Avocatul Poporului.

•accesul la informațiile medicale ale pacientului

Conform legislației naționale privind drepturile pacientului, **unitățile sanitare trebuie să asigure accesul neîngrădit al pacientului la datele medicale personale și să elibereze, la solicitarea acestuia, copii de pe documentele medicale** (inclusiv de pe FOCG). De asemenea, la internare sau pe parcursul spitalizării, după caz, **medicul curant are obligația de a informa pacientul cu privire la dreptul de a alege o persoană/mai multe persoane care să fie informate despre starea sa de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, prezentându-i «Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale»**. Persoanele desemnate au acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul acestuia, la informațiile cu caracter personal din foaia de observație, singura condiție fiind semnarea acordului antemenționat de către pacient.

Erau spitale în care procedurile privind accesul pacientului la datele medicale respectau prevederile legale (de exemplu, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța), în majoritatea însă nu era menționat formularul «Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale» (acord care se atașază la FOCG) și existau cerințe care excedau prevederile legale. De asemenea, majoritatea FOCG verificate nu conțineau acest acord.

- în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea: *Procedura Accesul la datele medicale ale pacientului reglementat pentru pacient și aparținători* prevedea faptul că pacientul are acces întotdeauna la FOCG și la documentele sale medicale, în schimb aparținătorii nu au acces decât în situația în care pacientul nu are discernământ. De asemenea, medicul nominalizat de către pacient (sau aparținători, în cazul în care pacientul nu are discernământ), are nevoie de împuternicire autenticată la notariat pentru a avea acces la FOCG și trebuie să semneze o declarație de confidențialitate (prin care se obligă să nu divulge informații privind organizarea și dotarea spitalului și dosarele medicale ale pacienților).

Echipa MNP consideră că măsurile pe care trebuie să le îndeplinească medicul ales de pacient sunt de natură de a descuraja pacientul și aduc atingere dreptului acestuia de a cere și de a obține o altă opinie medicală (drept prevăzut în art. 11 din Legea nr. 46/2003, republicată).

- Spitalul General CF Ploiești: pacientul avea acces nerestricționat la datele medicale (FOCG, rezultate analize, investigații, explorări etc.), pe toată perioada internării, care se efectua prin vizualizarea documentelor medicale, în prezența unui cadru medical; aparținătorul sau medicul desemnat de pacient avea acces la FOCG în baza unei cereri, la care se atașa împuternicirea dată de către pacient; în cazul în care intervenea decesul pacientului, era suficientă cererea de accesare a FOCG. Cererea de accesare a FOCG se făcea însă în baza Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informații de interes public, în condițiile în care datele medicale ale pacientului nu sunt informații de interes public;

- Spitalul Municipal Oltenița: aparținătorii puteau obține o copie de pe FOCG dacă aveau o procură de la pacient sau dacă acesta a decedat;

- în Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești: se elibera copie de pe FOCG doar organelor abilitate, fără a se preciza care sunt acestea; nici pacientul nu putea obține o copie;

- Spitalul Județean de Urgență Giurgiu: aparținătorul avea acces la FOCG în baza unei cereri, la care se atașa împuternicirea legalizată dată de către pacient; în cazul în care intervenea decesul pacientului, erau necesare cererea de accesare a FOCG și documentul care atesta statutul de moștenitor legal.

► **ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ**

Ținând cont de impactul psihologic al epidemiei de coronavirus COVID-19 și al măsurilor adoptate asupra persoanelor internate cât și asupra personalului medical, care pot determina un nivel de stres crescut, dificultăți în funcționare, în spitale a fost acordată asistența psihologică în mod continuu, pe durata stării de urgență și, ulterior, în starea de alertă. S-a avut în vedere faptul că lipsa contactului fizic cu familia, diminuarea frecvenței contactelor sociale pot afecta sănătatea mintală, pot să apară modificări ale stării psihice a pacienților (furie, anxietate, depresie, abuz de substanțe, producând chiar acte auto/ heteroagresive).

Din verificarea documentelor puse la dispoziție, s-a reținut că psihologii au acordat o atenție sporită sprijinului emoțional și psihologic al pacienților, s-au implicat în schimbul de informații despre boală precum și în asigurarea menținerii contactului constant al acestora cu familia și rudele, prin mijloace tehnice.

Nu în toate spitalele era prevăzut post de psiholog (de exemplu, în Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța). În astfel de situații, conform prevederilor legale în vigoare, asistența psihologică trebuie asigurată prin servicii oferite de contractele de colaborare încheiate cu cabinete de psihologie acreditate de Colegiul Psihologilor din România (astfel cum se proceda în cadrul Spitalului Orășenesc Bolintin Vale). La Spitalul General CF Ploiești, asistența psihologică era asigurată un psiholog angajat în cadrul Laboratorului de Examinări Psihologice Siguranța Transporturilor Auto, existând în acest sens o procedură operațională privind acordarea suportului psihologic cu scopul de a interveni pentru reducerea stresului emoțional.

De asemenea, în secțiile și compartimentele Spitalului Municipal Câmpina, activitatea psihologică era asigurată de un psihoterapeut care consemna intervențiile în Foaia de Observație Clinică Generală a pacientului. Asistența psihologică (evaluarea și consilierea) era oferită, conform procedurilor existente, la solicitarea medicului curant sau la solicitarea pacientului.

Nu au fost evidențiate dificultăți în ceea ce privește acordarea asistenței psihologice și din documentele transmise s-a reținut că intervențiile psihologice puteau fi continuate după perioada spitalizării, după caz, în mediu privat, la solicitarea pacientului.

