



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 192 (XXXVI) — Nr. 296 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 4 aprilie 2024

SUMAR

Pagina

Anexa la Ordinul președintelui Autorității Naționale pentru
Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
nr. 334/2024 pentru aprobarea versiunii extinse a
Ghidului care conține instrumentele de lucru privind
accelerarea procesului de dezinstituționalizare..... 3–220

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

AUTORITATEA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR
PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

ORDIN

**pentru aprobarea versiunii extinse a Ghidului
care conține instrumentele de lucru privind accelerarea
procesului de dezinstituționalizare*)**

Având în vedere:

— Legea nr. 7/2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative;

— Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— Legea nr. 221/2010 pentru ratificarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de România la 26 septembrie 2007, cu modificările ulterioare;

— Hotărârea Guvernului nr. 490/2022 pentru aprobarea Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă” 2022—2027;

— Hotărârea Guvernului nr. 1.543/2022 pentru aprobarea Strategiei naționale privind prevenirea instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități și accelerarea procesului de dezinstituționalizare, pentru perioada 2022—2030;

— Referatul de aprobare nr. 11.168 din 2.04.2024,

în temeiul prevederilor art. 1 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 234/2022 privind atribuțiile, organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, cu modificările ulterioare,

**președintele Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor
Persoanelor cu Dizabilități** emite prezentul ordin.

Art. 1. — Se aprobă versiunea extinsă a Ghidului care conține instrumentele de lucru privind accelerarea procesului de dezinstituționalizare, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Ghidul privind instrumentele de lucru pentru accelerarea procesului de dezinstituționalizare se utilizează atât de către echipele care coordonează procesul de dezinstituționalizare la nivel național și județean, cât și de către persoanele care sunt implicate la nivelul centrelor și al persoanelor cu dizabilități din centre în identificarea și implementarea soluțiilor de dezinstituționalizare.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Președintele Autorității Naționale
pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități,
Romi Mihăescu

București, 2 aprilie 2024.
Nr. 334.

*) Ordinul nr. 334/2024 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 296 din 4 aprilie 2024 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXĂ



MINISTERUL MUNCII ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE
Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor
Persoanelor cu Dizabilități

Ghidul care conține instrumentele de lucru privind accelerarea procesului de dezinstituționalizare

Versiunea extinsă

Listă de acronime și abrevieri

AJOFM	Agencia Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă
AJPIS	Agencia Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială
ANPDPD	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
ANPIS	Agencia Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
CEPAH	Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap
CDPD	Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități
CJ	Consiliu Județean
CL	Consiliu Local
Comitetul județean	Comitetul județean de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării
Comitetul Național	Comitetul național de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării
Comitetul CDPD	Comitetul ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități
DAS	Direcție de asistență socială
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
GC	Grup consultativ independent al societății civile cu privire la dezinstituționalizare și integrare în comunitate, organizat la nivel central
MC	Manager de caz
M&E	Monitorizarea și evaluarea
MMSS	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
ONG	Organizație Neguvernamentală
ONU	Organizația Națiunilor Unite
Plan individual	Plan individual de viață independentă și integrare în comunitate
Plan de acțiune	Planul de acțiune privind implementarea Strategiei naționale de prevenire a instituționalizării și accelerare a procesului de dezinstituționalizare, 2022–2030
PNRR	Planul Național de Redresare și Reziliență
POIDS	Programul Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027
POR	Programul Operațional Regional (2014-2022)
PIN	Program de Interes Național
SECPAH	Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap

SPAS	Serviciul Public de Asistență Socială
SNDPD sau Strategia națională	Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă” 2022–2027
Strategia dezinstituționalizării	Strategia națională de prevenire a instituționalizării și de accelerare a dezinstituționalizării, 2022–2030

1. INTRODUCERE

- 1.1. Scopul și utilitatea ghidului
- 1.2. Context
- 1.3. Importanța dezinstituționalizării și a asigurării unei vieți independente și integrării în comunitate
- 1.4. Termeni cheie și principii ale procesului de dezinstituționalizare
- 1.5. Planificarea centrată pe persoană

2. MECANISMUL DE GUVERNANȚĂ ÎN PROCESUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE

- 2.1. Structurile de coordonare
- 2.2. Angajament și consultare

3. PLANUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE PENTRU CENTRUL REZIDENȚIAL – INIȚIEREA ȘI PREGĂTIREA

- 3.1. Inițierea Planului de dezinstituționalizare
- 3.2. Mobilizarea echipei de coordonare a Planului de dezinstituționalizare
- 3.3. Evaluarea resurselor centrului rezidențial
- 3.4. Evaluarea resurselor la nivel județean/local
- 3.5. Evaluarea riscurilor Planului de Dezinstituționalizare

4. PLANUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE PENTRU CENTRUL REZIDENȚIAL – IMPLEMENTAREA

- 4.1. Dezvoltarea Planurilor individuale de viață independentă și integrare în comunitate
 - 4.1.1. Structura Planului individual
 - 4.1.2. Etapele elaborării Planului individual
- 4.2.1. Identificarea și pregătirea locuințelor în comunitate
- 4.2.2. Planificarea și dezvoltarea serviciilor în comunitate
- 4.2.3. Asigurarea personalului de sprijin pentru activitățile de tranziție
- 4.2.4. Activități de comunicare și conștientizare a comunității
- 4.3. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție
- 4.4. Mutarea personalului din centre în serviciile din comunitate
- 4.5. Mutarea persoanelor cu dizabilități în comunitate
- 5.1. Monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare
- 5.2. Planul personal de monitorizare a implementării Planului individual
- 5.3. Monitorizarea post-transfer a calității serviciilor în comunitate

Anexa A. Plan propus de dezinstituționalizare. PARTEA 1: Inițiere și pregătire

1. Informații generale și repere strategice la nivel de centru

- 1.1. Informații generale despre profilul centrului rezidențial în curs de dezinstituționalizare
- 1.2. Obiectivul general al Planului DI
- 1.3. Obiectivele specifice ale Planului DI: Inițiere și pregătire
- 1.4. Țintele Planului DI: Inițiere și pregătire

2. Crearea cadrului instituțional pentru elaborarea și implementarea Planului DI

- 2.1 Decizia de inițiere a Planului DI
- 2.2. Mobilizarea echipei de coordonare a Planului DI
- 2.3. Implicarea și consultarea părților interesate
- 2.4. Parteneriate
- 2.5. Evaluarea inițială a resurselor

2.5.1. Evaluarea inițială a resurselor umane

2.5.2. Evaluarea inițială a resurselor materiale

2.5.3. Evaluarea inițială a resurselor financiare

- 2.6. Evaluarea resurselor de la nivel județean/local

3. Pregătirea elaborării Planurilor Individuale

- 3.1. Profilul persoanelor cu dizabilități care locuiesc în CR
- 3.2. Mobilizarea echipei de elaborare a Planurilor Individuale
- 3.3. Planificarea formării
- 3.4. Activități de autoreprezentare pentru rezidenții centrului

Anexa A1. Fișă evenimente

Anexa A2.1. Evaluarea inițială: Resurse umane – Fișă individuală a angajatului

Anexa A2.2. Evaluarea inițială: Resurse umane – Fișă de evaluare sintetică

Anexa A2.3. Evaluarea inițială: Resurse umane – Chestionar cu privire la preferințele de viitor ale angajatului

Anexa A3. Evaluarea inițială: Fișă de evaluare a resurselor materiale

Anexa A4. Evaluarea inițială: Fișă de evaluare a resurselor financiare

Anexa A5. Fișă individuală pentru fiecare persoană cu dizabilități din centrul rezidențial

Anexa A6. Plan pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI135

Anexa A7. Lista serviciilor sociale publice și private de la nivel de județ

Anexa B. Plan propus de dezinstituționalizare. PARTEA 2: Implementare și actualizare

1. Informații generale și repere strategice

- 1.1. Obiectivele specifice ale Planului DI: Implementare și actualizare
- 1.2. Țintele Planului DI: Implementare și actualizare

2. Elaborarea Planurilor Individuale

- 2.1. Desfășurarea formării personalului
- 2.2. Elaborarea Planurilor Individuale
- 2.3. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție
- 2.4. Necesarul de sprijin pentru o viață independentă
- 2.5. Nevoile de sprijin ale familiei sau altor persoane apropiate
- 2.6 Planificarea serviciilor pentru persoanele care realizează tranziția spre viața independentă în comunitate și monitorizarea acestora

3. Planificarea serviciilor în comunitate

3.1. Activități de conștientizare a comunității

3.2. Rețeaua de servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități în comunitate

3.2.1. Dezvoltarea serviciilor sociale

3.2.2. Transferul personalului centrului rezidențial către serviciile din comunitate

4. Riscuri potențiale

5. Monitorizarea progresului implementării Planului DI

6. Diagrama Gantt

7. Buget

8. Comunicarea rezultatelor

Anexa B1. Planul Individual

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 1: Planificarea centrată pe persoană: Aspirațiile, valorile persoanei și nevoile sale pentru a trăi viața dorită

Etapa 1: Cercul de sprijin

Etapa 2: Fișa “Viața mea” (opțional)

Etapa 3: Metoda de planificare centrată pe persoană

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2: Necesarul de sprijin pentru o viață independentă

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 3: Plan de servicii – Parcurs de viață independentă

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 4: Plan personalizat pentru monitorizarea implementării planului individual

Anexa B1. Planul Individual – Anexă 1 în sprijinul managementului de caz: Ghid de interviu cu persoane resursă

Anexa B1. Planul Individual – Anexă 2 în sprijinul managementului de caz: Set de întrebări privind calitatea vieții și includerea în comunitate a persoanei cu dizabilități

Anexa B2. Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate

Anexa B3. Fișa pentru evaluarea riscurilor

Anexa B4. Indicatori cheie pentru monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare

Anexa B5. Lista de verificare pentru evaluarea calității planificării centrate pe persoană

Bibliografie

Viziune: Toate persoanele cu dizabilități au dreptul să trăiască independent în comunitate, în egală măsură cu orice altă persoană, cu acces la sprijin pentru realizarea pe deplin a acestui drept

1. INTRODUCERE

1.1. Scopul și utilitatea ghidului

Acest ghid conține informații care să sprijine implementarea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități din România în cadrul direcțiilor strategice trasate de Strategia națională privind prevenirea instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități și accelerarea procesului de dezinstituționalizare, pentru perioada 2022-2030 (Strategia dezinstituționalizării). Scopul principal al ghidului este să ofere toate informațiile necesare pentru ca fiecare persoană cu dizabilități aflată în prezent într-un centru rezidențial să se bucure de cea mai bună soluție de viață independentă în comunitate, în acord cu aspirațiile, preferințele și nevoile proprii, iar această soluție să fie implementată în mod adecvat și în acord cu cadrul strategic național și județean. Ghidul va fi utilizat de către echipele care vor coordona procesul de dezinstituționalizare la nivel național și județean, cât și de către persoanele care vor fi implicate în mod concret la nivelul fiecărui centru și al fiecărei persoane cu dizabilități din centre în identificarea și implementarea soluțiilor de dezinstituționalizare.

