

AVOCATUL POPORULUI



Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante - MNP

Aprob,
Avocatul Poporului

Renate Weber



Raport

privind vizita desfășurată la Spitalul de psihiatrie „Sfânta Maria” Vedea, județul Argeș

Raportul este structurat pe trei capitole, după cum urmează:

1. Cadrul general și organizarea activității de monitorizare
2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare
3. Recomandări

București – 2025

1. Cadrul general și organizarea activității de monitorizare

Prin Legea nr. 109/2009, România a ratificat Protocolul Opțional (OPCAT), adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984.

Prin ratificarea OPCAT, România și-a asumat obligația de a înființa Mecanismul național de prevenire a torturii (MNP) 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 inopinantă 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.

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 acesteia ori cu acordul tacit al acesteia.

În exercitarea mandatului său, în temeiul OPCAT și art. 33 și art. 35 din Legea nr.35/1997, privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, în data de 8 iulie 2025, MNP a efectuat o vizită anunțată la *Spitalul de psihiatrie „Sfânta Maria” Vedea, județul Argeș*.

Echipa MNP a fost alcătuită din: [redacted] jurist, [redacted] și [redacted], consilieri în cadrul instituției Avocatul Poporului - Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante (MNP) și [redacted] reprezentant al Organizației pentru Apărarea Drepturilor Omului (OADO).

Obiectivele activității de monitorizare au fost consolidarea protecției pacienților împotriva relelor tratamente și respectarea drepturilor acestora.

Atât anterior vizitei, cât și pe tot parcursul activității de monitorizare și ulterior, a existat un dialog permanent cu reprezentanții spitalului, care au înțeles mandatul MNP și scopul vizitei, echipa apreciind sollicitudinea și disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

Spitalul de psihiatrie „Sfânta Maria” Vedea (abreviat SPV) este o unitate sanitară cu paturi, cu profil de monospecialitate psihiatrie, de categorie V, care asigură asistență medicală în regim de spitalizare continuă, spitalizare de zi și ambulatoriu integrat, pentru pacienți acuti și cronici cu domiciliu în județul Argeș și județele limitrofe. Spitalul este acreditat de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), conform certificatului de acreditare seria ANMCS nr. 2-383, valabil până la 7 mai 2029 și are implementat un sistem de management al calității conform condițiilor standardului SR EN ISO 9001:2015, atestat prin certificatul nr. 8700/04.09.2017, emis de SRAC CERT SRL.

Este singura unitate sanitară din județul Argeș care asigură asistența medicală pentru pacienții cronici cu afecțiuni psihice și pentru cei care necesită internări de lungă durată pentru acest tip de afecțiuni. Unitatea are personalitate juridică și este administrată de Consiliul Județean Argeș.

Spitalul aparține domeniului public al județului Argeș, fiind localizat în localitatea Vedea, str. Principală, nr. 165, la 30 km distanță de reședința județului Argeș, pe Șoseaua Pitești-Drăgășani. Accesul persoanelor care se adresează secțiilor și ambulatoriului spitalului se face în principal cu autoturismele personale. Există și maxi-taxi, care asigură transportul în comun, pe distanța Pitești-Vedea.

Spitalul a început să funcționeze în luna octombrie 1965, sub titulatura "Cămin spital de Copii Neuropsihiatrici", cu o capacitate de 150 de locuri. În martie 1969, unitatea și-a mărit capacitatea cu 50 de locuri și s-a reprofilat pe bolnavi neuropsihic cronici. În luna septembrie a aceluiași an, a devenit Spital de psihiatrie pentru adulți și copii, cu 250 de paturi, iar din anul 1998 funcționează ca Spital de Psihiatrie „Sfânta Maria” Vedea, organizat în sistem pavilionar (Pavilionul 1 și Pavilionul 2), cu o capacitate de 206 paturi la nivelul anului 2018. Prin hotărârea Consiliului Județean nr. 111 din 10 august 2006, s-a aprobat darea în folosință gratuită spitalului a imobilelor și terenului aferent, aflate în domeniul public al județului Argeș și în administrarea Consiliului Județean.

SPV funcționează în baza următoarei legislații: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, cu modificările și completările ulterioare și Normele de aplicare (Ordinul ministrului sănătății nr. 1410/2016); Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată și Norma de aplicare (Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016); Ordinul ministrului sănătății nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare; alte documente incidente în domeniu.

Spitalul funcționa pe principiul autonomiei financiare, veniturile provenind din sumele încasate pentru serviciile medicale prestate în baza contractului de furnizare servicii medicale încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate Argeș. La finanțarea cheltuielilor de administrare și funcționare participa și Consiliul Județean Argeș, cu bugetul propriu, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale. Pentru spitalizările continue decontate pe sistem DRG (Diagnosis Related Groups)¹ – tarif pe caz rezolvat și cronici, suma decontată spitalului era cea contractată, indiferent dacă valoarea cazurilor raportate și validate era mai mare decât cea contractată, cum a fost cazul acuzilor internați în cursul anului 2024 (1627 cazuri contractate și 1681 cazuri realizate). În cazul cronicilor internați în anul 2024, precum și în anii anteriori (2022 și 2023), acuzi și cronici, numărul cazurilor rezolvate a fost inferior numărului cazurilor contractate.

Spitalul avea Autorizația sanitară de funcționare nr. 123/2022, eliberată de Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică a Județului Argeș și Autorizație sanitară veterinară nr. 3590/2018, eliberată de Direcția Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor Argeș.

Gestionarea deșeurilor spitalicești se efectua conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.1226/2012 și a legislației în vigoare. Spitalul avea încheiat un contract cu o firmă specializată de deșeuri medicale cu risc biologic din data de 29 aprilie 2025, având ca obiect de activitate prestarea de servicii pentru colectarea, transportul și eliminarea/valorificarea deșeurilor periculoase și nepericuloase.

Spitalul avea încheiate acorduri de colaborare cu o serie de actori:

¹ Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice

- unități spitalicești: Spitalul Județean de Urgență Pitești, Spitalul Orășenesc Mioveni, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” și Serviciul Județean de Ambulanță Argeș - privind transferul interspitalicesc;
- unități rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități/unități spitalicești pentru a-i căror beneficiari/pacienți, medicii din spital prestau servicii medicale specialitatea psihiatrie, inclusiv la distanță prin telemedicină – teleconsultație: Spitalul de Recuperare Brădet; ALTMED NURSING SRL; Unitatea de Asistență Medico-Socială Călinești; unități din subordinea DGASPC Argeș;
- asociații: Asociația Lingua Internațional SRL pentru asigurarea unui translator (pentru limbile engleză, franceză, italiană, spaniolă, germană și rusă) pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limbă română;
- interpret de limbaj mimico-gestual;
- unități de cult în vederea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului: Biserica Penticostală ELIM; Parohia Catolică Pitești;
- Liceul teoretic Costești, privind implicarea elevilor și a pacienților în acțiuni comune, în cadrul spitalului.

Echipa MNP a apreciat în mod deosebit Protocolul operațional încheiat între spital, Spitalul Județean de Urgență Pitești și Serviciul Județean de Ambulanță Argeș, în care este menționată, în detaliu, procedura adoptată în funcție de prezentarea pacientului: în regim de urgență psihiatrică (aici fiind avute în vedere posibile situații: pacient caz nou, pacient caz cunoscut cu antecedente psihiatrice, pacientul nu este de acord cu internarea și sunt îndeplinite condițiile de internare nevoluntară), cu bilet de trimitere sau transfer interspitalicesc. Sunt avute în vedere o serie de aspecte: identificarea urgenței psihiatrice și stabilizarea pacientului (care sunt efectuate la Unitatea de Primiri Urgențe din cadrul Spitalului Județean de Urgență Pitești, ceea ce permite intervenția rapidă inclusiv atunci când urgența pacientului nu este psihiatrică), respectarea preferinței pacientului pentru un spital/o secție de psihiatrie, identificarea locurilor disponibile din unitățile spitalicești, asigurarea transportului pacientului.

Paza spitalului era asigurată de Serviciul Public Județean de Pază și Ordine Argeș, prin intermediul a două posturi fixe, câte unul pentru fiecare pavilion al spitalului (Pavilionul 1 și Pavilionul 2). Supravegherea video exista în spațiile exterioare – curte și, în interior, în spațiile comune. Monitoarele se aflau în cabinetele asistenților medicali și în cabinele agenților de pază din cele două secții. Exista un sistem de alarmare perimetrală (erau instalate alarme pe gardul secțiilor), care se activa atunci când o persoană încerca să escaladeze gardul pentru a intra/ieși neautorizat în/din unitate.