► **CONDIȚIILE DE VIAȚĂ ASIGURATE PACIENȚILOR**

Informații privind condițiile de cazare și hrană asigurate pacienților au fost obținute din studierea informațiilor/documentelor comunicate (proceduri, grafice de curățenie, rapoarte de gardă, meniuri), petițiile adresate instituției Avocatul Poporului și chestionarele completate de către pacienți și aparținători, atât cele de satisfacție a pacientului (transmise de către spitale), cât și cele completate pe site-ul instituției.

Spitalele au comunicat faptul că saloanele și spațiile comune erau igienizate și dezinfectate periodic. Pacienților le-au fost puse la dispoziție dispensere/flacoane cu dezinfectant (în Spitalul Județean de Urgență Giurgiu se asigura și apă de gură plus apă oxigenată 0,9% pentru dezinfectare nazofaringiană), li s-au asigurat obiecte de îmbrăcăminte și de igienă personală în caz de nevoie și acces la apă caldă. Pacienții suspecti erau cazați câte unul în salon cu grup sanitar propriu, cei confirmați pozitiv puteau fi cazați și mai mulți într-un salon, având acces la grup sanitar în salon sau, cel mai adesea, la grupul comun de pe hol. În Secția de chirurgie a Spitalului Municipal Câmpina, pacienților internați în saloanele care nu erau dotate cu grup sanitar propriu din aripa mare a spitalului, **li se punea obligatoriu sondă urinară și pampers, întrucât nu aveau voie să părăsească salonul.** În condițiile în care secția era dedicată îngrijirii pacienților infectați cu SARS-CoV-2, inclusiv asimptomatici, **echipa MNP precizează că astfel de practici pot fi asimilate rețetelor tratamentelor.** De asemenea, **ușile saloanelor trebuiau să rămână închise, iar geamurile să nu fie deschise complet, ci doar vertical** și era interzisă folosirea aerului condiționat. În

Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale, conform informațiilor comunicate, în zona de îngrijire COVID-19 s-a permis accesul deschiderii largi a ferestrelor și aerisirea frecventă a saloanelor.

În Spitalul Județean de Urgență Giurgiu s-a evitat cazarea de pacienți nou depistați respectiv nou admiși cu pacienți aflați către finalul perioadei de boală/infecție⁶¹. Acolo unde nu exista grup sanitar în saloane (respectiv zona chirurgicală), s-a pus la dispoziție un grup sanitar comun cu dușuri și toalete doar ale zonei roșii, semnalizate pe sexe și cu dispozitiv de semnalizare la asistenți medicali pentru caz de urgență. Spațiile de cazare și anexele acestora au fost dotate cu frigider, Tv, telefon dedicat zonei roșii. În cursul lunii aprilie au fost semnalate probleme în asigurarea căldurii, în raportul de gardă fiind consemnat ”noaptea este frig în saloane, căldura este oprită pe timpul nopții”.

Din studiul analizei chestionarelor de satisfacție a pacienților efectuată de reprezentanții spitalelor, se desprind aspecte precum:

- în Spitalul Municipal Câmpina, majoritatea pacienților internați s-au declarat mulțumiți de curățenia din spital, dar au existat și nemulțumiri care au vizat, în principal, calitatea hranei, problemele cu apa caldă, lipsa tv din salon, lipsa capacelor de protecție la prize (în secția de pediatrie) și faptul că era nevoie de paturi noi;

- în Spitalul „Anghel Saligni” Fetești (conform chestionarelor completate de 35 de pacienți ale căror răspunsuri au fost identice) pacienții au apreciat ca foarte bună cazarea, calitatea lenjeriei și a efectelor; au sesizat însă că hrana era insuficientă, lipseau televizoarele și frigiderele în saloane, pijamalele erau insuficiente și nu toate dușurile erau funcționale;

- în cazul Spitalului Județean de Urgență Ploiești: condițiile hoteliere asigurate la nivelul secțiilor care nu au fost renovate erau necorespunzătoare (băi mici greu accesibile persoanelor cu dizabilități, lipsa frigiderului); necorespunzătoare era și calitatea lenjeriei și a efectelor personale, dar și a hranei și a modalității de distribuire a acesteia;

- în Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, unde chestionarele au fost aplicate doar pacienților non-COVID-19, majoritatea pacienților s-au declarat mulțumiți de condițiile de cazare, au fost însă și pacienți care au considerat aceste condiții, precum și calitatea grupurilor sanitare, ca nesatisfăcătoare. Cu privire la condițiile de viață asigurate pacienților spitalizați în pavilionul COVID, în rapoartele de gardă întocmite se regăsesc următoarele consemnări: a fost reclamată de pacienți lipsa apei calde; a căzut tavanul fals de la aerisire; nu exista posibilitatea dezinfectiei camerei de duș; canalizare defectuoasă; lipseau frigiderele la un nivel al spitalului, fiind nevoie de frigider în special în cazul unui pacient care trebuia să își depoziteze insulina. În Institut lipsea un lift necesar deplasării persoanelor supraponderale (au fost nevoiți să redirecționeze un pacient de 130 kg., imobilizat la pat, către Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”); în caz de aviz de internare, DSP solicita date cât mai complete despre patologia asociată și gradul de mobilitate al pacienților, având în vedere lipsa liftului respectiv. De asemenea, pacienții pozitivi refuzau internarea altor pacienți noi în salon, invocând riscul de reinfectare.

Referitor la hrană, în acest Institut, în analiza chestionarelor aplicate în perioada 1-5 mai, ulterior deschiderii bucătăriei, s-a reținut o îmbunătățire semnificativă a hranei, față de perioadele anterioare, când se apela la o firmă de catering. Respondenții au propus o îmbunătățire a acesteia și diversificarea meniurilor, atât la adulți, cât și la copii.