Pentru aceasta, ghidul:

Oferă o **perspectivă comună** asupra dezinstituționalizării și a vieții independente în comunitate, accesibilă tuturor profesioniștilor care vor fi implicați în acest proces, pentru a asigura coerența și a eficientiza procesul de dezinstituționalizare.

Describe **fazele principale ale procesului de dezinstituționalizare** și explică pentru fiecare etapă importanța desfășurării acesteia, oferă bune practici ce ar trebui urmate și precizează responsabilitățile actorilor implicați în funcție de rolurile și profesiile lor, urmărind măsurile stabilite în Planul de acțiune al Strategiei dezinstituționalizării.

Este completat de instrumente de lucru elaborate împreună cu persoanele cu dizabilități și organizațiile lor reprezentative, care să fie utilizate de actorii implicați în procesul de dezinstituționalizare, inclusiv un model de Plan de Dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial și un Plan individual de viață independentă și integrare în comunitate (Plan individual), elaborat împreună cu persoanele cu dizabilități. Pentru a sprijini procesul de dezinstituționalizare, Instrumentul de colectare de date „StartDI” include varianta digitală a documentelor necesare pentru a produce Planul de Dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial. Diseminarea instrumentului de colectare de date “StartDI” se va realiza de către Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (ANPDPD).

Include un **instrument de monitorizare** pentru a urmări progresul și pentru a responsabiliza instituțiile pe parcursul întregului proces, legat de sistemul de monitorizare al Strategiei dezinstituționalizării.

Ghidul urmărește să fie și un instrument al asumării colective, în special de către factorii de decizie și specialiștii care sprijină persoanele cu dizabilități, a principiilor și scopului dezinstituționalizării.

Dincolo de reperele de lucru și instrumentele practice oferite, ghidul este și un vehicul pentru promovarea și implementarea noii abordări centrate pe persoană, care asigură temelia necesară pentru deciziile punctuale de rezolvare a provocărilor apărute pe parcurs. Deciziile și activitățile promovate de ghid sunt susținute de argumente de cercetare și strategice explicitate în acest document, desprinse din experiența internațională și locală, și îndrumate de expertiza persoanelor cu dizabilități. Acest material constituie nu doar un reper de planificare și de lucru concret împreună cu persoanele cu dizabilități din centrele rezidențiale, ci și o pledoarie convingătoare pentru beneficiarii acestei reforme, pentru echipele de coordonare și de implementare a procesului de dezinstituționalizare, în vederea restituirii autonomiei și demnității persoanelor cu dizabilități, dar și a șanseii de a avea o viață independentă și un viitor sub auspiciile incluziunii, în cadrul modelului centrării pe persoană. Dezinstituționalizarea trebuie să fie un proces coordonat între actorii de la nivel național și local, dar și în ceea ce privește utilizarea strategică a resurselor, pentru a evita perspectiva instituționalizării oricăror grupuri vulnerabile, fie că sunt copii, adulți sau vârstnici.

Ghidul sprijină operaționalizarea Strategiei dezinstituționalizării, al cărei Plan de acțiune propune un set detaliat de măsuri specifice necesare prevenirii instituționalizării și sprijinirii procesului de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități din România.

Ghidul cuprinde: (1) propuneri de activități care trebuie realizate la nivelul centrelor împreună cu persoanele cu dizabilități (cum ar fi activitățile de planificare a elaborării Planurilor individuale) și care vor putea fi implementate eficient doar dacă sunt realizate în prealabil activități pregătite la nivel național (activități de instruire, campanii de conștientizare); și (2) propuneri de activități de identificare a celor mai bune măsuri de sprijin în comunitate pentru persoanele cu dizabilități, care depind de opțiunile de servicii necesare existente sau planificate, precum și activități de extindere a acestora, care necesită modificări legislative sau programe la nivel național (inclusiv cu finanțare din fonduri nerambursabile). Prin urmare, ghidul face parte din acel ansamblu de documente care subliniază responsabilitățile diferiților actori în procesul de dezinstituționalizare, în contextul angajamentului asumat de către România cu privire la tranziția persoanelor instituționalizate cu dizabilități la un trai în comunitate.

La baza pregătirii acestui ghid au stat o serie de rapoarte de analiză detaliată a situației centrelor rezidențiale și a serviciilor în comunitate în România, împreună cu „Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități în România”, care a susținut elaborarea Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă” 2022–2027 (Strategia națională), precum și o bibliografie bogată cu privire la procesele de dezinstituționalizare și planificare centrată pe persoană în țări unde agenda acestor politici este avansată. În spiritul obligațiilor statuate în articolul 4 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD), acest ghid promovează consultarea și implicarea persoanelor cu dizabilități și a organizațiilor lor reprezentative în toate deciziile care țin de planificarea, implementarea și monitorizarea procesului de dezinstituționalizare, precum și de prevenire a instituționalizării.

Ghidul este structurat după cum urmează:

Introducerea oferă o imagine de ansamblu asupra situației la nivel național și european privind instituționalizarea persoanelor cu dizabilități, cât și argumente privind importanța

dezinstituționalizării și asigurării dreptului la o viață independentă și inclusă în comunitate, însoțite de o serie de principii și termeni cheie relevanți pentru acest demers.

A doua parte a ghidului detaliază mecanismul de guvernanță a dezinstituționalizării, care cuprinde structurile de coordonare la nivel național, județean și de centru rezidențial și prezentarea mecanismului de implicare și consultare.

A treia parte a ghidului detaliază etapele elaborării Planului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial, de la pregătirea planului pe baza planurilor individuale elaborate pentru rezidenți, la implementare, precum și la evaluare și monitorizare, cu sub-etapele lor.

1.2. Context

Situația în prezent

Procentul de persoane cu dizabilități instituționalizate din România este unul mai scăzut comparativ cu cel de la nivelul Uniunii Europene, însă instituționalizarea rămâne o practică larg răspândită. O estimare din 2020 indică un număr de cel puțin 1.438.696 de copii și adulți care locuiesc în instituții în cele 27 de țări ale Uniunii Europene. În plus, numărul a înregistrat doar o mică scădere în ultimii 10 ani. În timp ce demersurile de limitare a numărului de servicii rezidențiale pentru copii cu dizabilități au fost încununate de succes, în special în țările care au priorizat această acțiune prin investiții între 2014–2020, situația nu a cunoscut modificări semnificative în cazul adulților cu dizabilități, în special pentru cei cu dizabilități intelectuale instituționalizați în continuare în număr foarte mare.

În România, un număr mult prea mare de persoane cu dizabilități sunt încă instituționalizate. La 31.12.2023, România avea o populație de 923.578 de persoane cu dizabilități, dintre care 15.863 continuau să fie instituționalizate în 568 de centre rezidențiale. Mai mult de jumătate dintre centre au fost înființate după anul 2000, sistemul a înregistrat puțină variație în termeni de număr de persoane și de centre în ultimii ani. Numărul persoanelor admise în fiecare an este semnificativ mai mare decât al rezidenților care părăsesc sistemul pentru a se întoarce în comunitate. Majoritatea persoanelor instituționalizate au dizabilități intelectuale și psihosociale, nu au niciun venit, au un nivel scăzut de educație și nu au sprijin familial sau rețele sociale. Populația rezidentă este formată din tineri proveniți din sistemul de protecție a copilului, vârstnici din comunitate, foști pacienți ai unor spitale de psihiatrie rămași fără locuință și familie, precum și un segment de rezidenți de vârstă mijlocie.

Angajamente strategice

Dreptul la viață independentă și integrarea în comunitate este recunoscut atât de CDPD, cât și de o serie de documente strategice la nivel internațional, european și național. Cadrul legal și strategic prevede și implementarea unei serii de măsuri menite să asigure realizarea acestui drept, incluzând dezvoltarea unei game variate de servicii de sprijin în comunitate, cât și asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii destinate populației generale: locuire, ocupare, educație, sănătate.

Caseta 1: Documente strategice la nivel internațional, european și național în care este recunoscut dreptul la viață independentă și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități

Organizația Națiunilor Unite

CDPD, art.19 Viață independentă și integrare în comunitate

Statele părți la prezenta convenție recunosc dreptul egal al tuturor persoanelor cu dizabilități de a trăi în comunitate, cu șanse egale cu ale celorlalți, și vor lua măsuri eficiente și adecvate pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități se bucură pe deplin de acest drept și de deplina integrare în comunitate și participare la viața acesteia, inclusiv asigurându-se că:

Persoanele cu dizabilități au posibilitatea de a-și alege locul de reședință, unde și cu cine să trăiască, în condiții de egalitate cu ceilalți, și nu sunt obligate să trăiască într-un anumit mediu de viață;

Persoanele cu dizabilități au acces la o gamă de servicii la domiciliu, rezidențiale și alte servicii comunitare de suport, inclusiv la asistență personală necesară vieții și integrării în comunitate, precum și pentru prevenirea izolării sau segregării de comunitate;

Serviciile și facilitățile în comunitate pentru populație în general sunt disponibile în aceeași măsură persoanelor cu dizabilități și răspund nevoilor acestora.

Consiliul Europei

Carta Socială Europeană (revizuită)

Carta revizuită stabilește dreptul persoanelor cu dizabilități la independență, integrare socială și participare în viața comunității, indiferent de vârstă sau natura și originea dizabilității și solicită părților să dezvolte măsurile necesare pentru a realiza acest drept (art. 15).

Rezoluția Adunării Parlamentare privind Dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități

Rezoluția invită statele membre să „întreprindă acțiuni concrete [...] pentru a pune capăt practicii de instituționalizare și pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități și familiile acestora sunt sprijinite adecvat în procesul de reintegrare în comunitate” și „să dezvolte, în cooperare cu organizațiile persoanelor cu dizabilități, finanțate adecvat, strategii conforme cu drepturile omului pentru dezinstituționalizare, cu termene și ținte clare în vederea unei veritabile tranziții către o viață independentă pentru persoanele cu dizabilități în conformitate cu art. 19 din CDPD.”

Strategia Consiliului Europei privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2017–2023 – Drepturile omului: O realitate pentru toți

„Obiectivul general al Strategiei este de a obține egalitatea, demnitatea și egalitatea de șanse pentru persoane cu dizabilități în ariile specifice în care Consiliul Europei poate avea o contribuție. Acest lucru necesită asigurarea independenței, a libertății de alegere, a participării active și depline în toate domeniile vieții și societății, inclusiv a traiului în comunitate.”