Capacitatea legală a spitalului era de 210 de paturi, dintre care 4 paturi în regim de spitalizare zi (2 paturi Secția psihiatrie I și 2 paturi Secția psihiatrie II) și 206 paturi în regim de spitalizare continuă, repartizate astfel: - Secția psihiatrie I: 95 paturi, dintre care 71 paturi psihiatrie cronici; - Secția psihiatrie II: 87 paturi, dintre care 63 paturi psihiatrie cronici; - Compartiment psihiatrie cronici cu internare de lungă durată: 24 paturi.

Structura organizatorică a spitalului mai cuprindea: Camera de gardă, Farmacie, Laborator analize medicale, Laborator biologie moleculară, Cabinet asistență socială, Compartiment de supraveghere IAAM, Comportament terapie ocupațională și energoterapie, Compartiment de evaluare și statistică medicală, Aparat funcțional și Ambulatoriu integrat cu cabinet de psihiatrie și psihologie.

SPV se adresa populației din județul Argeș. În perioada 1 ianuarie 2025 – 25 iunie 2025 (perioada de referință stabilită de echipa MNP), au fost 1318 internări, 1332 externări și 4 decese.

Ca statut, pacienții puteau fi: internați voluntar; internați nevoluntar printr-o hotărâre a instanței civile în baza Legii nr. 487/2002, republicată; internați nevoluntar provizoriu, măsură

dispusă de judecătorul de drepturi și libertăți/judecătorul de cameră preliminară/instanța penală, în timpul procesului penal; pacienți aflați sub incidența art. 109 și 110 Cod penal.

La data de 25 iunie 2025, erau spitalizați 143 pacienți (psihiatrie acută 1 – 5 pacienți; psihiatrie acută 2 – 14 pacienți; psihiatrie cronici 1 – 48 pacienți; psihiatrie cronici 2 – 52 pacienți; cronici lungă durată – 24 pacienți).

Pacienții aveau ca diagnostice: tulburare psihotică acută și tranzitorie, nespecificată; demență vasculară mixtă, corticală și subcorticală; tulburare organică de personalitate; tulburare depresivă recurentă; schizofrenie paranoidă, alte forme de schizofrenie; retardare mentală severă; demență în boala Alzheimer etc.

De asemenea, o parte dintre pacienți, în special cei spitalizați pe compartimentul de lungă durată, prezentau patologii cronice asociate: tulburări psihice datorate tutunului (dependență), bronșită cronică tabacică, dependență de alcool, dislipidemie, anemie secundară, epilepsie, diabet zaharat, sindrom de citoliză hepatică, insuficiență renală cronică, hipercolesterolemie etc.

Durata medie de internare la acută era de 7 zile, la cronici de 50 de zile, iar la cronici de lungă durată, inclusiv de zeci de ani, periodic fiind efectuate externări și reinternări ale acestora.

Cea mai veche internare era din data de 25 iulie 2024 (la compartimentul de lungă durată), iar cele mai noi, din data de 24 iunie 2025.

Dintre pacienți, 4 erau puși sub interdicție, tutori fiind membri ai familiei și un reprezentant al Consiliului Local al Comunei Albota, iar un pacient se afla în proces de reevaluare a măsurii de protecție, în baza Legii nr. 140/2022 privind unele măsuri de ocrotire pentru persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale și modificarea și completarea unor acte normative.

În spital, erau internați pe compartimentul de lungă durată **23 pacienți ce reprezentau cazuri sociale** (printre care se aflau și 2 frați, internați de peste 20 de ani). În cazul acestora au fost efectuate o serie de demersuri în vederea reîntoarcerii în familie sau instituționalizării în unități sociale, de exemplu: au fost transmise adrese către DAS de domiciliu, Serviciile de Asistență Socială din cadrul UAT de domiciliu; au fost efectuate solicitări telefonice și în scris către DGASPC Argeș. Conform răspunsurilor primite de la autorități, membrii familiei care au fost identificați nu doreau să se implice, pe raza de competență teritorială a autorităților respective nu existau unități rezidențiale pentru adulții cu probleme psihice, iar DGASPC Argeș a comunicat că sunt blocate toate locurile pentru instituționalizare. De asemenea, membri ai personalului au sesizat echipei MNP dificultățile întâmpinate din partea unor Direcții/Primării din mediul urban, un exemplu fiind municipiul Pitești.

La data efectuării vizitei, niciun pacient nu avea reprezentant convențional. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții erau informați la internare cu privire la posibilitatea de a desemna un reprezentant convențional.

În perioada ianuarie - iunie 2025 au fost internați 3 pacienți dependenți de droguri și substanțe psihoactive, cazurile fiind gestionate corespunzător de către personalul medical.

În perioada de referință (2024 – iulie 2025) au fost înregistrate 8 decese (4 în 2024 și 4 în 2025). Din documentele prezentate, certificatele constatatoare de deces și din discuțiile purtate cu personalul spitalului, cazurile de deces au fost gestionate corespunzător și nu au fost constatate leziuni produse prin violență.

Pe parcursul vizitei nu au existat plângeri de rele tratamente față de pacienți. Pacienții cu care echipa MNP a relaționat și-au exprimat aprecierea pentru comportamentul personalului, tratamentul asigurat și condițiile de igienă din spital.

► **condiții de cazare**

Activitatea spitalului se desfășura în două pavilioane: Pavilionul 1 - Secția 1 și Pavilionul 2 - Secția 2, localizate la aproximativ 1 km distanță între ele și nu exista o curte comună.

Biroul de internări se afla la Secția 2 (lângă Camera de gardă), ceea ce constituia o problemă pentru pacienții repartizați la Secția 1, care erau nevoiți să se deplaseze între cele 2 secții, prin exteriorul curților acestora. În analiza chestionarelor de satisfacție erau consemnate nemulțumirile pacienților cu privire la deplasarea între secții, deplasare care se făcea cu una dintre cele două autosanitare ale spitalului (fapt neagreat de către unii pacienți), precum și recomandarea acestora ca internările să se efectueze pe primul pavilion.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, urma însă să fie construită o clădire în locația Secției 2, astfel încât întregul spital să fie în aceeași clădire, la parter zona administrativă și Ambulatoriul, Secția 1 la etajul 1, iar Secția 2 la etajul 2.

Între cele două secții se afla Mănăstirea Sfânta Treime, unde puteau să participe la slujbe pacienții (de asemenea, preotul se deplasa în spital, dacă era solicitat) și un muzeu cu porturi tradiționale.



Pavilionul 1 – Secția 1



Pavilionul 2 – Secția 2



Mănăstirea Sfânta Treime



Încăpere din cadrul Muzeului

Cele două curți ale secțiilor erau generoase și erau prevăzute cu bănci, foișoare, spații verzi și o grădină terapeutică. **Un foișor era însă dezafectat la momentul vizitei, iar în curtea Pavilionului 1 exista o rampă veche cu risc potențial de accidentare (conform declarațiilor reprezentanților spitalului zona nu era accesibilă, de regulă, pacienților).**



Curtea Pavilionul 1



Curtea Pavilionul 2



Pavilionul 2 - Grădina terapeutică



Pavilionul 1 - foișor



Pavilionul 2



Pavilionul 1

Cazarea pacienților spitalului pe secții și saloane se făcea în funcție de gravitatea afecțiunii, de patologie, de preferințele pacienților/apartinătorilor pentru un anumit medic (posibilitatea pacienților de a alege medicul curant era menționată în Procedura privind internarea pacienților), dar și în funcție de gradul mobilitate al acestora (pacienții cu dizabilități locomotorii erau cazați la parter). De asemenea, pacienții mai gravi, decompensați erau cazați lângă sălile de tratament. Percepția pacienților, conform discuțiilor purtate cu echipa MNP și consemnărilor din chestionarele de satisfacție era însă că Secția 2 era destinată „celor răi”, iar Secția 1 „celor buni și liniștiți”, aspect contrazis de personalul spitalului, care a menționat că astfel de percepții erau valabile în trecut. Echipa MNP a constatat că Secția 2, spre deosebire de Secția 1, avea geamurile prevăzute cu gratii.

Pentru evitarea unor astfel de percepții, trebuie ca la repartizarea pe fiecare secție să fie utilizate aceleași criterii, evitându-se criterii pentru repartizarea între secții care ar putea fi percepute ca stigmatizante pentru pacienți (de exemplu, starea de agitație). Important este să existe un număr scăzut de paturi în fiecare salon, ceea ce ar permite repartizarea pacienților pe categorii diferite în vederea procesului terapeutic.