În cazul Spitalului General CF Ploiești, în meniurile transmise nu este precizată cantitatea în grame a alimentelor pentru a putea determina dacă mâncarea corespundea calitativ și cantitativ

⁶¹ Un aspect sesizat de petenți/respondenți asimptomatici sau care prezentau forme ușoare, a fost spitalizarea în același salon cu pacienți aflați în stare gravă, situația care le accentua starea de anxietate.

nevoilor nutriționale ale pacienților și personalului, iar la Spitalul Județean de Urgență Giurgiu - secția de boli infecțioase, meniul a fost prezentat incomplet, nu erau precizate cantitățile fiecărui produs alimentar. În cazul unora dintre categoriile de beneficiari, forma de preparare nu era cea adecvată (de exemplu, pentru copii de 1-3 ani se serveau mere pentru gustare, mâncare de fasole verde cu carne de porc și cârnați cabanos). De asemenea, s-a observat alocarea aceluiași regim alimentar pentru categorii de beneficiari cu nevoi nutriționale complet diferite (copii de 1-3 ani și medici de gardă).

În Chestionarele completate pe site-ul instituției Avocatul Poporului și petițiile adresate instituției, pacienți/apartinători au reclamat condiții de viață necorespunzătoare, în mai multe spitale din țară (respondenții/petiționarii fiind de pe întreg teritoriul țării), astfel: saloane aglomerate (Spitalul Sf. Parascheva, Spitalul Neuro-Psihiatrie Brașov); starea de igienă a salonului și a grupurilor sanitare nu era satisfăcătoare (o excepție este Spitalul Monza din municipiul București, condițiile de cazare fiind considerate bune și foarte bune); pacienților imobilizați la pat li se schimbau pampersii în timp ce colegii de salon serveau masa (Spitalul Neuro-Psihiatrie Brașov, Spitalul din Petroșani); numărul de toalete era insuficient raportat la numărul de pacienți, în condițiile în care tratamentul cu Kaletra provoacă dereglări de tranzit intestinal (Spitalul Neuro-psihiatrie Brașov, Spitalul de Boli Infecțioase Iași etc.); lipsa aparatelor tv din saloane și numărul redus de frigidere (Spitalul de Boli Infecțioase Iași, Spitalul CFR Iași); în majoritatea cazurilor, bunurile personale erau ținute lângă pat (în Spitalul Monza exista posibilitatea de a fi păstrate în dulap, sub cheie); în Spitalul de Boli Infecțioase Ploiești era interzis deschisul ferestrei („cu excepția situației în care puneam masca - adusă de acasă”), lenjeria de pat și saltelele erau uzate, „cada era înfundată, reflua și [...] practic făceam duș într-un amestec de apă stătută, rugină, furnici, păr și jeg. De obicei mă mulțumeam să mă spăl în chiuveță, era mai incomod, dar mai puțin traumatizant.” a sesizat o pacientă, consemnând la final: „Numai scriind lucrurile astea aici și am început să plâng..”; în unele spitale erau respectate dietele, însă hrana a fost considerată, în general, ca necorespunzătoare, atât calitativ, cât și cantitativ.

Referitor la condițiile de cazare asigurate în spitalele COVID-19 (spitale unde pacienții au fost obligați să stea spitalizați, o parte dintre ei și pentru mai mult de 30 zile), o pacientă spitalizată în Spitalul de Pneumoftiziologie Brașov consemnează în petiția sa: „Cred că sunt și excepții, dar în general spitalele de stat sunt uimitoare și nu într-un sens bun. Cadrele medicale de la Stejeriș nu ar trebui să lucreze în astfel de condiții, iar pacienții nu ar trebui forțați să le îndure.”

► PERSONALUL SPITALELOR COVID-19

*informațiile comunicate de către spitale se referă la perioada martie-iunie 2020

În contextul epidemiei de COVID-19, au fost emise o serie de prevederi legale cu privire la personalul medical implicat în asigurarea asistenței medicale pacienților suspecți/confirmați pozitiv. Conform Decretului prezidențial nr. 195 din 16 martie 2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României (art. 16), în unitățile sanitare exista posibilitatea angajării fără concurs, la nevoie, pe durată determinată de 6 luni, de personal contractual medical, personal auxiliar, farmaciști, personal de laborator și alte categorii de personal contractual necesare. Începând cu data de 28 martie 2020, conform Ordinului nr. 74534 al comandantului acțiunii, secretar de stat, șef al DSU, pe întreaga perioadă a stării de urgență, angajați ai unităților medicale (medici, asistenți medicali, îngrijitori, infirmieri etc.) puteau fi detașați/delegați la alte unități sanitare publice care înregistrau deficit major de personal (personalul nu avea posibilitatea de a refuza), prin ordin al prefectului (avizat de secretarul de stat șef al DSU), la propunerea direcției de sănătate publică - dacă măsura era aplicată în interiorul județului sau prin dispoziția unui secretar de stat desemnat de ministrul sănătății sau prin ordin al comandantului acțiunii – dacă

detașarea/delegarea era în alt județ. Se asigura cazarea și hrana dacă personalul lucra în altă localitate decât cea de domiciliu.