Strategia recunoaște că „aranjamentele de locuit izolate sau segregate de comunitate, ca atare, nu sunt doar contrare dreptului de a trăi în comunitate așa cum este consacrat de art. 19 al CDPD, dar dau naștere adesea unora dintre cele mai grave încălcări ale drepturilor omului din Europa. Documentate la scară largă, violența și abuzul în astfel de aranjamente reprezintă unul dintre numeroasele motive pentru care acestea trebuie înlocuite progresiv cu servicii în comunitate.”

Uniunea Europeană

Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene

Stabilește dreptul persoanelor cu dizabilități și a celor vârstnice de a trăi independent (art. 25 și 26), precum și dreptul de a participa la viața comunității, inclusiv prin incluziunea socială, culturală și ocupațională.

O Uniune a Egalității: Strategia privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2030

Comisia Europeană invită statele membre UE „să pună în aplicare bunele practici de dezinstituționalizare în domeniul sănătății mintale și în ceea ce privește toate persoanele cu dizabilități, inclusiv copiii, pentru a consolida tranziția de la îngrijirea instituționalizată la serviciile care oferă sprijin în comunitate”. Prezenta Strategie reia angajamentul Strategiei europene 2010–2020 care prezenta instituționalizarea ca pe un obstacol important în calea participării depline a persoanelor cu dizabilități în societate în egală măsură cu ceilalți, precum și angajamentul Comisiei Europene „de a realiza tranziția de la îngrijirea instituționalizată la cea în comunitate prin [...] sprijinirea dezvoltării serviciilor în comunitate și creșterea gradului de conștientizare cu privire la situația persoanelor cu dizabilități care trăiesc în instituții rezidențiale, în special a copiilor și a persoanelor vârstnice”.

România

Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă” 2022–2027

Strategia națională cuprinde măsuri pentru realizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în toate domeniile vieții. În cadrul unei direcții de acțiune dedicate, recunoaște dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi independent și incluse în comunitate și își propune ca obiective atât dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități (inclusiv prin elaborarea unui cadru strategic unitar și a unui ghid de dezinstituționalizare), cât și îmbunătățirea accesului la servicii în comunitate necesare vieții independente (inclusiv asistență personală, echipe mobile, servicii de tip respiro).

Planul național de redresare și reziliență (PNRR)

Componenta 13 – „Reforme sociale” include sub Pilonul „Sănătate și Reziliență Instituțională” o măsură specifică privind „Reforma sistemului de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități (C13-R2)”. Măsura acoperă jaloane și ținte care privesc atât legiferarea unei Strategii naționale privind prevenirea instituționalizării și a unui ghid pentru accelerarea dezinstituționalizării, cât și furnizarea de sprijin persoanelor cu dizabilități pentru tranziția la viața independentă și reducerea numărului de persoane din instituții.

Strategia națională privind prevenirea instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități și accelerarea procesului de dezinstituționalizare, pentru perioada 2022-2030

Strategia dezinstituționalizării recunoaște în continuare dreptul la viață independentă în comunitate.

Aceasta evidențiază necesitatea unor schimbări structurale ale sistemului pentru a permite dezinstituționalizarea și să răspundă obiectivelor stabilite în PNRR.

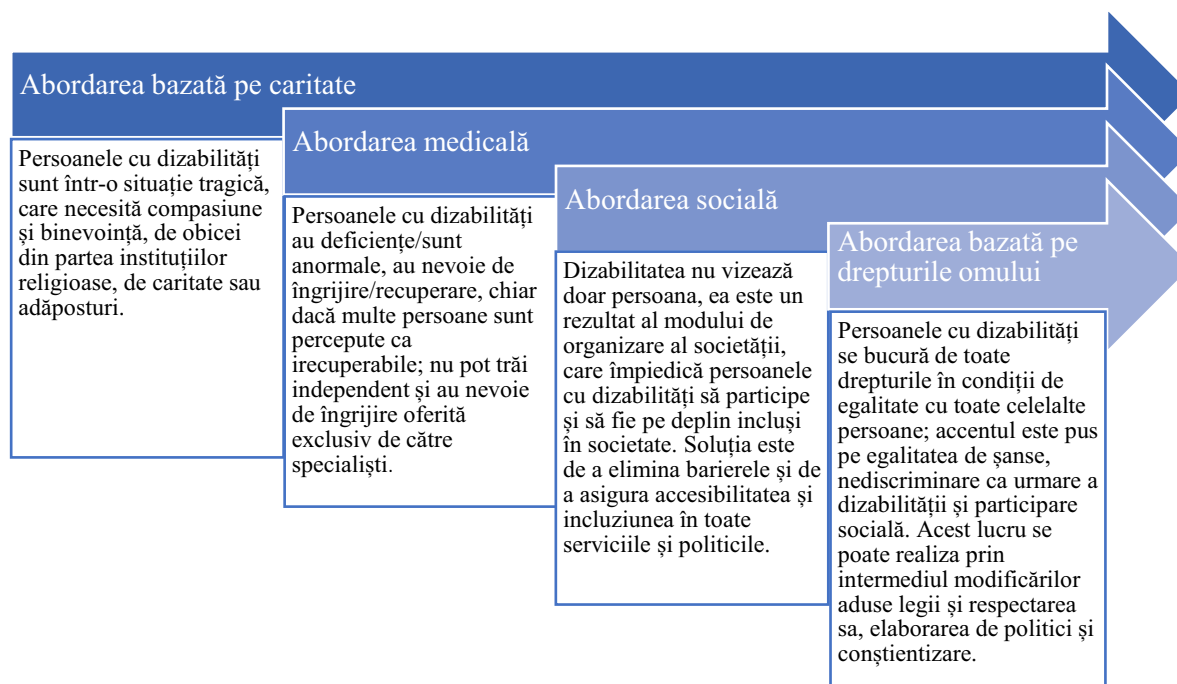
1.3. Importanța dezinstituționalizării și a asigurării unei vieți independente și integrării în comunitate

Modelul social al dizabilității bazat pe drepturile omului

Recunoașterea dreptului la viață independentă și integrare în comunitate aparține unei transformări radicale de paradigmă a modului în care este înțeleasă dizabilitatea. Conform CDPD, dizabilitatea este un „concept în evoluție”, fiind un rezultat al „interacțiunii dintre persoanele cu deficiențe și barierele de atitudine și de mediu care le împiedică participarea deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți”. Definiția marchează trecerea de la un model caritabil care vede situația persoanei ca pe ceva tragic la care trebuie răspuns cu milă și caritate, către unul medical, care vede dizabilitatea ca un defect al persoanei și în consecință intervine cu tratament și spitalizare, înspre unul social, care ia în considerare interacțiunea între

particularitățile unei persoane și modul în care societatea răspunde acestor particularități, subliniind barierele care împiedică persoanele cu dizabilități să fie incluse în societate. Modelul bazat pe drepturile omului recunoaște drepturile egale ale persoanelor cu dizabilități în societate-
Figura 1.

Figura 1. Evoluția abordărilor dizabilității



Asigurarea dreptului la viață independentă și incluziune socială necesită o serie de măsuri adecvate care să garanteze că persoanele cu dizabilități își pot exercita toate drepturile omului în egală măsură cu orice alte persoane.

Traiu în comunitate, indiferent de modul în care este organizat – individual sau în comun, în familii extinse – reprezintă fundamentul pentru tot ceea ce facem în viață. Instituționalizarea presupune izolarea persoanelor cu dizabilități de restul comunității într-un mediu în care acestea nu se pot bucura de tot ce oferă și presupune viața în comunitate, de la educație, ocupare, servicii de sănătate, viața de familie și rețele sociale, până la participarea la viața culturală și publică. În societățile care au depășit abordarea bazată pe caritate, instituțiile pentru grupurile vulnerabile (inclusiv persoanele cu dizabilități) au fost considerate un pas înainte în eforturile depuse pentru a le proteja. Totuși, instituțiile nu mai sunt compatibile cu viziunea unei societăți incluzive ce rezultă în contextul majorității țărilor din lume care au adoptat CDPD. Conform legislației, în prezent, persoanele cu dizabilități sunt instituționalizate în cazul în care nu li se pot furniza alte servicii în comunitate. Astfel, lipsa accesului la servicii necesare traiului în comunitate constituie principală barieră care trebuie înlăturată pentru a evita izolarea și segregarea persoanelor cu dizabilități.

Instituționalizare și încălcări ale drepturilor omului

Instituționalizarea nu doar încalcă dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi independent în comunitate, ci este deseori asociată cu alte încălcări grave ale drepturilor omului. Rapoarte și analize la nivel internațional privind modul în care trăiesc persoanele cu dizabilități în instituții au relevat condițiile de trai și tratamentele inumane la care sunt supuse persoanele cu dizabilități în instituții. Aceste aspecte îngrijorătoare includ: standarde precare de viață (de exemplu, clădiri slab întreținute, lipsa încălzirii, și lipsa condițiilor igienice), abuzuri fizice și sexuale, utilizarea izolării sau conțenționării, supramedicarea, prezența în număr mic sau absența activităților de abilitare și reabilitare sau violarea dreptului la viața privată și de familie.

În multe din instituțiile din România, drepturile persoanelor cu dizabilități sunt încălcate. O evaluare recentă a centrelor rezidențiale pentru adulți cu dizabilități din România a evidențiat multiple situații în care practicile instituționale conduceau la încălcări ale drepturilor omului. Aspectele identificate se referă atât la limitarea autonomiei și controlului persoanelor din centre privind deciziile de zi cu zi (program, alimentație, îmbrăcăminte, ieșirea din centru), cât și la lipsa accesibilizării clădirilor și a comunicării, accesul precar la mijloace de comunicare (telefon, calculator), accesul limitat la servicii de sănătate, combinat cu un număr ridicat de afecțiuni cronice și decese, lipsa accesului la alte servicii destinate populației generale (ocupare, educație), cât și lipsa rețelilor sociale și a contactului cu comunitatea. Instituțiile sunt în general locuri în care viața de zi cu zi a rezidenților este atent supravegheată, iar organizarea îngrijirii instituționale promovează conformismul și uniformizarea, apelând la pedepse menite să inducă complianța rezidenților, inclusiv fără consimțământul acestora (de exemplu, conțenționare, izolare sau administrare de medicație psihotropă).

Efecte nocive ale instituționalizării

Instituționalizarea are efecte multiple și profunde asupra dezvoltării psihoemoționale și intelectuale a persoanelor cu dizabilități. Consecințele instituționalizării asupra sănătății copiilor în privința dezvoltării fizice, intelectuale, comportamentale și sociale au fost documentate pe larg la nivel internațional. Vulnerabilitatea crescută a adulților cu dizabilități la forme de abuz fizic, sexual și emoțional, precum și segregarea și izolarea socială, privarea de interacțiune și comunicare, lipsa autonomiei personale și a vieții private produc efecte de durată asupra dezvoltării fizice, intelectuale, mintale a acestora. Comitetul CDPD propune recunoașterea statutului de supraviețuitor acordat persoanelor care au suferit încălcări ale drepturilor omului și prejudicii pe perioada instituționalizării și recunoaște implementarea măsurilor reparatorii (financiare sau de altă natură) pe măsura durerii, suferinței și urmărilor pricinuite.