Ambele secții erau închise, ușile de acces fiind prevăzute cu un sistem de deschidere pe bază de cartelă.

Toate spațiile vizitate de echipa MNP (saloane, grupuri sanitare și spații comune) erau curate și igienizate, saltelele și lenjeriile de pat erau în stare corespunzătoare, iar la toalete se asigura intimitatea pacienților. De asemenea, exista hârtie igienică, iar obiectele de igienă personală (periuțe de dinți), pentru pacienții care necesitau ajutor, erau depozitate separat, fiind însă individualizate.

Saloanele secțiilor erau prevăzute cu 3-6 paturi, dar **existau și saloane cu 9, 10, respectiv 12 paturi, în cadrul Secției 1. În consecință, în spital nu se respectau prevederile Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital², conform căroră:**

- **capacitatea maximă în saloanele curente este de 6 paturi;**
- **aria utilă în saloanele curente este de 7 m²/pat.**

CPT a susținut în Normele sale faptul că dormitoarele cu un număr mare de locuri din cadrul instituțiilor de psihiatrie nu sunt deloc compatibile cu normele psihiatriei moderne. Crearea structurilor de viață prevăzute pentru grupurile mici este un factor esențial de conservare/restaurare a demnității pacienților și constituie și un element cheie al oricărei politici de reabilitare psihologică și socială a pacienților.

Spitalul era dotat cu paturi cu protecție laterală, pentru pacienții cu risc de cădere.

Majoritatea saloanelor aveau suficientă lumină naturală și lumină artificială, iar ferestrele erau prevăzute pe exterior cu grilaj, în Secția 2, iar în Secția 1 erau securizate (în cursul anului 2024, a existat un caz de cădere de la etaj a unui pacient, motivul fiind patologia acestuia; evenimentul s-a soldat cu o fractură de calcaneu, iar intervenția personalului a fost rapidă) și intenționau să schimbe sistemul de închidere, pentru a exista posibilitatea de a rabata ferestrele în partea superioară. De asemenea, saloanele erau prevăzute cu aparate de aer condiționat.

În saloane nu existau mese și scaune, dulap pentru depozitare obiecte personale, iar noptierele erau insuficiente. Nu existau frigidere și nu toate saloanele erau dotate cu aparate tv.

Pacienții au sesizat, atât echipei de vizită, cât și prin intermediul chestionarelor de satisfacție, existența unui număr mare de paturi în saloane, grupuri sanitare și băi

²aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 914/26 iulie 2006, modificat și completat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1096/30 septembrie 2016

insuficiente, lipsa unui loc de depozitare a bunurilor personale, precum și a frigiderului și a aparatului tv.



În saloane nu erau instalate butoane de panică, reprezentanții spitalului apreciind că nu este nevoie, având în vedere că toți pacienții internați sunt deplasabili și există o supraveghere permanentă a pacienților de către infirmieri și asistenți medicali.

În ceea ce privește accesibilizarea spațiului, existau rampe de acces în cele două clădiri, mână curentă pe holuri, accesul pe scări între etaje era securizat, treptele erau prevăzute cu bandă antialunecare și în Pavilionul 1 exista un pat cu elevator pentru ridicarea persoanelor supraponderale. În rapoartele de tură verificate de echipa MNP, anterior vizitei, erau consemnate însă frecvent situații de căderi din cauza unor scări de pe holul de la parter al Secției 2, dar s-a intervenit pentru securizarea acestora, la data vizitei treptele fiind prevăzute cu bandă antiderapantă. În unele dintre camere existau praguri la intrare, care pot constitui un risc de accidentare a pacienților. De asemenea, numărul grupurilor sanitare accesibilizate era insuficient (la Secția 1 utilizau toalete mobile).





În ceea ce privește vestimentația pacienților, în Procedura Internarea pacienților, întocmită în anul 2018, se preciza „echiparea pacienților în hainele de spital (pijama și halat)” la internare, precum și faptul că pot fi aduse la internare pijamale/cămașă de noapte, dacă pacienții le refuză pe cele oferite de spital.

Echipa MNP a constatat că pacienților nu li se impunea să poarte pijama în timpul zilei dar, în mare majoritate, **aceștia purtau o anumită ținută asigurată de către spital, echipa MNP constatând uniformizarea acestora; pe timpul zilei, purtau tricouri inscripționate cu sigla spitalului, pantaloni (de culoare violet) și papuci identici, existând diferențe numai în ceea ce privește culoarea tricoului (galben, pentru paciențele de lungă durată, maro pentru pacienții de lungă durată, mov pentru pacienții acuti și cronici).** Au fost pacienți care au declarat echipei de vizită că au fost obligați să poarte această ținută, lucrurile personale fiindu-le oprite la garderobă, la internare. Reprezentanții spitalului au susținut că nu exista vreo obligație, cei care doreau puteau utiliza îmbrăcămintea personală.



Echipa MNP apreciază ca necesară actualizarea procedurii antemenționate, permiterea pacienților de a purta obiectele de îmbrăcăminte proprii (fiind informați la internare asupra acestui drept), precum și evitarea uniformizării pacienților, prin diversificarea obiectelor de îmbrăcăminte asigurate de spital. De asemenea, se va evita tunsoarea scurtă a pacientelor din compartimentul de lungă durată, dacă nu reprezintă dorința acestora.. Este adevărat că așa starea de igienă a acestora poate fi mai bine întreținută, dar în egală măsură reprezintă o uniformizare, o asexuare a acestora.

Pacienții aveau un aspect îngrijit, primeau ajutor din partea personalului de îngrijire în efectuarea activităților zilnice (îmbrăcat/dezbrăcat, servitul mesei, igiena personală). Echipa de vizită nu a identificat pacienți cu escare sau alte leziuni cutanate care să indice o eventuală îngrijire deficitară. În cadrul discuțiilor cu pacienții, aceștia au menționat că au toate condițiile să trăiască decent.

Echipa MNP a observat faptul că pacienții purtau brățări de identificare, de culoare diferită: galben – pacienți comuni; verde – risc de cădere; albastru - agresivitate. Această practică este considerată de echipa MNP îngrijorătoare, întrucât permite încadrarea pacienților în anumite categorii, vizibile tuturor și cunoscute de către aceștia (pacienții și aparținătorii cunoșteau semnificația culorilor); poate fi stigmatizantă pentru pacient și poate afecta starea de confort psihic al acestuia. Acestea nu-și demonstau nici eficiența, având în vedere existența unui număr ridicat de cazuri de căderi de la același nivel.

Pentru siguranța pacienților, este nevoie de o supraveghere corespunzătoare din partea personalului, care trebuie să cunoască nevoile fiecărui pacient în parte, supraveghere care să respecte în orice moment demnitatea, intimitatea și autonomia pacientului. Riscurile erau consemnate în FOCG-urile pacienților.

Hrana zilnică a pacienților internați era preparată la blocul alimentar al spitalului, localizat în Pavilionul 1. Unitatea sanitară deținea Autorizație Sanitară Veterinară pentru mijloacele de transport produse de origine animală din data de 08.02.2018 eliberată de Autoritatea Națională Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor Argeș.

Probele alimentare erau prelevate corespunzător, fiind păstrate timp de 48/h, potrivit prevederilor cuprinse în Ordinul Ministerului Sănătății nr. 976/1998 pentru aprobarea Normelor de igienă privind producția, prelucrarea, depozitarea, păstrarea, transportul și desfacerea alimentelor Argeș. Se respectau regimurile alimentare pentru diverse patologii ale pacienților

(hipertensiune arterială și diabet zaharat). Meniul pacienților era variat și corespundea cantitativ și calitativ nevoilor nutriționale ale unei persoane adulte. Starea de nutriție și de hidratare a pacienților internați era corespunzătoare.

Sălile de mese erau curate și igienizate, cu obiecte de mobilier bine întreținute, dar **nu exista o personalizare a acestora, o varietate cromatică.**



Pavilionul 1



Pavilionul 2

La data efectuării vizitei, meniurile (comun și diabet), care erau afișate pentru a putea fi consultate de pacienți, constau în: mic dejun – ceai, cașcaval, ou fiert și brânză topită; prânz: supă cu găluște, piure de cartofi (legume sotate la diabet), carne de porc; cina – ceai, ghiveci de legume, piept de pui și pâine. Se asigura și un supliment după-amiaza – prăjitură, respectiv brânză topită pentru diabet. Pacienții cu tulburări de deglutiție erau monitorizați de către personalul medical.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor**

Informarea pacienților și a aparținătorilor cu privire la drepturi, obligații, Regulamentul intern al spitalului se efectua la internare, de către medicul curant. Drepturile și obligațiile pacientului erau atașate formularului Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, prezentat pacienților la internare spre a fi semnat. Informațiile respective erau afișate la loc accesibil pacienților (în saloane) și rulau și pe suport electronic, pe monitoarele destinate educației sanitare. De asemenea, drepturile erau afișate pe ușa cabinetului asistentului social, fiind menționate și instituțiile unde pacienții/aparținătorii pot depune plângeri: Direcția de Sănătate Publică, Avocatul Poporului, instanțe de judecată.