Tot în luna martie 2020, prin Ordonanța Militară nr. 4/29 martie 2020 (art. 7) s-a stabilit obligația ministerelor cu rețea sanitară proprie și a autorităților administrației publice locale care au în subordine sau în coordonare unități sanitare să asigure la cerere spații hoteliere destinate repausului între ture sau gărzi personalului din sistemul public sanitar, în vederea prevenirii răspândirii virusului COVID-19, în rândul cadrelor medicale sau al familiilor acestora. În acest sens, pentru personalul Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” au fost stabilite spații de repaus între ture la hotelul Sport, iar Spitalul Municipal Câmpina a încheiat protocoale cu două hoteluri din Municipiul Câmpina (Hotel SEVA și Hotel Casa Tineretului) pentru personal medical din spital și personal medical detașat și un protocol cu Primăria Câmpina pentru asigurarea unor spații suplimentare de cazare pentru medici detașați (12 apartamente), în caz de necesitate. Iar prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 64/11 mai 2020 (de completare și modificare a art. 8 din Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/7 aprilie 2020 pentru aprobarea unor măsuri de sprijin decontate din fonduri europene), s-a aprobat acordarea unui stimulent de risc în cuantum de 2.500 lei brut lunar, asigurat prin transferuri de la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate sau, după caz, de la bugetul de stat, în fondul de salarii al angajatorului.

În vederea organizării activităților de prevenire și control la nivelul spitalelor, Comisia de epidemiologie a Ministerului Sănătății a propus spitalelor ca membrii personalului medical (medici, asistenți medicali) să fie chemați pe ture sau pe perioade de timp (pentru asigurarea unei rezerve de personal medical calificat în cazul în care apar cazuri de îmbolnăvire, persoanele infectate fiind imediat izolate și îndepărtate din circuitul de îngrijire). De asemenea, Comisia a menționat că: „se va evita orice acțiune sau atitudine care ar putea crea panică în rândul angajaților și orice comunicare despre COVID-19 locală sau publică se poate face doar cu acordul Grupului de Comunicare Strategică”.

Aspecte referitoare la personalul medico-sanitar și auxiliar, precum: angajări/detașări, încetări ale contractului de muncă, programul de lucru, dificultăți întâmpinate, au fost studiate pe parcursul activității de monitorizare, constatându-se următoarele:

- spitalele au angajat personal fără concurs (posturile scoase nu au fost toate ocupate, nefiind un număr suficient de candidați)/au detașat personal/au chemat personal ieșit la pensie pentru a asigura asistență medicală pacienților suspecți/confirmați COVID-19, de exemplu:

•Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța „Sf. Apostol Andrei” Secția Pneumoftiziologie Agigea a angajat: 4 medici cu ½ normă dintre care un medic de medicină de urgență, 4 asistenți medicali generaliști, 1 infirmier;

•Spitalul Municipal Câmpina a angajat: 1 medic specialist boli infecțioase, 1 medic primar ATI, 4 asistenți medicali; au fost redistribuiți în spital medici din ambulator (specialitatea gastrologie, neurologie, diabet, psihiatrie etc.); la începutul lunii aprilie au fost detașați medici din compartimentul ORL (compartimentul încetându-și activitatea pe perioada stării de urgență) la chirurgie, iar personalul mediu și auxiliar, la ATI;

•Spitalul Municipal Oltenița: în luna martie au fost scoase 31 de posturi care au fost toate ocupate: 2 medici specialiști (chirurgie generală și anatomie patologică); 16 asistenți medicali (3 principali și 13 debutanți, experiența nefiind obligatorie); 13 îngrijitori curățenie. Nu a fost scos însă post de medic specialist boli infecțioase sau medic ATI, astfel că în luna mai erau vacante: 1 post de medic specialist boli infecțioase, iar la nivel de CPU – erau 5 posturi vacante de medic specialist medicină de urgență/ATI.

•Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești: în perioada stării de urgență au detașat 2 medici specialiști în boli infecțioase; s-au ocupat fără concurs 7 posturi vacante personal medical (2 posturi) și personal auxiliar (2 posturi infirmier, 2 posturi îngrijitor, 1 agent dezinfectant);

•Spitalul Județean de Urgență Giurgiu: s-a stabilit o listă cu persoanele ieșite la pensie ce puteau fi rechemate pentru funcții cheie sau desfășurarea de activitate medicală la nivel bazal; în spital erau deja persoane pensionate menținute în activitate, din cauza deficitului de personal în secții precum ATI, chirurgie, pediatrie;

•Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” (spital faza II, a asigurat asistență medicală și pacienților non-COVID) a angajat: 1 medic ATI, 6 asistenți medicali (din 7 posturi scoase pentru angajare), 5 infirmieri (din 8 posturi scoase pentru angajare), 2 îngrijitori;

•Spitalul Orășenesc Bolintin Vale a angajat: 1 medic ATI, 5 asistenți generaliști, 2 îngrijitori.

- au existat solicitări de încetare a contractului de muncă prin demisie, precum și concedieri ale personalului

•Spitalul General CF Ploiești: și-au dat demisia 3 asistenți medicali, 1 infirmier, 1 îngrijitor și au fost concediați disciplinar 2 asistenți medicali, 1 infirmier;

•Spitalul Municipal Câmpina: 6 membri ai personalului (3 medici specialitatea ATI, un asistent medical și 2 infirmieri) și-au dat demisia motivând că nu li se asigură condiții de siguranță a muncii; ca urmare a nerespectării termenului de preaviz, contractele de muncă au fost desfăcute disciplinar. Având în vedere demisia celor 3 medici, s-a apelat la medici ATI pensionari care însă nu au dat curs invitației de a participa la ședințele comune Comitet de criză/Comitet director/Consiliu de administrație. De asemenea, a existat un număr ridicat de cereri de pensionare, luându-se în consecință următoarele măsuri: redistribuirea personalului cu patologie cronică la pază la Secția de recuperare, medicină fizică și balneologie și triajul epidemiologic al personalului la intrarea în serviciu; în Planul de management pentru pregătirea spitalului în vederea adaptării la un aflux mare de persoane infectate s-a avut în vedere asigurarea resurselor financiare pentru veniturile salariale (sporuri la maxim și tarif majorat la gărzi, în zilele de sâmbătă, duminică și sărbătorile legale);