Optimizarea resurselor – costul îngrijirii instituționalizate vs. costul traiului independent în comunitate

Trecerea de la îngrijirea instituționalizată la viața în comunitate prin asigurarea accesului la serviciile de sprijin și generale este mai rentabilă, producând efecte mai bune pentru persoanele cu dizabilități. Finanțarea îngrijirii instituționale este în general considerată o cheltuială publică inadecvată care produce rezultate de calitate inferioară pentru persoanele cu dizabilități rezidente. În prezent, nu există dovezi conform cărora finanțarea modelelor de viață independentă prin furnizarea de servicii în comunitate este în mod necesar mai costisitoare decât îngrijirea instituționalizată. În unele situații, cheltuielile aferente furnizării serviciilor în comunitate sunt ori semnificativ mai reduse decât cele necesare instituționalizării, ori la un nivel asemănător, dar generând o calitate a vieții mai bună pentru persoanele cu dizabilități. Cu toate

acestea, factorii de decizie nu ar trebui să presupună de la bun început că serviciile în comunitate presupun costuri mai mici. Astfel, chiar în situațiile în care îngrijirea instituțională se dovedește a fi varianta mai ieftină, argumentele privind costurile instituționalizării vs. ale traiului independent în comunitate trebuie să evite decizii care ar condiționa asigurarea traiului în comunitate de un anumit plafon. În plus, de cele mai multe ori, costurile aferente celor două sisteme nu sunt comparabile în lipsa unei analize a nevoilor persoanelor cu dizabilități și a rezultatelor pentru acestea. În mod cert, costurile sprijinului în comunitate pentru fiecare persoană în parte vor varia în funcție de obiectivele de integrare în comunitate stabilite împreună cu aceasta, în contrast cu modul de finanțare pe baza unui standard de cost nediferențiat în funcție de aceste aspecte. Dezinstituționalizarea presupune o analiză riguroasă a costurilor instituționalizării raportate la cele privind asigurarea vieții în comunitate, pentru a stabili inclusiv sursa resurselor necesare pentru dezvoltarea eficientă a serviciilor în comunitate. Suplimentar, trebuie luate în calcul o serie de costuri ale tranziției între cele două modele, atât la nivel de sistem, cât și la nivel individual. Chiar dacă costul financiar al integrării poate fi unul ridicat, mai ales în fază inițială, acesta este diminuat pe termen lung, iar costul moral al menținerii persoanelor vulnerabile în instituții împotriva voinței lor de către societate este imposibil de cuantificat.

1.4. Termeni cheie și principii ale procesului de dezinstituționalizare

Instituție

Orice loc în care persoanele care au fost etichetate ca având o dizabilitate sunt izolate, segregate și/sau forțate să trăiască împreună și cărora nu li se permite să exercite control asupra propriilor vieți și deciziilor din viața de zi cu zi, iar cerințele organizației în sine tind să prevaleze asupra nevoilor acestora. Culturii instituționale îi sunt asociate: (1) depersonalizarea (îndepărtarea bunurilor personale); (2) rigiditatea rutinei (programe fixe pentru trezire, luarea mesei, și activități, fără a ține cont de preferințele și nevoile individuale); (3) tratamentul în bloc (tratarea persoanelor în grupuri, fără respectarea intimității și individualității); și (4) distanța socială (simbolizând diferența de statut dintre personal și persoanele cu dizabilități rezidente în centre). O instituție nu este definită doar de mărimea sa, și poate fi orice formă organizată de îngrijire care reproduce caracteristicile culturii instituționale (inclusiv locuințele protejate).

Dezinstituționalizare și prevenirea instituționalizării Procesul de a asigura furnizarea de sprijin persoanelor cu dizabilități pentru a trăi independent în comunitate și de a preveni excluderea socială, și astfel, de a elimina nevoia de îngrijire instituționalizată. Scopul final al dezinstituționalizării nu este închiderea unei instituții, ci mai degrabă asigurarea accesului la toate resursele care permit persoanelor cu dizabilități să devină cetățeni cu drepturi depline, în condiții de egalitate cu ceilalți membri ai societății. Aceste resurse pot fi reprezentate de: locuințe, servicii de masă, asistența personală și sprijinul autoreprezentanților -

Caseta 2. Astfel de măsuri trebuie să fie în mod constant completate de răspunsuri prompte și adecvate la orice risc de instituționalizare sau reinstituționalizare. Astfel, închiderea instituțiilor nu ar reprezenta un obiectiv al dezinstituționalizării, ci un efect al tranziției persoanelor instituționalizate la viața în comunitate și exercitarea tuturor drepturilor.

Caseta 2: Ce presupune dezinstituționalizarea

Dezinstituționalizarea este un proces politic și social, care prevede trecerea de la îngrijirea instituțională și alte medii de izolare și segregare la viața independentă. Dezinstituționalizarea efectivă are loc atunci când unei persoane plasate într-o instituție i se oferă posibilitatea de a deveni cetățean cu drepturi depline și de a prelua controlul asupra vieții sale (dacă este necesar, cu sprijin). Esențiale pentru procesul de dezinstituționalizare sunt furnizarea de locuințe la prețuri convenabile și accesibile în comunitate, accesul la servicii publice, asistența personală și sprijinul de la egal la egal. Dezinstituționalizarea înseamnă și prevenirea instituționalizării în viitor; asigurarea faptului că persoanele cu dizabilități pot crește împreună cu familiile lor și alături de vecini și prieteni din comunitate, și nu segregate în îngrijirea instituțională.

Viață independentă Abilitatea de a exercita control asupra propriei vieți; de a lua decizii și a face alegeri, inclusiv privind propriul domiciliu (unde, cum și cu cine o persoană locuiește). Orice persoană poate trăi independent în comunitate, indiferent de vârstă, gen sau nivelul nevoilor de sprijin, dacă are acces la servicii în comunitate adecvate, accesibile și flexibile, și la un mediu, transport și informații accesibilizate.

Capacitate juridică Abilitatea de a avea și de a exercita drepturi și obligații, precum și de a iniția și a încheia acte juridice de care trebuie să se bucure toate persoanele cu dizabilități conform art. 12 al CDPD. Restricționarea exercitării capacității juridice poate limita posibilitatea unei persoane să se căsătorească, să se angajeze, să voteze, să cumpere sau să închirieze o casă, să ia un împrumut, să decidă cu privire la un tratament medical și, în general, să își exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale și să ia decizii care sunt esențiale pentru viața de zi cu zi și pentru urmărirea obiectivelor proprii. Persoanelor cu dizabilități le este restricționată capacitatea juridică prin substituirea deciziei de către un terț, fie reprezentantul legal (în cazul persoanelor puse sub interdicție), fie familie, angajați din servicii, autorități responsabile etc. Cultura instituțională limitează *de facto* orice posibilitate de a lua decizii, tranziția la viața independentă necesitând, astfel, restituirea acestei capacități, inclusiv prin furnizarea sprijinului în luarea deciziei și a accesibilizării informației și comunicării.

Caseta 3: Instituționalizarea și exercitarea capacității juridice

„Segregarea persoanelor cu dizabilități în instituții continuă să fie o problemă răspândită și insidioasă care încalcă o serie de drepturi garantate în temeiul CDPD. Problema este exacerbată de negarea pe scară largă a capacității juridice a persoanele cu dizabilități, permițând altora să își dea acordul pentru plasarea acestora în instituții. De asemenea, directorii instituțiilor sunt uneori investiți cu capacitatea juridică a persoanelor rezidente. Acest lucru pune toată puterea și controlul asupra persoanei în mâinile instituției. Pentru a respecta CDPD și drepturile omului ale persoanelor cu dizabilități, trebuie înfăptuită dezinstituționalizarea, iar capacitatea juridică trebuie să fie restaurată tuturor persoanelor cu dizabilități, să poată alege unde și cu cine doresc să trăiască (art.19). Alegerea unei persoane privind unde și cu cine să locuiască nu ar trebui să îi afecteze dreptul de a avea acces la sprijin în exercitarea capacității sale juridice.”

Sursa: Comitetul CDPD (2014, alin. 46).

Servicii în comunitate Sunt acele servicii care facilitează traiul independent și incluziune socială a oricărei persoane cu dizabilități în comunitate. Aceste servicii sunt atât cele destinate populației generale și la care persoanele cu dizabilități trebuie să aibă acces potrivit nevoilor proprii (ocupare,

educație, sănătate, locuire, cultură și timp liber), cât și servicii de sprijin specializate. Serviciile la nivel de comunitate trebuie să fie dezvoltate de o manieră care să prevină izolarea și segregarea și să asigure o continuitate a unei forme de sprijin centrate pe persoană, care să reprezinte obiectul unei alegeri libere și care să se afle sub controlul persoanei cu dizabilități-

Caseta 4.

În același timp, serviciile trebuie să fie: (1) universal accesibile și în proximitatea locuinței persoanei în cauză; (2) acceptabile în privința respectării unor standarde de calitate și să fie, de asemenea, adecvate genului, vârstei și culturii persoanei; (3) accesibile din punct de vedere al prețului pentru persoanele cu venituri mici; și (4) adaptabile, prin asigurarea flexibilității necesare pentru adaptarea la nevoile individuale ale fiecărei persoane.

Caseta 4: Principiile asigurării serviciilor la nivel de comunitate

- Serviciile trebuie să faciliteze integrarea deplină și participarea în comunitate, nu doar să asigure o locuință, și să prevină în același timp izolarea și segregarea de/sau în cadrul comunității.
- Serviciile trebuie să fie alese și controlate de persoana cu dizabilități, căreia trebuie să i se asigure accesul la informații, sfaturi și reprezentarea intereselor astfel încât să poată lua decizii informate cu privire la tipul de sprijin de care are nevoie.
- Serviciile trebuie să fie asigurate într-o manieră centrată pe persoană, adică să corespundă nevoilor, voinței și preferințelor persoanei care trebuie, de asemenea, să fie implicată în proiectarea și evaluarea serviciilor. Serviciile trebuie să asigure un sprijin continuu pe durata existenței nevoii și trebuie să poată fi modificate ca reacție la schimbarea nevoilor și preferințelor persoanei cu dizabilități.
- Asigurarea serviciilor nu trebuie să fie condiționată de reședința persoanei în cauză, ci de nevoile și cerințele acesteia. Persoana ar trebui să își poată schimba reședința fără a pierde accesul la servicii, iar un nivel înalt de sprijin ar trebui să poată fi asigurat în orice moment, chiar și în condiții obișnuite de locuire.
- Alternativele de trai la viața instituționalizată trebuie să fie dispersate în cadrul întregii comunități și nu grupate pe aceeași stradă sau în clădiri rezidențiale care adăpostesc grupuri de persoane cu dizabilități.