Nu erau însă consemnate, ca atare, drepturile pacienților internați nevoluntar.

Informarea pacienților internați nevoluntar, cu privire la comunicările, hotărârile instanței de judecată și posibilitatea de atac era efectuată de consilierul juridic al unității.

Pacienții, aparținătorii sau reprezentanții legali erau informați cu privire la posibilitatea de a depune o plângere. În cadrul spitalului era elaborată o procedură privind modalitatea de soluționare a plângerilor depuse de către pacienți/reprezentanți legali/reprezentanți convenționali și, pe fiecare secție exista un registru de sugestii și reclamații, în care se înregistrau plângerile înaintate de pacienți sau aparținători și modalitatea de soluționare a acestora. În registrele

verificate, nu existau consemnări. De asemenea, puteau fi trimise sesizări/reclamații cu Poșta Română, prin fax sau pe mail, la adresa sfmariapsih@yahoo.com.

În Pavilionul 2 era instalată o cutie pentru chestionarele de satisfacție, la fel și în Pavilionul 1, unde exista și o cutie pentru sesizări și reclamații, **care nu s-a regăsit în Pavilionul 2.**

► **asistența medicală**

Spitalul era dotat corespunzător - erau instalate aparate de decontaminare a aerului, existau brancarde, cărucioare pentru transport pacienți, cărucioare pentru transport tratamente/medicamente, concentratoare de oxigen, defibrilatoare, generator de curent insonorizat cu automatizare, încălzitor pentru soluțiile perfuzabile sub presiune, lampă de sterilizare cu UV montate pe tavan, pat electric, robot de sterilizare UVC & O3, saltele antiescară și sisteme de elevare.

În ceea ce privește resursele de personal, statul de funcții al spitalului prevedea, în total, un număr de 234 de posturi aprobate, dintre care erau ocupate 200 posturi, fiind vacante 34 de posturi. Distribuția pe categorii de personal a posturilor vacante era următoarea:

Categoria de personal	Nr.total posturi aprobate	Nr. posturi vacante
Medici	27	14
Asistenți medicali	69	10
Infirmieri		6
Îngrijitori		1
Personal TESA (inclusiv membrii comitetului director)	17	1
Muncitori calificați		2

În consecință, **cel mai mare deficit era în cazul medicilor, posturile fiind ocupate în proporție de 50% la Secția 1 și Compartimentul de lungă durată, iar la Secția 2, în proporție de 33%.**

Au fost depuse eforturi pentru atragerea de personal, cu calificările necesare, pentru a acoperi necesarul optim de resursă umană care să permită desfășurarea activității în condiții de calitate superioară și în siguranță, atât pentru pacienți cât și pentru personal. Au fost întocmite memorandumuri și, în perioada ianuarie 2024 – iunie 2025, au fost scoase la concurs 37 de posturi: 5 posturi de medic, 1 post farmacist, 15 posturi asistenți medicali, 1 post instructor ergoterapie, 7 posturi infirmieri, 8 posturi îngrijitori, acestea fiind parțial ocupate.³

Echipa MNP reiterează faptul că personalul insuficient raportat la nevoile reale din cadrul spitalului, constituie un risc crescut de rele tratamente față de pacienți și poate duce la apariția sindromului de burnout în rândul personalului suprasolicitat.

³În ceea ce privește posturile de medici, unde exista cel mai mare deficit, conform informațiilor comunicate - pe parcursul anului 2024 au fost scoase la concurs în mod repetat posturile vacante de medici aprobate prin memorandum, fiind ocupate 3 posturi vacante de medici din cele aprobate (1 medic primar specialitatea psihiatrie, 2 medici rezidenți specialitatea psihiatrie); unul dintre acești medici a demisionat în iunie 2025, iar altul a solicitat suspendarea contractului individual de muncă până la sfârșitul anului. La sfârșitul anului 2024, în cadrul unității sanitare erau încadrați 10 medici rezidenți, aceștia desfășurând activitatea în centre universitare. După terminarea stagiilor și obținerea certificatului de medic specialist, deși aceștia pot beneficia de o indemnizație de instalare echivalentă unui salariu de bază medicii nu doresc să desfășoare activitate în cadrul spitalului, preferând centrele universitare din marile orașe, sau să plece din țară.

Activitatea medicală era asigurată 24/24 ore, iar programul de lucru al personalul medical și auxiliar era în ture de câte 12 ore și ture de noapte.

În ceea ce privește pregătirea profesională continuă a personalului, în afara cursurilor urmate în scopul obținerii creditelor necesare desfășurării profesiei și instruiți interne, pe diverse teme (de exemplu: internarea și externarea pacienților, riscul de cădere a pacienților, determinarea gradului mediu de dependență, programarea telefonică a pacienților, alimentația pacienților, circuitele etc.), existau participări la cursuri organizate de formatori externi (Direcția de Sănătate Publică, Institutul Național de Sănătate Publică)/conferințe, pentru toate categoriile de personal, pe diferite teme: combaterea infecțiilor spitalicești, combaterea infecțiilor asociate actului medical; consumul de substanțe nocive; aspecte de psihologie și sociale implicate în îngrijirea pacientului copil și adult, cu diabet zaharat; valorile profesionale ale profesiilor de asistent medical și moașă; stres profesional și burnout în cazul cadrelor medicale; raportarea, contractarea și decontarea serviciilor spitalicești; tulburările psihice – implicații juridice și medico-legale; personalitățile patologice schizoidă, schizotipală, paranoică și spectrul psihotic; managementul calității serviciilor de sănătate; managementul riscurilor etc.

Echipa MNP a apreciat faptul că personalul a participat/urma să participe (conform Planului de formare și perfecționare pentru anul 2025) la cursuri externe sau instruiți interne privind respectarea drepturilor pacienților, comunicarea cu pacienții/aparținătorii, abordarea pacientului agresiv, tehnici de deescaladare sau aplicarea măsurilor de contenționare, esențiale în cadrul unui spital de psihiatrie (de exemplu, în planul anual era menționat un curs cu tema „Instruiți cu privire la interrelaționarea și prelucrarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale”).

În cursul vizitei, personalul medical a sesizat echipei MNP faptul că posibilitatea de specializare a asistenților medicali pe specializarea psihiatrie nu poate fi efectuată decât la locul de muncă, neexistând posibilitatea de formare anterioară angajării, cursuri de specializare recunoscute de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - OAMGMAMR (asistenții medicali angajați erau generaliști).

Pentru protecția personalului, nu existau butoane de panică, dar aveau stații de emisie-recepție (la data vizitei erau la verificare) care, de regulă, erau localizate câte una la cele două porți și pe fiecare secție, în cabinetul medical și în sala de tratament.

Consimțământul informat al pacientului

În spital era întocmită Procedura Obținerea consimțământului informat al pacientului/reprezentantului legal, conform căruia, la internare, după informarea pacientului/reprezentantului legal cu privire la diagnostic și tratament, la un nivel de comunicare rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia/reprezentantului legal, se solicita consimțământul pacientului sau reprezentantului legal (în cazul pacientului pus sub interdicție).

În procedură erau prezentate, în detaliu, principalele vulnerabilități identificate în spital și intervenția personalului medical în astfel de situații. De exemplu, în cazul în care un pacient nu poate semna din cauza unei infirmități, i se solicită exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul urmând să facă o mențiune în acest sens pe formular; de asemenea, pacientul nevorbitor de limba română beneficia de serviciile unui translator, iar în cazul în care pacientul nu știe carte sau nu vede, i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat cu privire la voința sa, urmând ca medicul să facă o mențiune în acest sens pe formular. Iar în cazul în care pacientul este lipsit de discernământ (conform Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003) și medicul sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, aparținătorul acestuia, și nici nu se poate solicita autorizarea autorității tutelare, întrucât intervalul de timp până la obținerea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, personalul medical care acordă

îngrijirea va completa formularul Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență, care se atașează la FOCG. În cazul pacienților care prezintă pericol pentru ei sau pentru ceilalți și nu se poate obține consimțământul informat, medicul poate recomanda internarea nevoluntară.