•Spitalul Municipal Oltenița: și-au dat demisia 4 asistenți medicali (dintre care 3 asistenți ATI), 1 infirmier și 2 îngrijitori (majoritatea au demisionat în perioada 25 martie-1 aprilie 2020, perioadă în care s-a stabilit ca spitalul să fie spital suport);

•Spitalul Județean de Urgență Giurgiu: în perioada martie-mai și-au dat demisia 2 medici (specialitățile boli infecțioase și neurologie) și 1 asistent medical, au fost concediați disciplinar 1 infirmier și 1 îngrijitor compartimentul boli infecțioase hiv sida și s-au pensionat 4 asistenți medicali și 1 infirmier;

•Spitalul Orășenesc Bolintin Vale: au fost secții care au întocmit memorii pentru scoaterea spitalului din lista de spitale suport, fiind soluționate prin explicarea necesității asigurării asistenței medicale în condiții de stare de urgență și pandemie. La sfârșitul lunii martie, 1 medic specialist neonatolog și 6 asistenți medicali din secția de Obstetrică Ginecologie au solicitat încetarea contractului individual de muncă, 4 asistenți medicali revenind ulterior asupra demisiei.

- difficultăți întâmpinate

•Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”: în raportul de gardă întocmit pentru Pavilionul COVID-19 se consemnează „volum mare de muncă raportat la număr de asistenți/tură!”- personalul era insuficient (2 asistenți medicali și 1 infirmier pentru 50 de pacienți, personalul fiind solicitat și la camerele de gardă din alt pavilion); de asemenea, în cursul unei ture se menționează „este foarte greu pentru asistente să efectueze 30 EKG; uneori nu știe nimeni din

echipa asistentelor să facă EKG” (în condițiile în care, administrarea unor antivirale, precum Plaquenil, impunea efectuarea unui EKG zilnic), precum și că în cursul unei ture a fost o singură infirmieră între orele 15:00-19:00, care a trebuit „să servească masa, să aducă pachetele, să facă curățenie și paturile pacienților cu imobilitate redusă sau imobilizați, context în care a prezentat stare de rău, dezechiparea s-a efectuat incorect și a fost trimisă acasă”. Institutul a raportat în cursul lunii mai 2020, ca Evenimente adverse asociate asistenței medicale (EAAAM), 10 cazuri de infectare a personalului medical mediu (asistenți medicali și infirmieri), care au fost internați până la obținerea a 2 teste negative consecutive, perioada de internare fiind și de 3 săptămâni.

•Spitalul Județean de Urgență Giurgiu: la începutul lunii aprilie, cei trei medici specialitatea boli infecțioase care își desfășurau activitatea în Secția de boli infecțioase (în care erau spitalizați pacienți COVID-19 pozitivi) au semnalat dificultățile cu care se confruntau în secție, numărul insuficient de medici raportat la numărul pacienților internați, efectuarea zilnică a vizitei în zona roșie, respectarea traseelor pentru efectuarea investigațiilor radiologice/CT. Au precizat că, având în vedere condițiile de muncă existente pe secție, intenția deschiderii unei noi zone COVID-19 în cadrul spitalului (în pavilionul de neurologie), precum și faptul că trebuiau să desfășoare activitate și în secția ATI, pe niciuna dintre cele două secții din urmă neexistând personal (medici infecționiști și de ATI), nu vor accepta să lucreze pe noua secție (ar implica să se ocupe de un număr total de 45 de paturi boli infecțioase și 10 ATI) și își vor da demisia. Conducerea spitalului a făcut demersuri către DSP Giurgiu, Prefectura Județului Giurgiu, Ministerul Sănătății privind detașarea de medici specialiști boli infecțioase, medici specialiști medicină de urgență și medici specialiști ATI; de asemenea, au fost scoase posturi pentru angajare fără concurs pentru o perioadă de 6 luni, pentru medici în specialitatea boli infecțioase, dar nu s-a prezentat niciun medic.

•Spitalul Județean de Urgență Târgoviște: în luna martie, activitatea la nivelul camerei de gardă din secția de boli infecțioase (secție suport pentru pacienți suspecți/confirmați) era asigurată de un singur medic care se schimba după cel puțin 24 de ore, având în grijă și pacienții de pe secție, și o asistentă medicală care lucra în ture de 12 ore, motiv pentru care conducerea spitalului a solicitat tuturor secțiilor/compartimentelor SJU Târgoviște și UPU-SMURD și Serviciului Județean de Ambulanță Târgoviște să efectueze un triaj eficient al pacienților la nivelul propriilor structuri pentru a nu aglomera secția de boli infecțioase.

Toate aceste aspecte evidențiază: temerea personalului medical de infectare cu SARS-CoV-2, accentuată de lipsa de informații existentă (cel puțin la începutul epidemiei de COVID-19 în România), o temere față de un tip de risc cu care acesta nu s-a mai confruntat și care, în unele situații, a depășit responsabilitatea față de o persoană aflată în suferință; neîncrederea în capacitatea autorităților/a conducerilor spitalelor de a adopta măsuri/de a achiziționa echipamente de protecție suficiente și eficiente; suprasolicitarea unei părți a personalului medical (personal medical ATI, personal sanitar mediu și auxiliar) din unele unități spitalicești, în timp ce o altă parte a personalului medical îngrijea un număr mult redus de pacienți zilnic, raportat la numărul de pacienți/zi înainte de epidemie.

► **RELAȚIA MEDIC-PACIENT**

Cu privire la caracterul relației medic-pacient, în art. 7 din Codul de deontologie medicală aprobat prin Hotărârea Adunării Generale Naționale a Colegiului Medicilor din România nr. 3/4 noiembrie 2016, se precizează: „relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință”.