Nu este dezinstituționalizare

- **reducerea numărului de rezidenți într-un centru rezidențial.** Chiar dacă reducerea numărului de rezidenți poate avea un efect pozitiv asupra calității îngrijirii resimțită de către cei care rămân în centru, iar dezinstituționalizarea este un proces progresiv în care această reducere are loc în mod natural, reducerea numărului nu ar trebui să reprezinte un obiectiv final în sine. Procesul de dezinstituționalizare trebuie să cuprindă toți rezidenții, indiferent de nevoile lor de sprijin.
- **mutarea rezidenților dintr-un serviciu rezidențial, în altul, indiferent dacă este unul public sau privat.** Dezinstituționalizarea presupune identificarea sau crearea unor soluții astfel încât persoanele cu dizabilități să trăiască independent în comunitate, în locuințe incluzive, și nu în alte servicii rezidențiale. Conform art. 19 al CDPD, viața independentă și includerea în comunitate au loc într-un mediu de viață situat în afara instituțiilor rezidențiale

de orice tip (Comitetul CDPD 2022, alin. 17). Totodată, mutarea rezidenților din centre rezidențiale publice, în unele private nu scot persoana din mediul instituțional.

- **împărțirea administrativă a unui centru rezidențial în mai multe centre de dimensiuni mai mici și, eventual, în alte servicii sociale.** De exemplu, licențierea unor etaje diferite, aparținând acelorași clădiri, drept servicii rezidențiale separate, sau a unor clădiri diferite a unui centru. Astfel, această restructurare artificială nu abordează în mod real aspecte precum concentrarea unui număr ridicat de persoane în același spațiu, segregarea la care sunt supuse sau dreptul lor de a trăi în comunitate. Cu privire la transformarea unui etaj sau a unei clădiri într-un alt tip de serviciu de care persoana cu dizabilități ar putea avea nevoie, chiar dacă este convenabil din punct de vedere al apropierii fizice, îi limitează acesteia interacțiunile cu comunitatea, nu îi facilitează posibilitatea de a se adapta la diferite contexte și îi restricționează posibilitatea de a alege.
- **construirea unor servicii rezidențiale de mici dimensiuni în aceeași proximitate sau a unor opțiuni de locuire „satelit” ce gravitează în jurul centrelor rezidențiale,** precum locuințe în aceeași curte sau în apropierea centrului rezidențial (Comitetul CDPD 2022, alin. 49). Chiar dacă astfel de opțiuni de locuire pot da impresia unei vieți independente (apartamente sau locuințe individuale), această soluție este mai degrabă una administrativă ce favorizează segregarea persoanelor cu dizabilități. Persoanele cu dizabilități nu trebuie să fie concentrate într-un singur spațiu, acest lucru conducând către izolarea și segregarea lor, nefăcând posibilă o viață independentă în comunitate.
- **transformarea unui centru rezidențial pentru persoane cu dizabilități, într-un centru rezidențial pentru vârstnici.** Indiferent de organizarea administrativă a serviciului rezidențial, persoanele vârstnice cu dizabilități au același drept de a trăi în comunitate, precum orice altă persoană.
- **orice altă soluție care este centrată pe instituție/sistem și nu pe persoana cu dizabilități.** Toate eforturile de dezinstituționalizare trebuie să se concentreze pe restaurarea autonomiei, alegerii și controlului persoanelor cu dizabilități pentru a decide cum, unde și cu cine decid să trăiască (Comitetul CDPD 2022, alin. 19).

1.5. Planificarea centrată pe persoană

Importanța planificării centrate pe persoană

Planificarea centrată pe persoană este un proces de planificare a propriei vieți care pornește de la premisa că toate deciziile îi aparțin persoanei, cu scopul de a-i maximiza calitatea vieții. Scopul tranziției la viața independentă în comunitate a fiecărei persoane este ca aceasta să trăiască precum își dorește. Dezinstituționalizarea urmărește să respecte obligația statului de a asigura tuturor persoanelor cu dizabilități șanse egale de a trăi, ca oricine altcineva, independent în mijlocul comunității. Fiecare om are nevoi, dorințe și preferințe care îi sunt specifice și își planifică viitorul într-un mod unic. Viața în instituții – prin segregare, izolare și reglementarea strictă a vieții de zi cu zi – a limitat însă semnificativ posibilitatea persoanelor cu dizabilități de a-și imagina și/sau de a spune cum își doresc să trăiască și de a se putea bucura de realizarea dorințelor lor.

Modul în care sunt planificate și furnizate serviciile pentru persoanele cu dizabilități necesită o transformare fundamentală care să pună în centru persoana și dorințele acesteia.

Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale impun ca echipele multidisciplinare din cadrul serviciilor rezidențiale care se ocupă de evaluarea nevoilor și de elaborarea planurilor personalizate de servicii să implice, să asculte și să țină cont de opiniile persoanelor cu dizabilități. În prezent însă, procesul de planificare și furnizare a serviciilor în centrele rezidențiale este organizat de cele mai multe ori fără participarea activă a persoanelor cu dizabilități, încât multe dintre acestea nici nu știu că au planuri de servicii sau ce conțin ele. Acest lucru este rezultatul: (1) convingerilor personalului că persoanele cu dizabilități nu se pot exprima și nu pot decide pentru ele însele; (2) lipsei suportului necesar formulării aspirațiilor, preferințelor și alegerilor, inclusiv a sprijinului pentru a comunica și a lua decizii, cât și materiale administrative accesibilizate; (3) personalului insuficient și nepregătit adecvat; și (4) cadrului instituționalizat de gestionare a vieții pentru grupuri mari de persoane laolaltă în medii închise, cadru care presupune un program de viață strict, furnizarea hranei în mod nepersonalizat, și limitarea ieșirii în comunitate.

Caseta 5: Definiția planificării centrate pe persoană

„Planificarea centrată pe persoană este o abordare pozitivă, facilitată, orientată către individ, a planificării și coordonării serviciilor și a sprijinului unei persoane, pe baza aspirațiilor, nevoilor, preferințelor și valorilor individuale. Obiectivul planificării centrate pe persoană este de a crea un plan care să optimizeze calitatea autodefinită a vieții, alegerea și controlul persoanei, precum și autodeterminarea, prin explorarea și descoperirea semnificativă a unor preferințe, nevoi și dorințe unice în domenii precum sănătatea și bunăstarea, relațiile, siguranța, comunicarea, locuirea, tehnologia, comunitatea, resursele și asistența, dar fără a se limita la acestea. Persoana trebuie să aibă posibilitatea de a face alegeri în cunoștință de cauză care să conducă la elaborarea, punerea în aplicare și menținerea unui plan flexibil de servicii și sprijin remunerate și neremunerate”.

Sursa: National Quality Forum (2020:7).

Planificarea centrată pe persoană este un demers colaborativ care vizează crearea contextului optim pentru ca fiecare persoană cu dizabilități să își poată defini coordonatele vieții pe care și-o dorește și să poată beneficia de aceasta. În contrast cu planificarea realizată în prezent în serviciile sociale destinate persoanelor cu dizabilități, care plasează responsabilitatea și autoritatea asupra demersului în mâinile specialiștilor, planificarea centrată pe persoană presupune o transformarea a rolurilor și o responsabilizare a membrilor comunității de a sprijini persoana pentru a-și defini și a participa la realizarea unui viitor dezirabil pentru sine. Astfel de persoane pot fi familia, prietenii, angajați din servicii sociale și membri ai comunității cu care persoana interacționează sau va interacționa în viitor. Constituirea unui asemenea cerc de suport nu are la bază roluri sau cerințe profesionale, ci dorința participanților de a contribui cu timpul și abilitățile lor în acest proces deoarece le pasă de persoană și își doresc să lucreze împreună la schimbare.

Scopul dezvoltării Planului individual vizează asigurarea corespondenței și consistenței între nevoile persoanei, viața pe care și-o imaginează și sprijinul pe care îl primește. Planificarea centrată pe persoană trebuie să vizeze atât: (1) descrierea unei vieți dezirabile în comunitate așa cum și-o imaginează persoana cu dizabilități; cât și (2) definirea procesului de transformare a

acestor dorințe în realitate. O descriere bună a unei vieți ideale în comunitate este inutilă în absența structurilor și proceselor care sprijină realizarea acestora, implicând de multe ori munca dificilă de transformare a planurilor în realitate prin parcurgerea detaliilor, obstacolelor și frustrărilor asociate implementării. Persoanele cu dizabilități trebuie să ghideze nu doar etapa de identificare a nevoilor și aspirațiilor privind viața viitoare în comunitate, ci și fiecare acțiune concretă care conduce la materializarea acestora, inclusiv prin exercitarea alegerii asupra opțiunilor existente și implicarea în proiectarea și evaluarea serviciilor de sprijin.

Implementarea Planurilor individuale ale persoanelor cu dizabilități necesită transformări fundamentale la nivelul comunității. Atât logica culturii instituționale, cât și a modului de funcționare a autorităților publice, privează persoanele cu dizabilități de putere, reducându-le mai degrabă la a fi recipienți pasivi de servicii sociale, și nerecunoscându-le ca cetățeni cu aceleași drepturi care pot să își planifice și direcționeze propria viață. Implementarea Planului individual elaborat împreună cu persoana cu dizabilități presupune o transformare largă la nivelul tuturor autorităților și serviciilor din comunitate, în privința modului în care se raportează la persoanele cu dizabilități și la comunități, în care sunt alocate bugetele, și în care sunt definite și exercitate rolurile și responsabilitățile angajaților. Planificarea centrată pe persoană presupune alocarea resurselor în funcție de nevoile persoanei, și nu gruparea și organizarea persoanelor în funcție de resursele și serviciile existente.

Principiile planificării centrate pe persoană

Alegere și control Abordarea centrată pe persoană presupune nu doar ca persoana să fie în centrul procesului de planificare, implementare și monitorizare a Planului individual și să îl ghideze, ci să facă alegeri în mod liber (inclusiv greșite) privind viitoarea sa viață în comunitate, dar și privind tipul de sprijin de care are nevoie și modul în care acesta va fi furnizat. Abilitatea de a face alegeri depinde atât de suportul primit în acest demers, cât și de existența opțiunilor. Multe dintre persoanele cu dizabilități din instituții au experiențe limitate în afara centrului rezidențial și pot fi nefamiliarizate cu noțiunile, instituțiile sau procesele sociale care caracterizează viața în comunitate. De aceea, multe dintre ele vor avea nevoie de experimentarea unor situații noi și nefamiliare înainte de a-și clarifica dorințele și nevoile. În plus, trebuie să poată controla tot procesul de planificare, inclusiv prin alegerea persoanelor implicate, asigurarea accesului continuu la propriul plan, și prin recunoașterea dreptului de a-și modifica oricând opțiunile.