La FOCG-urile verificate erau atașate următoarele formulare de consimțământ: consimțământul informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical și acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale. De asemenea, existau consemnări cronologice privind consultațiile medicale, tratamentele și investigațiile efectuate.

Din discuțiile purtate cu membri ai personalului și verificarea documentelor, concluzia echipei MNP a fost că exista o practică neunitară în cadrul spitalului cu privire la completarea formularului de consimțământ la internare. De exemplu:

- în cazul unui pacient internat nevoluntar, conform formularului de consimțământ atașat la FOCG, pacientul ar fi semnat consimțământul la data internării deși, în fapt, acesta și-a exprimat consimțământul ulterior, ceea ce a determinat și încetarea procedurii de internare nevoluntară;

- într-o situație similară, lângă semnătura pacientului pe formularul de consimțământ întocmit la data internării, era consemnată data la care acesta și-a exprimat consimțământul.

În consecință, pentru o acuratețe a cronologiei faptelor, echipa MNP recomandă, în cazul pacienților care nu sunt de acord/nu-și pot exprima consimțământul la internare și se declanșează procedura internării nevoluntare, să existe formulare de consimțământ diferite: cel de la internare și cel completat atunci când pacientul își exprimă consimțământul, fiind consemnate în FOCG exprimările de voință ale pacientului.

În cadrul spitalului era respectată confidențialitatea actului medical la internare; conform declarațiilor reprezentanților spitalului, la evaluarea pacientului la Camera de Gardă, participau medicul și asistentul medical. În cazul urgențelor aduse cu Ambulanța și Poliția, agentul de poliție participa doar la solicitarea medicului, dacă acesta considera că există elemente de risc, și bodycamera acestuia era închisă.

Internarea nevoluntară

În spital se aplica internarea nevoluntară, în baza Procedurii Internarea pacienților, care prezenta, în mod detaliat, etapele (și termenele aferente) internării nevoluntare, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Conform procedurii, **atunci când se impunea internarea pacientului și acesta nu își dădea acordul la momentul internării și nici ulterior, într-un interval de 24-72 de ore, medicul curant declanșa procedura internării nevoluntare.**

Echipa MNP precizează că în procedură se interpretează eronat prevederile art. 58 (în termen de cel mult 24 de ore de la evaluarea pacientului, medicul psihiatru trimite propunerea de internare nevoluntară și documentația aferentă, comisiei de internare nevoluntară) și art. 61 (în termen de cel mult 48 ore de la primirea propunerii de internare nevoluntară, comisia special constituită în acest scop analizează propunerea și se pronunță prin decizie) din Legea 487/2002, republicată, atunci când se consideră că intervalul de 24 -72 ore poate fi folosit pentru convingerea pacientului, și dacă acesta refuza în continuare, de abia atunci să fie declanșată procedura internării nevoluntare.

Astfel, toată acea perioadă (în special după primele 24 de ore) neexistând consimțământul informat, semnat, al pacientului și nefiind declanșată procedura internării nevoluntare, poate fi asimilată unei privări de libertate în mod ilegal. Situația este cu atât mai gravă, având în vedere că pacientul, în intervalul de timp respectiv putea fi conțenționat mecanic și chimic.

În practică însă, din discuțiile purtate cu membri ai personalului medical și verificarea documentelor, echipa de vizită a constatat că se respectau prevederile legale, în FOCG-urile verificate de echipa MNP, propunerile de internare nevoluntară și notificările comisiei de internare nevoluntară erau întocmite la data internării pacienților.

Din discuțiile purtate cu reprezentanții spitalului, medicii declanșau procedura internării nevoluntare și în cazul în care considerau consimțământul pacientului la internare viciat, ca urmare a stării de sănătate a pacientului (de exemplu, în cazul pacientului cu auto sau/și heteroagresivitate care prezenta risc pentru sine sau pentru ceilalți, dacă acesta semna consimțământul, dar nu era de acord cu administrarea tratamentului, consimțământul putea fi considerat viciat de medic, acesta declanșând procedura internării nevoluntare); membri ai personalului au menționat că pacienții își cunoșteau drepturile și semnavă consimțământul pentru a solicita, ulterior, externarea.

În context, *echipa MNP reamintește prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, conform căroră, în cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul psihiatru curant declanșează procedura internării nevoluntare. De asemenea, menționează faptul că internarea nevoluntară, per se, nu justifică administrarea forțată a tratamentului, situațiile în care acest lucru este posibil fiind doar cele prevăzute de art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată⁴, tratament care poate fi aplicat pe o perioadă limitată, pentru rezolvarea urgenței.*

Conform procedurii, medicul curant avea obligația de a informa pacientul/reprezentantul legal (convențional) cu privire la toate măsurile (și aici, **echipa MNP precizează că medicul care a evaluat pacientul în urgență la Camera de gardă are obligația de informare cu privire la declanșarea măsurii de internare nevoluntară**), precum și cu privire la deciziile Comisiei de internare nevoluntară și ale instanței (Judecătoria Pitești sau instanța superioară), informări consemnate în FOCG. În fapt, consilierul juridic informa pacientul, inclusiv le citea documentele, dacă era cazul.

Comisiile de internare nevoluntară erau constituite prin decizie a managerului spitalului, la fiecare internare nevoluntară și erau alcătuite din 2 medici psihiatri și un medic medicină de laborator, fiind respectate prevederile legale.

În FOCG-urile verificate, în cazul unor pacienți prezentați de echipajele de poliție la spital, în procesul-verbal încheiat de aceștia se menționa:

„în scopul prevenirii unor fapte antisociale și în conformitate cu prevederile art. 56 alin. (1) și (2) din Legea nr. 487/2002, **se va proceda la internarea nevoluntară** a numitului...”,

iar în adresa către spital era menționat „**proces verbal privind necesitatea internării nevoluntare** a numitului...”, în condițiile în care, conform articolelor menționate, reprezentanții poliției **pot solicita internarea nevoluntară**, medicul psihiatru este cel în măsură de a declanșa procedura internării nevoluntare, în urma evaluării psihiatrice. **O astfel de exprimare demonstrează neînțelegerea prevederilor legale de către agenții de poliție și poate constitui o presiune**

⁴ Art. 29

(1) În alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului și să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului.

(2) Medicul 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.

asupra medicului de gardă la care este prezentat pacientul, de a declanșa procedura internării nevoluntare.

Audierea de către instanță a pacienților aflați sub procedura internării nevoluntare avea loc prin videoconferință fiind utilizat telefonul juristului spitalului⁵, modalitate adoptată la solicitarea spitalului (conform mențiunilor din cererile prin care se sesiza instanța și a declarațiilor reprezentanților spitalului, principalele motive invocate fiind starea pacientului și dificultatea asigurării transportului pacientului la instanță cu însoțitor⁶). De asemenea, contactul pacientului cu avocatul din oficiu avea loc prin același sistem, în general în prezența tuturor participanților la ședința de judecată desfășurată în camera de consiliu, discuțiile pacient intimat – avocat fiind consemnate în sentința instanței⁷.

Nu poate fi vorba astfel de respectarea confidențialității întrevederii. De asemenea, audierea pacientului de către instanță prin sistemul de videoconferință nu este de natură a ajuta instanța pentru a-și forma o convingere privind necesitatea internării nevoluntare.

MNP reiterează faptul că trebuie depuse toate diligențele, atât de către unitatea sanitară cât și de către instanță, pentru a evita audierea persoanei internate de către instanță prin videoconferință, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, iar procesele respective vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate.

De asemenea, MNP apreciază că se impune accesul nemijlocit al pacientului la avocat, față în față, și nu prin intermediul unui ecran, care poate afecta confidențialitatea întrevederii și relația de încredere care ar trebui să existe între pacient și avocatul său, și fără prezența unui angajat al spitalului (exceptând situațiile în care avocatul solicită prezența unei terțe persoane, din motive de siguranță personală). Contactul pacientului cu avocatul prin sistemul de videoconferință și în prezența altor persoane, poate afecta inclusiv apărarea în instanță (prestația avocatului din oficiu).

Procesele în care sunt implicați pacienți cu afecțiuni psihiatrice necesită o pregătire specifică, atât a instanței de judecată, cât și a avocatului și a procurorului, o specializare a acestora, având în vedere vulnerabilitate crescută a acestei categorii de pacienți (sunt și pacienți, și persoane cu afecțiuni psihiatrice) și importanța acestor procese pentru starea de libertate a pacienților.