În petițiile transmise și chestionarele completate pe pagina de internet a instituției Avocatul Poporului sau în sesizările/reclamațiile formulate în cadrul spitalelor, a incidentelor care

au avut loc, pacienți/foști pacienți/apartinători au sesizat atitudinea personalului medico-sanitar și auxiliar, pe care au perceput-o fie ca satisfăcătoare, bună, având cuvinte de apreciere la adresa membrilor personalului (de exemplu, în cazul Spitalului de Boli Infecțioase din Cluj-Napoca, Spitalului Clinic de Pneumofiziologie Brașov), fie ca neadecvată (chiar discriminatorie față de persoanele confirmate pozitiv, cu privire la acordarea îngrijirilor medicale), exemple în acest sens fiind prezentate pe parcursul raportului de monitorizare. O pacientă confirmată pozitiv a menționat în chestionarul pe care l-a completat pe site-ul instituției Avocatul Poporului:

„Din momentul în care o persoană este diagnosticată cu COVID-19, aceasta încetează a mai fi considerată ființă umană, nu mai are niciun drept și nicio libertate. Ești considerat incapabil de a mai lua decizii în nume propriu, nu ți se mai cere consimțământul pentru nimic și nu mai ești informat despre nimic. Pentru mine personal a fost o umilință pe care nu o credeam posibilă în anul 2020.”

MNP apreciază că poziția inedită în care personalul din aceste spitale a fost pus prin internarea obligatorie a pacienților, a determinat în unele situații o denaturare profundă a esenței relației medic-pacient, aceasta părând mai degrabă o relație de tip gardian – deținut.

În Spitalul Municipal „Anghel Saligni” Fetești, în cazul în care un pacient în vârstă de 87 ani a escaladat fereastra salonului unde era internat și s-a aruncat de la etajul 1, suferind un politraumatism (pacientul prezenta diagnostic secundar psihiatric, fără a urma vreun tratament în acest sens, în spital primind tratament antiviral cu Plaquenil) soluțiile identificate pentru prevenirea unor astfel de incidente au fost supravegherea din partea personalului și **gratii la geam**. În condițiile în care pacienților le era interzisă părăsirea salonului, prin prezența acestor gratii la geam, salonul ar fi similar unei camere din penitenciar.

Majoritatea covârșitoare a aspectelor abordate pe parcursul raportului de monitorizare a spitalelor COVID-19 (consimțământul informat și liber exprimat, informarea cu privire la drepturi, respectarea drepturilor pacientului, accesul la datele medicale, asigurarea intimității pacientului, inclusiv atitudinea personalului medical în fața riscului infectării cu SARS-CoV-2) vizează relația dintre medic și pacient. Arată percepția acestei relații de către personalul medico-sanitar și auxiliar care poate fi determinată și de pregătirea acestuia cu privire la drepturile fundamentale ale omului și drepturile pacientului și înțelegerea cu adevărat a acestor drepturi.

De asemenea, relația medic-pacient, în contextul actual, este afectată de toți actorii care pot fi în vreun fel implicați. În *Declarația de la Cordoba privind relația pacient-medic*, adoptată în luna octombrie 2020 de cea de-a 71-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale (World Medical Association), se subliniază în Preambul faptul că **relația pacient-medic⁶² este nucleul fundamental al practicii medicale**, precizându-se că: „astăzi, această relație este adesea amenințată de influențe atât din interiorul, cât și din afara sistemelor de îngrijire a sănătății, influențe care riscă să îndepărteze medicii de pacienții lor și să le dăuneze potențial pacienților”, printre acestea fiind menționată⁶³ și ”diluarea relațiilor de încredere între oamenii din societatea noastră, care influențează negativ relațiile de asistență medicală”. Se formulează mai multe recomandări, printre care: «Insistați ca toți actorii implicați în reglementarea relației pacient-medic (guverne și autorități sanitare, asociații medicale, medici și pacienți) să apere, să protejeze și să consolideze relația pacient-medic, bazată pe îngrijiri de înaltă calitate, ca patrimoniu științific, de sănătate, cultural și social.».

⁶² Relația pacient-medic este o activitate morală care apare din obligația medicului de a atenua suferința și de a respecta convingerile și autonomia pacientului.

⁶³ Alături de: tehnologizarea practicii medicale, care duce uneori la o mecanizare a asistenței medicale în detrimentul considerațiilor umane; punerea unui accent principal pe aspectele economice ale îngrijirii medicale în detrimentul altor factori, ridicând uneori dificultăți în stabilirea unor relații autentice de încredere între medic și pacient.

De asemenea, se recomandă reafirmarea „opoziției față de interferența guvernelor, a altor agenții și a administrațiilor instituționale în practica medicinei și în relația pacient-medic”.

Referitor la acest aspect, MNP subliniază faptul că personalul medical trebuie să se simtă apărat atunci când sesizează orice formă de rele tratamente aplicate pacienților și, în acest context, trebuie să cunoască **Declarația de la Hamburg referitoare la sprijinul acordat medicilor care refuză să participe sau să tolereze utilizarea torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante**, adoptată de cea de-a 49-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, la Hamburg în noiembrie 1997 (ultima revizuire fiind în noiembrie 2017). În această Declarație, Asociația Medicală Mondială (WMA) „reiterează și reafirmă responsabilitatea profesiei medicale organizate să încurajeze medicii să-și onoreze angajamentul ca medici de a servi omenirea și să reziste oricărei presiuni de a acționa contrar principiilor etice care guvernează dedicarea lor pentru această sarcină” dar și ”să sprijine medicii care se confruntă cu dificultăți ca urmare a rezistenței lor la o astfel de presiune sau ca urmare a încercărilor lor de a vorbi sau de a acționa împotriva unor astfel de proceduri inumane”.