Sprijin activ Acordarea de sprijin activ presupune facilitarea participării, interacțiunii sociale și a dezvoltării continue a persoanelor cu dizabilități, indiferent de tipul și nivelul de dizabilitate, prin dozarea atentă a sprijinului în funcție de cerințele și nevoile persoanelor, astfel încât să poată deveni active într-o gamă largă de activități și relații sociale. Scopul principal al sprijinului activ este implicarea în activități și relații semnificative din viața de zi cu zi, participare și contribuție, și nu neapărat asigurarea că persoanele dobândesc cunoștințe și abilități, ceea ce ar putea să nu fie posibil pentru unele persoane, având în vedere complexitatea nevoilor lor.

Nediscriminare Orice persoană cu dizabilități poate trăi independent cu sprijin adecvat în comunitate și își poate exprima preferințele în acest sens, indiferent de dizabilitate și nevoile de sprijin. Planificarea trebuie astfel să includă toate persoanele cu dizabilități care trăiesc în centrele rezidențiale, indiferent de intensitatea sprijinului necesar, și să asigure sprijinul necesar pentru a garanta că procesul le ilustrează întocmai propriile dorințe, și nu ale specialiștilor sau furnizorilor de servicii.

Respect pentru demnitatea și complexitatea fiecărei persoane Planificarea centrată pe persoană schimbă modul de înțelegere a dizabilității: de la dizabilitatea privită ca o deficiență care împiedică o persoană să efectueze sarcini, la noțiunea că dizabilitatea este un efect al lipsei de sprijin, alegere și control asupra felului în care o persoană își dorește să trăiască. Astfel, viața independentă nu depinde de abilitatea unei persoane de a face anumite sarcini independent sau de a fi „pregătită” să trăiască în comunitate, ci de sprijinul pe care îl primește pentru a se putea bucura de acest drept. Abordarea are ca scop sprijinirea fiecărei persoane, indiferent de dizabilitate, intensitatea sprijinului necesar sau vârstă.

Flexibilitate Caracterul centrat pe persoană al procesului de elaborarea a Planului individual presupune inclusiv actualizarea planului dacă persoana își schimbă părerea sau în funcție de desfășurarea etapelor planificării – inclusiv, de exemplu, aspecte care apar pe parcursul discuțiilor cu facilitatorul și cercul de sprijin, în urma activităților desfășurate în comunitate sau apariția unor schimbări privind soluțiile identificate (decesul unui membru al familiei sau schimbarea domiciliului familiei, apariția unor noi opțiuni de locuire etc.). Orice actualizarea a planului trebuie să fie realizată doar ca răspuns la modificarea dorințelor persoanei și doar cu acordul său.

Proces colectiv Elaborarea viziunii de viață și identificarea soluțiilor presupun implicarea într-un demers colaborativ a mai multor actori și mutarea accentului de pe profesioniștii ce evaluează și planifică serviciile, pe familie și prieteni sau cercuri informale, ce contribuie în mod egal cu persoana cu dizabilități la decizii cu privire la ce este important pentru aceasta, ce oportunități ar trebui accesate sau create în comunitate și cum ar trebui să le arate viitorul.

2. MECANISMUL DE GUVERNANȚĂ ÎN PROCESUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE

Conștientizarea că toate persoanele cu dizabilități trebuie să se bucure de dreptul la o viață independentă cu sprijinul unor servicii în comunitate a condus către un angajament sporit al României de accelerare a tranziției persoanelor din centrele rezidențiale către comunitate. Acest proces are nevoie de un mecanism de guvernare care: (1) să reprezinte mecanismul de implementare a CDPD; (2) să prioritizeze dezinstituționalizarea și viața independentă în comunitate, conform CDPD; (3) să asigure o structură intersectorială decizională, de management și de monitorizare a acestor politici și procese la toate nivelele (național, județean și de centru); și (4) să asigure participarea persoanelor cu dizabilități, a autoreprezentanților și organizațiilor lor reprezentative atât în implementare cât și în monitorizare.

2.1. Structurile de coordonare

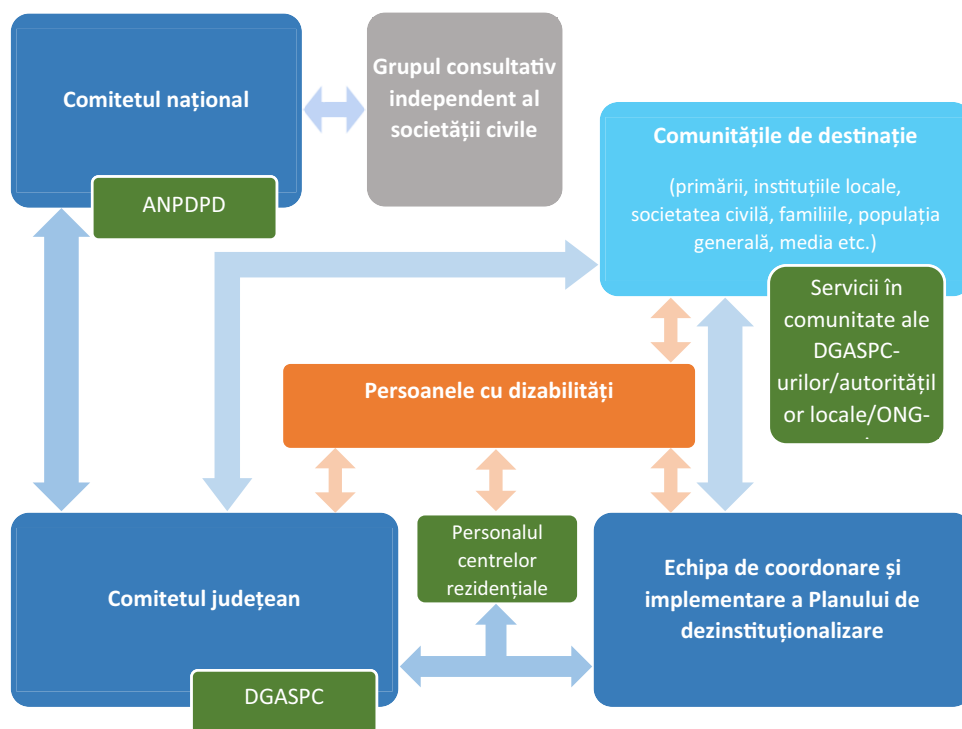
Dezinstituționalizarea este un proces complex, de lungă durată și cu o mare diversitate de parteneri, organizații și actori sociali implicați. Organizarea structurilor de coordonarea metodologică a procesului de dezinstituționalizare și includere în comunitate în cadrul unui

mecanism de guvernanță reprezintă prima etapă a procesului de pregătire a tranziției la viața în comunitate.

Pentru facilitarea procesului de dezinstituționalizare, trei tipuri de structuri de coordonare sunt descrise în

Figura 2: (1) un Comitet național de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării (Comitetul național); (2) Comitetele județene/locale de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării (Comitetele județene, locale-vezi sectoarele din București); și (3) un Grup consultativ independent al societății civile pentru dezinstituționalizare și integrare în comunitate organizat la nivel central (GC). Responsabilitatea acestor structuri și a fiecărui actor implicat este crucială pentru succesul procesului de dezinstituționalizare.

Figura 2: Relația dintre părțile implicate în procesul de dezinstituționalizare



2.1.1. Coordonarea procesului de dezinstituționalizare la nivel național

Comitetul național de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării

Comitetul național reunește, ca răspuns al implementării art.33 al CDPD, reprezentanți ai Punctelor de contact pentru implementarea CDPD¹ și din toate instituțiile cu atribuții în

¹ În conformitate cu art. 34 al Legii nr. 7/2023, se modifică art. 16 alin. 1 din Legea nr. 8/2016 privind înființarea mecanismelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, astfel: „Art. 16. — (1) În scopul implementării prevederilor art. 33 din Convenție, se înființează câte un punct de contact pentru implementarea Convenției în cadrul fiecăruia dintre următoarele ministere: Ministerul Educației, Ministerul Justiției, Ministerul

implementarea CDPD și implicate în procesul de dezinstituționalizare² și reprezentanți ai organizațiilor/grupurilor de autoreprezentanți, ai organizațiilor persoanelor cu dizabilități și care lucrează cu și pentru persoane cu dizabilități, cu atribuții cheie în procesul de dezinstituționalizare și includere în comunitate. Membrii Comitetului național sunt desemnați de conducătorii instituțiilor³ sau organizațiilor pe care le reprezintă.

Comitetul național îndeplinește următoarele atribuții cheie:

- Sprijinirea intersectorială a implementării dezinstituționalizării și prevenirii instituționalizării;
- Oferirea de suport operațional Comitetelor județene de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării;
- Analiza raportărilor privind progresul realizării măsurilor în vederea urmăririi ȋntelilor stabilite la nivel național și județean;
- Organizarea unei serii de dezbateri publice la nivel național pe tema dezinstituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități, a transferului lor în comunitate și a dezvoltării rezilienței comunității, la care să participe inclusiv persoane instituționalizate; dezbaterile să aibă la bază analize ale factorilor/cauzelor care conduc la instituționalizare și ale celor care creează riscul reinstituționalizării la nivel național.
- ANPDPD asigură secretariatul tehnic al Comitetului național, publică și transmite actorilor interesați regulamentul de organizare și funcționare a Comitetului național, stabilind și calendarul ȋntȃlnirilor, modul de lucru și de colaborare, modalitatea de adoptare sau contestare a deciziilor Comitetului național, invitarea unor experți externi care nu sunt membri ai Comitetului național. ANPDPD urmărește formarea tuturor membrilor Comitetului național cel puțin privitor la obligațiile Romȃniei care decurg din CDPD și alte documente de drept internațional relevante, din rapoartele instituțiilor europene și internaționale în materia drepturilor omului și din strategiile naționale de implementare a CDPD și de dezinstituționalizare. ANPDPD asigură invitarea și participarea la acțiunile Comitetului național a autoreprezentanților și a persoanelor cu dizabilități, alȃii decȃt membrii Comitetului național. Pentru participarea lor deplină, ANPDPD se asigură cȃ documentele și ȋntrunirile Comitetului național sunt accesibilizate (inclusiv prin punerea la dispoziție a materialelor și informațiilor în format ușor de ȋnȃeles și prin asigurarea participării interpreȃrilor mimico-gestuali).

Grupul consultativ independent al societății civile

Sȃnătȃții, Ministerul Cercetȃrii, Inovȃrii și Digitalizȃrii, Ministerul Investiȃiilor și Proiectelor Europene, Ministerul Familiei, Tineretului și Egalitȃții de Șanse, Ministerul Dezvoltȃrii, Lucrȃrilor Publice și Administraȃiei, Ministerul Transporturilor și Infrastructurii, Ministerul Culturii, Ministerul Antreprenoriatului și Turismului, Ministerul Sportului.”