Reprezentanții spitalului au sesizat echipei MNP unele dificultăți în ceea ce privește relația cu instanța care judeca procesele de internare nevoluntară (Judecătoria Pitești), în ceea ce privește fixarea termenelor de judecată (într-un caz, instanța a fixat primul termen la 2 luni după ce a fost sesizată cu privire la propunerea de încetare a procedurii de internare nevoluntară, termenul de judecată fiind fixat la insistențele repetate ale reprezentanților spitalului), ceea ce indică, încă o dată, nevoia de pregătire a judecătorilor cu privire la urgența judecării unor astfel de cazuri.

Instanțele au confirmat toate deciziile de internare nevoluntară și cele de încetare a procedurii, neexistând situații de atac a hotărârilor instanței.

În cursul anului 2024, au fost 2 internări nevoluntare, iar în anul 2025, 3 internări nevoluntare, toate fiind consemnate în Registrul de internări nevoluntare. Media internărilor nevoluntare a fost de 34 zile în anul 2024 și de 48 zile în anul 2025. În cazul internărilor

⁵ a fost identificat un caz în care din motive tehnice nu s-a putut lua legătura cu pacientul intimat, instanța a apreciat că sunt suficiente înscrisurile de la dosar și a confirmat cererea de internare nevoluntară

⁶ Reprezentanții spitalului au menționat faptul că nu au existat situații în care judecătorii, procurorii sau avocații din oficiu să se deplaseze la spital pentru a vedea pacientul.

⁷ A fost identificată și o situație în care instanța a permis avocatului din oficiu să părăsească sala cu telefonul mobil pentru a purta conversația cu pacientul intimat în condiții de confidențialitate, fără întreruperea apelului.

nevoluntare care au depășit 30 de zile, pacientul era reevaluat de comisia de internare nevoluntară periodic, la cel mult o lună. **Întrucât a fost identificat un caz în care, deși pacientul internat nevoluntar și-a declarat intenția de a semna consimțământul la internare, medicul curant nu a sesizat comisia de internare nevoluntară considerând că nu este cazul să fie reevaluat, fără a pune la îndoială buna credință a personalului medical, echipa MNP reamintește prevederile art. 65 alin. (1) din Legea nr. 487/2002, republicată, conform cărora, comisia de internare nevoluntară are obligația de a reexamina pacienții inclusiv la cererea pacientului.**

Pacienții internați nevoluntar erau cazați în aceleași saloane cu pacienții internați voluntar, fiind internați la acuzi, pe tot parcursul spitalizării sau transferați după o perioadă la cronici.

Aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare

În spital se aplica conținerea, în conformitate cu Procedura Izolarea/conținerea pacienților care prezintă agitație psihomotorie. Nu se aplica izolarea, întrucât nu dispuneau de camere care să fie amenajate conform prevederilor Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată. Formularul consimțământul informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical prevedea și acordul pacientului pentru a i se aplica conținerea, refuzul acestuia de a-și da acordul nu afecta internarea.

Pentru prevenirea conținării pacientului, în procedura antenționată erau specificați mai mulți pași consecutivi: liniștirea/calmarea pacientului prin discuție (personal medical, psiholog, asistent social, personal medico-sanitar, auxiliar, după caz), separarea pacientului agitat psihomotor de restul celorlalți pacienți și anunțarea medicului, imobilizarea pacientului dacă acesta se autoagresează sau există riscul de a fi pusă în pericol viața acestuia sau a altor pacienți, consultarea și evaluarea pacientului de către medic, luarea măsurilor care se impun: efectuarea tratamentului injectabil, conținerea mecanică, efectuarea tratamentului injectabil și conținerea mecanică sau chemarea poliției în situații de maximă urgență, în care există riscul iminent de afectare a integrității fizice sau de pierdere a vieții.

Măsura restricționării libertății de mișcare era adoptată în mod excepțional, în condiții de agitație psihomotorie marcată, însoțită de un potențial ridicat de auto/heteroagresivitate.

Conținerea se aplica la patul pacientului, încercându-se pe cât posibil să fie scoși ceilalți pacienți din salon; în Secția 1 se aplica la patul pacientului, fiind utilizate paravane. Echipa MNP reamintește prevederile Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată (art. 9 alin. (5)) și Standardele Comitetului European pentru Prevenirea Torturii, 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.

Conform procedurii întocmite în spital, imobilizarea pacientului era efectuată de infirmieri și/sau muncitori de supraveghere (contrar Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, conform căreia, la aplicarea conținței, participă numai personalul medical), dispozitivele de conținere (omologate) și tratamentul injectabil fiind aplicate de asistenții medicali; numărul persoanelor care participau la conținerea pacientului era de minimum 2. În ambele secții ale spitalului au fost efectuate instruirii ale personalului implicat în conținere, susținute de către asistenții șefi.

Pe fiecare dintre secții și la Camera de gardă erau întocmite registre privind aplicarea conținței. Acestea cuprindeau toate rubricile prevăzute în Legea nr. 487/2002, republicată, care erau completate corespunzător. Conținerea se aplica pe un interval de maximum 2 ore, funcțiile vitale erau verificate la fiecare 15 minute. Măsurile se consemnau în registre, dar nu în toate cazurile verificate, și în foile de observație ale pacienților.

► *asistența psihologică*

Asistența psihologică în cadrul spitalului era asigurată de către un colectiv alcătuit din 4 psihologi clinicieni (3 principali și 1 psiholog practicant), fiecare desfășurându-și activitatea în Secția psihiatrie I, Secția psihiatrie II și Ambulatoriul Integrat al spitalului. La data vizitei, în activitate erau doar 3 psihologi, un psiholog fiind în concediu pentru îngrijirea copilului.

Activitatea psihologilor se desfășura în baza fișei postului, întocmită conform prevederilor legale aplicabile în sistemul sanitar și avizată de conducerea spitalului. Aceștia aveau responsabilitatea de a acorda servicii psihologice la solicitarea medicului psihiatru și desfășurau activități specifice de evaluare psihologică, intervenție, consiliere, psihoeducație și monitorizare a stării psihice.

Printre atribuțiile specifice prevăzute în fișa postului se regăseau: realizarea evaluării psihologice clinice (status cognitiv, afectiv, comportamental, adaptativ, personalitate, risc suicidar etc.); aplicarea și interpretarea instrumentelor psihometrice și proiective relevante pentru diagnosticul psihologic clinic; consilierea psihologică individuală sau de grup, inclusiv în situații de criză; intervenții suportive pentru promovarea sănătății mintale, adaptare, reabilitare și reintegrare psihosocială; participarea la elaborarea planului terapeutic, în colaborare cu medicul psihiatru și echipa medicală; consilierea și informarea familiei pacientului, atunci când era necesar; susținerea activităților de psihoeducație și intervenții comportamentale în cadrul terapiei ocupaționale; documentarea activității prin completarea formularelor și a rapoartelor în format fizic și electronic; respectarea reglementărilor legale și etice privind confidențialitatea, protecția datelor și exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

Psihologii erau angajați cu normă întreagă, câte 7 ore zilnic, de luni până vineri. Toți psihologii erau absolvenți ai unor cursuri de master (Consiliere psihologică și educațională, Psihoterapii cognitiv –comportamentale, Psihologie clinică, evaluare și intervenție), iar în ceea ce privește formarea profesională continuă, aceștia participaseră la diverse cursuri și workshop-uri (Incursiuni în Psihoterapia integrativă: tehnici și strategii, Zilele medicale și științifice ale Spitalului clinic de psihiatrie „Prof. Dr. Al.Obregia” – Perspective în psihiatria românească, Congresul Național de Psihiatrie, Conferința Națională de Psihoterapie Pozitivă, Conferința europeană de psihiatrie și sănătate mintală Galatia etc.). Dețineau atestat de liberă practică, conform prevederilor legale în vigoare, în specialitatea Psihologie clinică.

Activitatea psihologică se desfășura în cabinetele de psihologie, amplasate în cadrul secțiilor de spitalizare din cele două secții de psihiatrie și care erau amenajate conform standardelor de funcționare pentru psihologia clinică, asigurând accesibilitate pentru pacienți, dotare de bază (birou, scaune, dulapuri de arhivare documente, computer, imprimantă, material papetărie, acces la rețea internă intranet), confidențialitatea actului psihologic și securitatea emoțională a beneficiarilor.