Orice decizie luată de medici în exercitarea profesiei lor trebuie să fie în spiritul Jurământului lui Hipocrate – *Voi exercita profesia cu conștiință și demnitate*, principiu care trebuie să ghideze întregul personal medico-sanitar și auxiliar.

III. PROPUNERI

► Ministerul Sănătății și autoritățile publice care au în subordine unități spitalicești în care pacienții sunt sau ar putea fi lipsiți de libertate să informeze conducerile unităților respective cu privire la prevederile OPCAT și la mandatul MNP;

► crearea de circuite separate (COVID-19, non-COVID-19) în toate spitalele, ceea ce ar permite tratarea pacienților aproape de domiciliul acestora, evitarea supraaglomerării unora dintre spitale (în special secțiile ATI); de asemenea, s-ar asigura acces echitabil la asistență medicală spitalicească tuturor persoanelor care au nevoie, precum și implicarea tuturor membrilor corpului medical și auxiliar sanitar din spitale în asigurarea asistenței medicale (evitându-se/limitându-se suprasolicitarea unei părți a acestuia);

► întocmirea și utilizarea unui formular privind consimțământul pacientului la internarea în spital; respectarea Convenției de la Oviedo (Convenția privind drepturile omului și biomedicina) care prevede că o intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză, după ce a primit în prealabil informații adecvate în privința scopului naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor; persoana poate în orice moment să-și retragă în mod liber consimțământul;

► asigurarea contactului permanent al pacienților cu aparținătorii, prin punerea la dispoziție a pacienților a unui telefon, dacă pacientul nu deține unul, prin care să se permită convorbirile în condiții de confidențialitate; trebuie avută în vedere posibilitatea aparținătorilor de a intra în orice moment în contact vizual cu ruda acestora prin intermediul unui sistem video, mai ales în situația în care starea de sănătate a pacientului nu permite contactul telefonic cu familia;

Identificarea unor soluții pentru a permite vizitarea pacienților de către aparținători, cu respectarea măsurilor sanitare necesare.

De asemenea, trebuie avută în vedere posibilitatea ca în anumite situații să fie permisă spitalizarea pacientului cu însoțitor, cu adoptarea măsurilor sanitare necesare.

► asigurarea accesului neîngrădit al pacientului la datele sale medicale și posibilitatea de fotocopiere a documentelor medicale, precum și al persoanelor indicate de către pacient în

«Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale» (acord care va fi prezentat de către medicul curant pacientului, la internare);

- aplicarea măsurilor de conținere strict de către unitățile medicale prevăzute în Legea nr. 487/2002, republicată și în concordanță cu această lege și norma de aplicare;

- în caz de deces atribuit COVID-19, să fie asigurată posibilitatea familiei de a aprecia dacă consideră necesară demararea procedurii sesizării instituției medico-legale și/sau autorităților competente; să se asigure, în toate cazurile de deces, identificarea cadavrului (prin vizionarea corpului acestuia în întregime) de către aparținători; să se aibă în vedere efectuarea autopsiei în conformitate cu Legea nr. 104/2003 privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului, republicată;

- asigurarea în regim de urgență a unui mediu de viață adecvat și sigur pacienților internați în spitalele/secțiile COVID-19; în acest scop vor fi implicați toți factorii de decizie și se vor asigura resursele logistice, financiare, materiale și umane necesare;

- identificarea și asigurarea numărului necesar de personal, precum și asigurarea unor condiții de muncă corespunzătoare acestora;

- pregătirea continuă a cadrelor medico-sanitare și auxiliare, dar și a studenților la medicină și a elevilor din școlile de asistenți medicali, viitori profesioniști în medicină, cu privire la interzicerea/prevenirea torturii și a tratamentelor crude, inumane sau degradante, normele de deontologie profesională, drepturile fundamentale ale omului și drepturile pacienților.

CONCLUZII

În contextul crizei sanitare provocate de noul coronavirus COVID-19, autoritățile române au adoptat o serie de măsuri, o parte dintre ele constând în restrângerea unor drepturi și libertăți fundamentale, dar și a unor drepturi ale persoanelor lipsite de libertate; au apărut noi locuri de detenție în sensul prevăzut de art. 4 din OPCAT: centrele de carantină și spitalele COVID-19.

Încă de la începutul stării de urgență, MNP a depus toate diligențele pentru îndeplinirea misiunii sale de a verifica respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor care sunt sau ar putea fi lipsite de libertate în locurile de detenție și protecția acestora împotriva relelor tratamente. În exercitarea mandatului său, Mecanismul a fost ghidat de principiul „do no harm” (a nu face rău), dar și de Avizul SPT în sensul că, indiferent de metodele de monitorizare adoptate, *criteriul imperativ trebuie să fie cel al eficienței în asigurarea prevenirii relelor tratamente aplicate persoanelor private de libertate.*

Majoritatea locurilor monitorizate au dat curs solicitărilor MNP, cu unele dintre acestea (precum Administrația Națională a Penitenciarelor și Inspectoratul General pentru Imigrări) fiind păstrat un dialog constant și eficient pe parcursul stării de urgență și, ulterior, al stării de alertă. De asemenea, au fost centre rezidențiale care au furnizat permanent informații cu privire la situația beneficiarilor din centru. Au existat însă situații, inclusiv la nivel de Guvern, care au dovedit că la 6 ani de la înființarea MNP nu se cunoaște suficient mandatul și rolul acestuia, faptul că MNP are libertatea de a alege locurile considerate ca fiind de detenție pe care dorește să le monitorizeze, iar conducerile acestor locuri au obligația, și nu opțiunea de a permite monitorizarea de către MNP.