² Cum sunt Autoritatea Națională pentru Protecȃia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilitȃți, Ministerul Muncii și Solidaritȃții Sociale, Ministerul Familiei, Tineretului și Egalitȃții de Șanse, Autoritatea Națională pentru Protecȃia Drepturilor Copilului și Adopȃie, Agenȃia Națională pentru Plȃȃi și Inspecȃie Socială, Agenȃia Națională pentru Ocuparea Forȃei de Muncă, Ministerul Finanȃelor, Consiliul de Monitorizare a implementȃrii Convenȃiei ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilitȃți etc.

³ Dupȃ caz, acestea sunt persoanele desemnate ca puncte de contact pentru implementarea CDPD, sau reprezentanȃi ai departamentelor desemnate puncte de contact sau ai departamentelor relevante din instituȃiile cu atribuȃii ȋn implementarea CDPD conform SNDPD 2022–2027.

În pregătirea, implementarea și monitorizarea dezinstituționalizării la nivel național, autoritățile reunite în Comitetul național colaborează cu un grup de actori interesați de procesul de tranziție. Membrii GC sunt reprezentanți ai organizațiilor sau grupurilor de autoreprezentanți cu dizabilități, ai organizațiilor care lucrează cu și pentru persoane cu dizabilități, precum și ai organizațiilor pentru drepturile omului, inclusiv ai celor naționale independente (Avocatul Poporului și Consiliul de Monitorizare).⁴

- Principalele responsabilități ale GC sunt:
- Verificarea conformității cu CDPD a planurilor de dezinstituționalizare la nivel de centre rezidențiale și formularea de puncte de vedere și recomandări;
- Formularea de puncte de vedere cu privire la documentele de planificare a procesului de dezinstituționalizare la nivel național și județean, puncte de vedere care sunt publicate pe site-ul ANPDPD și care pot fi dezbătute în ședințele GC sau ale Comitetului național, la cererea GC sau a Comitetului național;
- Implicarea în activitățile de monitorizare a implementării Strategiei dezinstituționalizării, inclusiv monitorizare independentă;
- Implicarea în activități de conștientizare, inclusiv organizarea unei serii de dezbateri publice la nivel național, elaborarea de modele-cadru de planuri de comunicare și implementarea planului de comunicare la nivel național.

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANPDPD coordonează procesul de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități, prin coordonarea implementării Strategiei dezinstituționalizării.

Autoritatea asigură:

- Secretariatul tehnic al Comitetului național;
- Instruirea și formarea membrilor Comitetului național, Comitetului județean, și a personalului de la nivel de DGASPC, pentru a îmbunătăți coordonarea procesului;
- Coordonarea metodologică a proceselor de dezinstituționalizare și prevenire a instituționalizării la nivel național, inclusiv prin oferirea de suport operațional continuu;
- Elaborarea unui model de Foaie de parcurs la nivel teritorial de dezinstituționalizare care să includă: (1) raportarea progresului în implementarea măsurilor pentru atingerea Țintelor la nivel județean cu privire la numărul de persoane cu dizabilități dezinstituționalizate, capacitatea și numărul de beneficiari ai serviciilor de sprijin în comunitate pentru persoanele

⁴ Selecția membrilor GC se realizează în următoarele etape: (1) grupurile de autoreprezentanți și organizațiile neguvernamentale și independente cu activitate în domeniu propun ANPDPD o listă cu criteriile pe care trebuie să le îndeplinească fiecare membru; (2) ANPDPD împreună cu un grup format din 5 reprezentanți ai societății civile publică regulamentul de organizare a selecției, stabilesc data la care va începe procesul de selecție a membrilor și publică și diseminează anunțul (inclusiv în format ușor de înțeles); (3) procesul de selecție și desemnare a reprezentanților societății civile este coordonat de 5 reprezentanți ai societății civile; (4) rezultatul selecției este anunțat public; (5) persoanele desemnate de societatea civilă anunță modul în care își vor desfășura sarcinile și vor comunica public despre procesul de dezinstituționalizare; (6) o treime din membrii GC sunt autoreprezentanți și persoane cu dizabilități, fiind prioritizate persoanele cu dizabilități care au un trecut instituțional și care promovează respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. Costurile de participare ale membrilor GC la activitățile de suport a procesului de dezinstituționalizare sunt acoperite de ANPDPD.

dezinstituționalizate și pentru prevenirea instituționalizării; și (2) planificarea măsurilor pentru urmărirea ținutelor la nivel județean în următorii ani;

- Monitorizarea și evaluarea progresului și rezultatelor procesului de dezinstituționalizare și integrare în comunitate și publicarea de rapoarte de monitorizare anuale;
- Realizarea și actualizarea cu regularitate a unei secțiuni dedicate pe pagina web a instituției, care să conțină: (1) informații și resurse referitoare la procesul de dezinstituționalizare, la viața independentă în comunitate și la serviciile de sprijin pentru persoanele cu dizabilități; și (2) o secțiune de forum cu utilizatori înregistrați pentru a oferi suport operațional online specialiștilor implicați în procesul de dezinstituționalizare.

2.1.2. Coordonarea procesului de dezinstituționalizare la nivel județean

Comitetele județene de accelerare a procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării

La nivelul fiecărui județ este înființat un Comitet județean, a cărui funcționare contribuie la promovarea și creșterea credibilității procesului de dezinstituționalizare. Comitetul județean include, pe lângă reprezentanții DGASPC, toți partenerii implicați în proces (cu precădere consiliile județene (CJ) și prefecturile, ca ordonatori de credite), precum și alte persoane/organizații cu expertiză și notorietate în domeniul drepturilor persoanelor adulte cu dizabilități și al serviciilor pentru familii. Membrii Comitetului județean pot fi în funcție de județ și de specificul activităților din Foile de parcurs, reprezentanți ai: CJ, DGASPC, instituției prefectului, consiliilor locale (CL), Direcțiilor de Asistență Socială (DAS)/Serviciului Public de Asistență Socială (SPAS), structurilor consultative comunitare, Inspectoratelor Școlare Județene, Direcției de Sănătate Publică, Direcțiilor de Evidență Populației, Inspectoratelor Județene de Poliție, Agenției Județene de Ocupare a Forței de Muncă (AJOFM), Agenției Județene de Plăți și Inspecție Socială (AJPIS), Direcției Județene de Cultură, Direcției Județene pentru Sport și Tineret, spitalelor de psihiatrie, spitalelor județene de urgență, spitalelor municipale, autorităților tutelare, parchetelor și judecătoriilor, regiilor de transport local, furnizorilor privați de servicii sociale, reprezentanți ai persoanelor cu dizabilități și organizațiilor acestora din județ/sector și persoane cu dizabilități care trăiesc în centre rezidențiale, precum și invitați în funcție de particularitățile și nevoile persoanelor cu dizabilități care ajung în comunități, de exemplu, Camera de Comerț, antreprenori, asociații ale urbanștilor și arhitecților sau reprezentanți ai baroului.

Comitetul județean asigură transparența și vizibilitatea procesului de dezinstituționalizare și ar putea contribui la generarea solidarității și mobilizarea resurselor de la nivel local. Dar, mai important, rolul său principal este de a aduce laolaltă persoane cu competențe în domenii precum: sprijin în luarea deciziilor, protecție socială, ocuparea și formare profesională, reconversie profesională, sănătate mintală, îngrijirea sănătății, acces la justiție sau ordine publică și alte persoane care pot contribui cu expertiza și resursele pe care le dețin la eficientizarea procesului de identificare de soluții de dezinstituționalizare.

Fiecare Comitet Județean îndeplinește următoarele atribuții cheie:

- Colaborarea intersectorială a implementării Planurilor de dezinstituționalizare la nivel de centru;

- Oferirea de suport operațional pentru elaborarea Foilor de parcurs și a Planurilor de dezinstituționalizare pentru centrele rezidențiale;
- Avizarea consultativă a Planurilor de dezinstituționalizare la nivel de centru;
- Analiza progresului realizării măsurilor în vederea urmăririi ȋntelilor stabilite la nivel județean și de centru.

Comitetul județean are rol în promovarea la nivel județean a planurilor de dezinstituționalizare la nivel de centru, în luarea deciziilor cheie și în monitorizarea generală a procesului. În plus, prin componența sa, este de așteptat să joace un rol de sursă de informații cheie și de sprijin în relația cu echipele de coordonare care se ocupă de planurile de dezinstituționalizare la nivel de centru, comunitățile de destinație de la nivel de județ în care persoanele cu dizabilități aleg să se mute, precum și cu instituțiile care trebuie să acorde avizele, certificatele și aprobările necesare desfășurării activităților specifice.⁵

Procedura de organizare și funcționare a Comitetului județean este elaborată pentru a cuprinde cel puțin următoarele: modul de colaborare, informare și comunicare cu Comitetului național, temele principale de formare a membrilor Comitetului județean, periodicitatea întâlnirilor membrilor Comitetului județean, responsabilitățile fiecărui tip de membru și forma în care vor fi transmise Foile de parcurs și Planurile de dezinstituționalizare la nivel de centru. Comitetul județean poate fi prezidat de directorul DGASPC, de un reprezentant al Consiliului Județean, sau de altă persoană din județ care are suficiente cunoștințe cu privire la serviciile sociale și/sau procesul complex de dezinstituționalizare. Comitetul județean ar trebui să se întâlnească regulat, în ședințe ordinare (de exemplu, de două ori pe lună), pe toată durata de derulare a planului de dezinstituționalizare a centrului (centrelor) selectat(e). Comitetul județean colaborează și comunică în mod direct cu Comitetul național, prin intermediul conducerii sau Secretariatului.

Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului

DGASPC-urile județene/ale sectoarelor municipiului București urmăresc atingerea ȋntelilor, obiectivelor și indicatorilor aferenți procesului de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități. În acest scop, fiecare DGASPC desemnează persoane responsabile la nivelul instituției care asigură:⁶

- Secretariatul tehnic al Comitetului județean.
- Inițierea Planului de dezinstituționalizare pentru centrele rezidențiale, susținut de avizul scris al președintelui Consiliului Județean (prin Hotărâre a Consiliului Județean).
- Publicarea pe site-ul DGASPC a tuturor Planurilor de dezinstituționalizare, în format accesibil și fără includerea datelor personale.