Metodologia aplicată urmărea principiile eticii profesionale (confidențialitate, consimțământ informat, demers adaptat capacității pacientului), intervențiile psihologice fiind realizate conform competențelor fiecărui psiholog și în colaborare cu echipa multidisciplinară (medic psihiatru, asistent social, terapeut ocupațional, asistent medical).

Cabinetele de psihologie din cadrul spitalului de Psihiatrie erau dotate cu instrumente psihologice validate științific, iar psihologii clinicieni dețineau licență de utilizare pentru: PANSS® – Positive and Negative Syndrome Scale; Inventarul furiei ca stare și trăsătură - 2 (STAXI®-2); PDSQ; CERQ - Chestionarul de evaluare a copingului cognitiv – emoțional; Interviu clinic structurat pentru tulburările din DSM – 5; Scala de abordare strategică a copingului SACS; Scalele Ender de evaluare multidimensională a anxietății etc.

Instrumentele psihologice erau alese și aplicate în funcție de obiectivele evaluării, de particularitățile pacientului și de contextul clinic specific. Acest mod de lucru permitea intervenții eficiente și adaptate, asigurând în același timp flexibilitate în abordare, în funcție de complexitatea fiecărui caz. Folosirea unui set variat de instrumente contribuia la o evaluare psihologică completă și atent structurată, adecvată situațiilor clinice diverse întâlnite în activitatea de zi cu zi din spital.

În cadrul cabinetului de psihologie erau utilizate formulare standardizate, în conformitate cu procedura internă a spitalului, respectiv: Formular de consimțământ informat; Fișa de evaluare psihologică; Fișa de evaluare psiho-comportamentală și socio-economică; Formular de evaluare sedința de consiliere; Raport de evaluare psihologică. Formularele erau completate în format fizic, semnate, atașate la FOCG și arhivate conform reglementărilor interne ale spitalului.

Actele profesionale erau consemnate în Registrul evidență activitate cabinet psihologie, care însă nu era întocmit conform recomandărilor Colegiului psihologilor din România, în el regăsindu-se informații precum Cod procedură, Medic curant etc. *Echipa de vizită recomandă întocmirea câte unui Registru de evidență a actelor profesionale de către fiecare psiholog, numerotarea acestuia și înregistrarea la secretariatul unității*, potrivit Hotărârii nr. 3 din 27 septembrie 2013 privind evidența profesională a psihologilor cu drept de liberă practică, publicată în Monitorul Oficial nr. 654 din 24 octombrie 2013, art. 2: *Psihologii care își exercită profesia [...] sunt obligați să realizeze și să organizeze următoarele registre profesionale: a) registrul de evidență a actelor profesionale, realizat în mod obligatoriu atât pe suport hârtie, cât și pe suport electronic.*

Activitatea psihologică desfășurată includea atât evaluări psihologice clinice, cât și intervenții de sprijin, consiliere și monitorizare psihologică, în acord cu nevoile specifice ale pacienților internați. În anul 2025, până la data vizitei, psihologii realizaseră evaluări psihologice clinice inițiale, reevaluări psihologice periodice, intervenții de consiliere psihologică, intervenții în situații de criză (agresivitate), evaluări pentru instituirea măsurilor de ocrotire, evaluări pentru comisia de handicap/comisia de expertiză medicală a capacității de muncă.

Activitatea psihologică urmărea evaluarea statusului cognitiv și afectiv la internare (pentru stabilirea unor posibile deficite cognitive, tulburări de dispoziție sau afective severe), precum și evaluarea capacității de funcționare globală și adaptativă (în vederea stabilirii nivelului de autonomie personală, a capacității de gestionare a activităților zilnice și a gradului de integrare psihosocială, cu scopul de a orienta deciziile terapeutice); intervenții de consiliere în situații de criză (în special în cazuri de ideeație suicidară, tulburări psihotice acute, episoade maniacale sau tulburări de comportament cu risc de auto și heteroagresivitate); monitorizarea psihologică a pacienților cronici, inclusiv prin observație clinică periodică și intervenții adaptate capacității cognitive; sprijin/suport psihoeducațional în vederea creșterii compliancei la tratament și înțelegerii diagnosticului.

În cadrul spitalului, evenimentele cu potențial de risc erau monitorizate constant de către psihologi, iar echipa multidisciplinară din care făcea parte psihologul clinician contribuia la prevenirea, identificarea și gestionarea acestora, în colaborare cu personalul medical și de îngrijire.

Tipurile de evenimente monitorizate psihologic erau: tentativele de suicid (nu au fost înregistrate astfel de evenimente în anul 2025); comportamente de autoagresiune și heteroagresiune (verbală și fizică – 3 cazuri în anul 2025); evadări sau tentative de părăsire neautorizată a incintei (2 cazuri); consumul de substanțe psihoactive (alcool, droguri) – identificat prin auto-relatări – 277 cazuri/pacienți internați cu acest diagnostic. Aceste date erau consemnate în Registrul de evenimente adverse și în Registrul de evidență activitate cabinet, iar persoanele internate beneficiaseră de asistență psihologică corespunzătoare. Pentru fiecare eveniment cu risc major, psihologul evalua pacientul în termen scurt (de urgență), documenta contextul

psihono-emoțional și comportamental, aplica scale de evaluare a riscului suicidar/agresiv, monitoriza cazul, și decidea, după caz, consiliere de criză și elaborarea unui plan de intervenție individualizat.

Intervențiile psihologice erau corelate și calibrate constant cu activitățile de terapie ocupațională, în scopul menținerii funcționalității psihosociale a pacientului, consolidării autonomiei personale, reducerii riscului de recădere și reinternare, creșterii calității vieții în mediul instituționalizat sau post-externare. Obiectivele calibrării interdisciplinare erau reprezentate de: identificarea nivelului de funcționare cognitivă și adaptativă al pacientului; propunerea de activități ocupaționale compatibile cu profilul psihologic și capacitatea de implicare; observarea progresului pacientului în timp și adaptarea strategiilor terapeutice; susținerea motivației și angajamentului în activitățile de zi cu zi; prevenirea izolării, retragerii sociale, apatiei sau comportamentului regresiv.

Pacienții cu deteriorare cognitivă moderată erau susținuți psihologic prin activități de stimulare cognitivă (asociere, desen), dublate de activități ocupaționale simple (decupat, sortat). Pacienții cu simptomatologie psihotică stabilizată erau încurajați prin intervenție verbală structurată să participe la activități de igienă personală, socializare și organizare de spațiu. Pacienții cu trăsături de personalitate disfuncționale (borderline, paranoidă etc.) erau sprijiniți prin intervenții de reglare emoțională și încadrați în activități ocupaționale care presupun structură și limită. Pacienții cronici, cu rezistență la implicare, erau prijiți prin intervenție motivațională și tehnici de încurajare incrementală în activități ocupaționale cu componentă senzorială (grădinărit, desen, muzică).

Personalul din cadrul Compartimentului de Terapie ocupațională al spitalului colabora permanent cu personalul medical pentru monitorizarea răspunsului pacientului la activitate, adaptarea programului individualizat, identificarea blocajelor emoționale sau cognitive, crearea unui cadru predictibil și susținător pentru reabilitare psihosocială. Această abordare integrată permitea o intervenție psihologică individualizată, funcțională și antrenată în realitatea pacientului, cu efecte directe asupra evoluției clinice și a reintegrării.

► *alte aspecte*

Pacienții spitalului erau implicați în activități de terapie ocupațională, ergoterapie și kinetoterapie. Activitățile de terapie ocupațională se desfășurau în sala special amenajată din Secția 2 (pentru pacienții secției), iar pentru pacienții din Secția 1, vara în foișor, iar iarna în saloane; de asemenea, în sala de mese exista videoproiector pentru vizionare de filme de lung metraj.

În ceea ce privește activitățile de kineto și ergoterapie, în spital erau angajați un kinetoterapeut și un ergoterapeut, care desfășurau activitate pentru pacienții celor două pavilioane. Cabinetele acestora se aflau la demisolul Secției 2, unde se afla și o mică bibliotecă, precum și o sală de sport, de care beneficiau însă doar pacienții Secției 2 (un alt impediment creat de distanța dintre cele 2 pavilioane – conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții din Secția 1 refuzau să se deplaseze la cealaltă secție, deși li se asigura transportul). În cazul pacienților de la Secția 1, specialiștii se deplasau la Pavilionul 1, efectuând activitate cu aceștia în curte sau la patul pacientului. După construirea unui pavilion unic, urma să fie rezolvată însă și această problemă.