Măsuri de protecție și prevenire a răspândirii SARS-CoV-2 au fost luate în toate locurile de detenție (fiind de remarcat în acest sens unitățile penitenciare care nu s-au transformat în focare, deși prezintă o concentrație mare de persoane), acestea adaptându-se, chiar în condițiile penuriei de materiale de la începutul crizei, la situația inedită creată de epidemia de SARS-CoV-2.

A fost adoptată o serie de măsuri pozitive, precum recomandările Ministerului Muncii și Protecției Sociale de a fi identificate familiile/susținătorii care pot lua în familie și pot îngriji beneficiarii pe perioada stării de urgență sau inițiativa Sanatoriului Balnear și de Recuperare Techirgiol și a Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Constanța de a achiziționa telefoane pentru toate persoanele introduse în carantină/spitalizate care nu dețineau telefon. Medicii curanți din spitalele/secțiile de psihiatrie au încercat să reducă la minimum riscul de agravare a afecțiunii psihiatrice a pacienților, prin externarea doar a pacienților în cazul cărora tratamentul putea fi administrat în ambulatoriu, atunci când li s-a solicitat ca în 48 de ore să externeze toți pacienții care nu reprezentau urgențe și care nu necesitau obligatoriu acordarea îngrijirilor medicale în spital. Asistenții sociali din spitalele de psihiatrie au întreprins demersuri considerabile pentru reîntoarcerea pacienților – cazuri sociale, în familie sau comunitate, demersuri îngreunate de lipsa de alternative la spitalizare/instituționalizare, dar și de implicarea redusă sau inexistentă a autorităților responsabile în acest sens.

Trebuie subliniat și efortul depus de personalul angajat din centrele rezidențiale, care a stat departe de familie pentru perioade de 14 zile, fiind obligat să se izoleze preventiv la locul de muncă.

Măsurile adoptate au avut impact asupra drepturilor persoanelor lipsite de libertate, un impact diferit, în funcție de tipul de măsură aplicată, dar și de interpretarea și punerea ei în practică de către fiecare unitate în parte. Astfel, a fost posibil ca în unele spitale COVID-19 pacienții să fie încuiați în saloane, să le fie administrat tratament fără acordul acestora. De fapt, în această perioadă s-a putut constata abordarea pur formală a unei părți a personalului medico-sanitar cu privire la aspecte esențiale pentru respectarea drepturilor omului și a demnității umane în practica medicală, și anume: consimțământul informat și liber exprimat al pacientului la internare și la tratament. Au fost *golite* spitalele, au fost internați obligatoriu pacienți asimptomatici, chiar și atunci când nu existau prevederi legale în acest sens; împărțirea spitalelor în spitale COVID-19 și non-COVID-19 a dus la supraaglomerarea unor spitale sau secții ale acestora (ATI) și suprasolicitarea unei părți a personalului, în timp ce o altă parte, prin lipsa de pacienți sau tratarea unor patologii în afara expertizei profesionale, se deprofesionaliza și/sau se expunea riscului de malpraxis; de asemenea, nu s-a asigurat un acces echitabil al persoanelor bolnave la îngrijirile medicale în mediu spitalicesc.

S-a constatat și discriminarea pe criteriu de vârstă a persoanelor vârstnice la acordarea serviciilor medicale.

Marea majoritate a instanțelor de judecată au considerat cauzele privind internarea nevoluntară ca fiind de urgență deosebită. Însă, în unele cazuri a fost afectat dreptul la un proces echitabil al persoanei internate, prin lipsa audierii acestora de către instanță (audiere care putea fi și prin videoconferință) și contactul cu avocatul din oficiu.

În această perioadă a ieșit și mai mult în evidență lipsa/insuficiența personalului în toate tipurile de locuri de detenție, pregătirea necorespunzătoare a acestora și, în unele cazuri, lipsa de empatie față de o persoană aflată în nevoie (pacient sau beneficiar).

Dar cea mai grea încercare pentru persoanele lipsite de libertate, fie ele deținuți, beneficiari (copii, adulți cu dizabilități, persoane vârstnice) sau pacienți, a fost (și mai este încă în unele locuri precum spitalele COVID-19) *lipsa contactului fizic cu familia, cu persoanele apropiate*. În unele cazuri, aparținătorii pacienților suspecti/confirmați COVID-19 și-au văzut pentru ultima oară rudele în viață în momentul transportului către spital sau la internarea acestora, următorul contact fiind cu corpul acestora într-un sac închis la morgia spitalului. Și, pe tot acest timp, poate nu a existat nici posibilitatea contactului telefonic, cu atât mai puțin vizual prin intermediul unui sistem video, așa cum s-a reușit în cadrul unor centre rezidențiale.

În orice situație, oricare ar fi aceea și fără a pune în discuție buna credință a personalului în custodia/îngrijirea căruia se află o persoană lipsită de libertate, trebuie întreprinse toate diligențele pentru ca persoana lipsită de libertate să fie cât mai aproape de familia sa, să păstreze contactul cu aceasta, inclusiv prin intermediul vizitelor.

De asemenea, trebuie evaluată riguros și periodic fiecare restrângere a exercitării drepturilor, astfel încât caracterul temporar să nu devină permanent și măsura să nu fie adoptată pentru că este mai facil de procedat astfel sau implică costuri mai mici; trebuie avute în vedere în orice moment prevederile constituționale: *restrângerea poate fi dispusă numai dacă este necesară, proporțională cu situația care a impus-o, este aplicată în mod nediscriminatoriu și nu aduce atingere existenței dreptului*.