Pavilionul 2 - Sala de sport



Pavilionul 2 - Sala de terapie ocupațională și ergoterapie

Pacienții puteau păstra telefoanele mobile. Conform informațiilor reprezentanților spitalului, decizia folosirii telefonului personal aparținea însă echipei medicale, care putea restricționa temporar accesul la telefonul mobil personal pentru a evita folosirea necorespunzătoare a acestuia (apelarea Serviciului Unic de Urgență 112, conținut media, rețele de socializare etc.); se puteau stabili ore în care era permisă utilizarea telefonului mobil personal și zone în care putea fi folosit (cabinet asistență socială, cabinet asistenți medicali etc.). În situația reținerii telefonului, acesta era depozitat în cutia de valori din cabinetul asistentului social. Se asigura posibilitatea de contact cu familia prin intermediul telefonului mobil din cabinetul asistenților medicali; de asemenea, exista telefon fix în sălile de tratament. Convorbirile aveau loc sub supravegherea asistentului social sau medical, cu respectarea intimității în măsura posibilităților existente la acele momente.

Având în vedere procedura adoptată în spital în privința păstrării și utilizării telefoanelor mobile personale, precum și faptul că au fost pacienți care au sesizat echipei MNP reținerea telefoanelor la internare, echipa MNP reamintește prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, art. 42: libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără niciun fel de cenzură, [...] Mediul și condițiile de viață în serviciile de sănătate mintală trebuie să fie pe cât

posibil cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare. Drepturi precum comunicarea cu membri familiei și utilizarea telefonului în scop privat nu pot fi limitate nici în cazul pacienților internați nevoluntar (art. 68 din aceeași lege). Subliniază faptul că accesul neîngrădit al pacienților la telefonul personal, și în condiții de confidențialitate, constituie o garanție esențială împotriva relelor tratamente.

Programul de vizită era următorul: luni-vineri: 12:00-14:00 și 16:00-18:00 și sâmbătă-duminică: 12:00-18:00, durata vizitei fiind limitată la 30 minute.

În spital nu se permitea internarea cu însoțitor întrucât infrastructura secțiilor nu permite cazarea acestora. ***Supravegherea pacienților de către personalul medical și auxiliar nu suplinește însă prezența unui membru al familiei, aspect de care trebuie avut în vedere în cazul noului imobil, în concordanță cu prevederile art. 32 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare: pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.***

3. Recomandări

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

RECOMANDĂ

Conducerii Spitalului de psihiatrie „Sfânta Maria” Vedea, județul Argeș, să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:

1. În măsura posibilităților legale, asigurarea personalului (număr și categorii profesionale) suficient (prin ocuparea posturilor vacante) pentru desfășurarea în condiții optime a activității în spital, având în vedere nevoile reale din cadrul secțiilor, precum și pentru evitarea sindromului de burnout al personalului; continuarea efectuării cursurilor de pregătire profesională a personalului pe teme conform standardelor internaționale în domeniul drepturilor omului, în special pentru cunoașterea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități;
2. Actualizarea procedurilor de lucru din cadrul spitalului, având în vedere că existau și proceduri întocmite în anul 2018, și punerea acestora în acord cu prevederile legale (de exemplu, Procedura Internarea pacienților);
3. Continuarea demersurilor de externare a pacienților cazuri sociale, prin toate mijloacele posibile: demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul pacientului, Consiliile Județene/DGASPC-urile din județul de domiciliu al pacientului, ONG-uri cu activitate în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, întâlniri de lucru cu reprezentanții instituțiilor cu atribuții în domeniu etc.;
4. Completarea în mod corespunzător, conform prevederilor legale, a formularelor de consimțământ; instruirea personalului medical cu privire la procedura privind consimțământul liber și informat al pacientului; asigurarea că toți pacienții sunt informați (adaptat capacității lor de

înțelegere) și li se solicită consimțământul la internare/tratament/investigații; respectarea dreptului pacientului de a refuza tratamentul medicamentos sau investigații medicale; asigurarea că în cazul administrării forțate a tratamentului sunt respectate prevederile art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată;

5. În cazul pacienților care nu sunt de acord/nu-și pot exprima consimțământul la internare și se declanșează procedura internării nevoluntare, să existe formulare de consimțământ diferite: cel de la internare și cel completat atunci când pacientul își exprimă consimțământul, fiind consemnate în FOCG exprimările de voință ale pacientului;

6. Asigurarea posibilității de informare cu privire la drepturile pacienților internați nevoluntar, în format fizic (afișare), a pacienților/apartinătorilor;

7. Respectarea dreptului pacienților de a utiliza telefonul în scop privat, având în vedere că accesul neîngrădit al pacienților la telefonul personal și în condiții de confidențialitate constituie o garanție esențială împotriva relelor tratamente;

Respectarea prevederilor art. 42 și art. 68 din Legea nr. 487/2002, republicată, conform căroră, drepturi precum comunicarea cu membri familiei și utilizarea telefonului în scop privat, fără niciun fel de cenzură, nu pot fi limitate, nici în cazul pacienților internați nevoluntar;

8. În ceea ce privește internarea pacientului cu însoțitor, trebuie avute în vedere, mai ales în cazul unui nou imobil pentru spital, prevederile art. 32 din Legea nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare: *pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale; la solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.*

9. Dotarea Pavilionului 2 cu o cutie pentru sesizări reclamații;

10. Instruirea personalului cu privire la procedura internării nevoluntare, etapele și termenele legale; • Respectarea termenelor prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată, în cazul internărilor nevoluntare (art. 58 - în termen de cel mult 24 de ore de la evaluarea pacientului, medicul psihiatru trimite propunerea de internare nevoluntară și documentația aferentă, comisiei de internare nevoluntară; art. 61 - în termen de cel mult 48 ore de la primirea propunerii de internare nevoluntară, comisia special constituită în acest scop analizează propunerea și se pronunță prin decizie); • Respectarea prevederilor art. 65 alin. (1) din Legea nr. 487/2002, republicată, conform căroră, comisia de internare nevoluntară are obligația de a reexamina pacienții inclusiv la cererea pacientului;

11. Identificarea unor soluții, în colaborare cu alți actori implicați (Judecătoria Pitești, Serviciul de Asistență Juridică din cadrul Baroului Argeș) pentru a se respecta dreptul la un proces echitabil al pacientului internat nevoluntar (întrevederea pacientului cu instanța, cu apărătorul său, față în față, inclusiv în cadrul unității sanitare; desfășurarea întrevederii pacient – avocat în condiții de confidențialitate);

12. Aplicarea conțenționării în condițiile prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată și Norma de aplicare: aplicarea numai de către personalul medical și niciodată în prezența altor pacienți; consemnarea măsurii atât în registru, cât și în FOCG;

13. La repartizarea pacienților la internare, pentru fiecare secție să fie utilizate aceleași criterii, evitându-se criterii pentru repartizarea între secții care ar putea fi percepute ca stigmatizante pentru pacienți (de exemplu, starea de agitație);

14. Evitarea practicii de uniformizare a pacienților prin utilizarea obiectelor de îmbrăcăminte identice, precum și prin tunsoarea scurtă a pacienților din compartimentul de lungă durată dacă nu reprezintă dorința acestora;

15. Evitarea practicii ca pacienții să poarte brățări de identificare, de culoare diferită în funcție de riscul prezentat, practică care poate fi stigmatizantă pentru pacient și poate afecta starea de confort psihic al acestuia;

16. Întocmirea de către fiecare psiholog a unui Registru de evidență a actelor profesionale, numerotarea acestuia și înregistrarea la secretariatul unității, conform prevederilor legale în vigoare

17. Îmbunătățirea condițiilor de cazare:

- respectarea prevederilor Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital în ceea ce privește numărul de grupuri sanitare și de dușuri, aria utilă în saloanele curente, de 7 m²/pat, dispunerea paturilor paralel cu frontul ferestrei și astfel încât să fie accesibile pe ambele laturi lungi;

- dotarea corespunzătoare a saloanelor astfel încât să se asigure confort și siguranță tuturor pacienților: saltele, noptiere în număr suficient, mese, scaune, dulap pentru depozitare obiecte personale, frigider, aparate tv în număr suficient;

- personalizarea saloanelor și a sălilor de masă;

- accesibilizarea unui număr suficient de grupuri sanitare pentru uzul persoanelor cu dizabilități locomotorii;

- îndepărtarea obiectelor cu risc potențial pentru pacienți (prag la intrare în salon, rampa din curtea Pavilionului 1);

- efectuarea activității de reparație a foișorului din curtea Pavilionului 2.