⁵ Precum: acorduri și transferuri între instituții medicale și sociale, caiete de sarcini pentru achiziționarea prin intermediul furnizorilor privați de servicii de sprijin, locuire, sprijin în luarea deciziilor, asistent personal, documente necesare pentru construcții sau amenajări, cum sunt autorizații și certificate sanitare, autorizație de securitate la incendiu pentru noile construcții, transferul dreptului de proprietate asupra unui teren sau imobil între autoritățile locale și județene, contracte de construcție, contracte de muncă pentru noii angajați, transferul personalului sau includerea unor noi angajați în structurile administrației locale (spre exemplu, asistenți personali ce ar urma să fie angajați de către consiliul local pentru tinerii adulți cu dizabilități care părăsesc sistemul de protecție).

⁶ Pentru simplitatea documentului, referirile din acest document se fac pentru nivelul județean, însă sunt aplicabile și DGASPC-urilor/documentației de realizat la nivelul local, în cazul sectoarelor municipiului București.

- Oferirea de suport operațional continuu centrelor rezidențiale pentru implementarea și monitorizarea procesului de dezinstituționalizare și includere în comunitate la nivel județean.
- Elaborarea unei Foi de parcurs, în baza modelului cadru stabilit de ANPDPD și publicarea acestuia pe site-ul DGASPC.
- Crearea Departamentului pentru Locuire Incluzivă, responsabil pentru identificarea și alocarea locuințelor incluzive în comunitate.
- Consolidarea departamentului de management de caz la nivelul DGASPC.
- Consolidarea rețelei de servicii sociale la nivelul comunității.

2.1.3. Coordonarea și organizarea procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial

Pentru fiecare centru rezidențial se angajează/desemnează de către DGASPC o echipă de coordonare a Planului de Dezinstituționalizare (a se vedea Secțiunea 3.2) în scopul elaborării și implementării Planului de dezinstituționalizare. Acest document include o descriere detaliată a acțiunilor care vor fi implementate, cum vor fi ele implementate, cine vor fi persoanele responsabile, precum și cronologia și țintele pentru a asigura tranziția persoanelor cu dizabilități din centre la viața în comunitate. Planificarea tranziției este fundamentată pe Planul individual pregătit împreună cu persoanele cu dizabilități instituționalizate, cu termene clare și responsabilități atribuite în funcție de aspirațiile și nevoile persoanelor adulte cu dizabilități. Prin urmare, demersurile echipei de coordonare vor fi realizate printr-o strânsă coordonare cu echipa de elaborare și implementare a Planului individual.

Pentru a asigura o implementare uniformă a metodologiei, toți membrii echipei vor folosi pașii, procedurile și instrumentele cuprinse în versiunea aprobată a Ghidului. Toți specialiștii implicați în procesul de dezinstituționalizare trebuie să aibă acces la sprijin metodologic din partea DGASPC și/sau ANPDPD, inclusiv la experți independenți, din țară sau străinătate, cu experiență în procese de dezinstituționalizare, cu care să se poată consulta în ceea ce privește accesarea serviciilor existente sau dezvoltarea unor noi.

2.2. Angajament și consultare

Procesul de tranziție se bazează pe o puternică abilitare și colaborare între toți membrii comunității, de la început până la sfârșit. O bună comunicare va conduce la creșterea implicării comunității și va consolida încrederea persoanelor care se mută, a familiilor acestora, a personalului și a comunității.

Consiliul Județean – autoritatea publică cheie în coordonarea procesului de dezinstituționalizare – trebuie să fie aliat în acest proces și să ofere sprijin DGASPC-urilor în a informa, atrage și convinge autoritățile administrației publice locale de necesitatea de a facilita tranziția în comunitate și de importanța de a deschide noi servicii. Autoritățile județene trebuie să ofere

îndrumare atât prin activitățile aflate în sarcina DAS/SPAS, cât și prin punerea la dispoziție de terenuri, spații necesare sau alte resurse pentru dezvoltarea noilor servicii.

Personalul centrului rezidențial, împreună cu liderii organizațiilor sindicale care reprezintă angajații, trebuie, de asemenea, informați și consultați încă din faza de pregătire a dezinstituționalizării. Inițial, personalul ar putea manifesta rezistență la procesul de dezinstituționalizare, din lipsă de suficiente informații cu privire la proces în ansamblu. Există situații când centrele rezidențiale se află în comunități mici, iar instituția reprezintă principalul (sau singurul) angajator din zonă. Există familii în care doar unul dintre membri lucrează și acela este chiar angajatul centrului supus procesului de dezinstituționalizare, acesta temându-se, astfel, de schimbare, ca urmare a percepției că își va pierde locul de muncă. Acestea sunt scenarii cu care se pot confrunta DGASPC-urile și echipele de coordonare, de aceea, este extrem de important ca angajații să fie informați și consultați cu privire la cunoștințele, aptitudinile și atitudinile lor, gama de oportunități profesionale care vor fi necesare la nivel de comunitate și posibilitățile de implicare în noua configurație a serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități, cu alte cuvinte unde s-ar regăsi ei în acest tablou.

O bună comunicare va crește implicarea comunității, a părților interesate și va consolida încrederea în rândul persoanelor care se mută, a familiilor acestora, a personalului și a membrilor comunității. În acest scop, mesajul trebuie să fie coerent și consecvent, evidențiind drepturile persoanelor cu dizabilități de a trăi în comunitate, beneficiile societății, cu exemple concrete de schimbări pozitive în viața anumitor persoane sau membri ai personalului care au făcut tranziția. Pentru a fi eficientă și a influența pozitiv procesul de tranziție, comunicarea și implicarea trebuie să fie bine planificate și gestionate, bine direcționate, clare și realizate la timp. Comunicarea trebuie să fie gestionată în mod activ cu toate părțile interesate și în toate etapele procesului și ar trebui să evidențieze schimbările de conduită. Persoanele cu dizabilități din centrele rezidențiale, împreună cu familiile și prietenii lor, sunt principalii beneficiari ai procesului de dezinstituționalizare și, prin urmare, trebuie să fie informate și consultate cu privire la toate etapele procesului. Strategia dezinstituționalizării include o direcție de acțiune dedicată comunicării, în cadrul căreia este elaborat și derulat un plan național de comunicare, care stă la baza promovării mesajelor de comunicare la nivel județean și local.

Caseta 6: Lista actorilor relevanți pentru procesul de dezinstituționalizare

Cine?	De ce?
Persoanele adulte cu dizabilități care trăiesc în instituții	Persoanele cu dizabilități sunt în centrul procesului de dezinstituționalizare, astfel că este important să le fie cunoscute voința, preferințele, temerile, precum și să le fie clarificate toate întrebările pe care le-ar putea avea. Planul Individual nu poate fi elaborat fără implicarea efectivă și continuă a persoanelor cu dizabilități, iar Planul de dezinstituționalizare se fundamentează pe Planurile individuale, realizate împreună cu fiecare persoană. De asemenea, toată comunicarea cu o comunitate de destinație trebuie să fie realizată prin adaptarea mesajelor la nevoile persoanelor cu dizabilități despre mutarea lor. Inițial, persoanele cu dizabilități pot fi reticente și pot considera că schimbările în situația lor de viață sunt imposibile, ca urmare a faptului că principala realitate pe care o cunosc este viața instituțională.

Cine?	De ce?
Personalul din centrul rezidențial	Personalul centrului este o resursă esențială în transformarea serviciilor rezidențiale în unele în comunitate. Trebuie să fie în deplină cunoștință de cauză cu privire la proces în general, pentru a evita neînțelegerile legate de posibilitatea pierderii locului de muncă și să fie pe deplin informați cu privire la viitoarele parcursuri profesionale pe care le pot accesa în serviciile din comunitate. Conform experiențelor unor țări, personalul poate încetini semnificativ procesul, prin influența puternică asupra adulților cu dizabilități instituționalizați. Cu toate acestea, personalul trebuie implicat în calitate de partener cheie în proces, partener care trece printr-un proces de consolidare a capacității, precum toate celelalte părți interesate, în vederea unei schimbări de abordare în furnizarea de sprijin centrat pe persoana cu dizabilități.
DGASPC	DGASPC este instituția de specialitate coordonatoare la nivel județean/sector al municipiului București a procesului de dezinstituționalizare și fiecare specialist trebuie să cunoască demersul și să-l susțină prin toate mijloacele. DGASPC va gestiona o rețea de locuințe incluzive și poate să dezvolte servicii în comunitate către care să poată fi transferat personalul serviciilor sociale rezidențiale.
Consilierii județeni/Consiliul Județean, Consilii Locale/consilieri locali	Consiliul Județean/local al sectorului municipiului București este autoritatea în subordinea căreia funcționează DGASPC. Procesul de dezinstituționalizare are nevoie de toată susținerea Consiliului Județean. SPAS/DAS și serviciile de autoritate tutelară sunt în responsabilitatea consiliilor locale. Rolul acestora este esențial în implicarea comunității și în facilitarea tranziției în comunitate. Acestea trebuie să fie, cu sprijinul DGASPC și ANPDPD, capacitate să dezvolte și să ofere servicii sociale în comunitate și acces la toată informația relevantă cu privire la practici și resurse.
Autorități locale (DAS, Serviciile de autoritate tutelară) și Structurile Comunitare Consultative	Multe dintre serviciile de la nivel de comunitate trebuie dezvoltate de către autoritățile locale, cu rol de sprijin pentru persoana adultă cu dizabilități și uneori și familiei. Autoritățile locale se pot implica punând la dispoziție specialiști, acces la serviciile sociale, medicale, educaționale, de îngrijire a familiei sau la domiciliu, locuințe sociale și vouchere pentru chirii, teren pentru construcții, clădiri care nu au utilitate, dar pot deveni funcționale etc.
Furnizorii de servicii sociale și medicale, publici și privați	Incluziunea socială a persoanelor adulte cu dizabilități va activa toate tipurile de servicii dintr-o comunitate: locuire, servicii comunitare de sănătate mintală, planificare familială, creșterea copiilor, cantine, ocupare și formare profesională, prevenirea violenței domestice, acces la justiție, educație, transport accesibil, adăposturi pentru victime ale violenței domestice sau ale traficului de persoane etc.
ONG-urile, în special organizațiile formate din autoreprezentanți cu trecut instituțional	ONG-urile sunt resurse valoroase în termen de experiență, înțelegere, sprijin și atitudini. Expertiza și resursele pe care le pot activa pot facilita tranziția în comunitate a persoanelor adulte cu dizabilități. Cu atât mai mult, persoanele cu dizabilități care au un trecut instituțional și care s-au integrat în comunitate au un rol esențial în asigurarea de sprijin încă din

Cine?	De ce?
	primele etape ale elaborării planurilor de tranziție și ulterior în implementarea, monitorizarea și evaluarea acestora.
Familie, prieteni, susținători informali ai persoanelor cu dizabilități	Familia și alte persoane, din centru și din afara acestuia, apropiate persoanelor cu dizabilități trebuie să înțeleagă care este rolul pe care ar putea alege să și-l asume în proiectarea și implementarea tranziției. De asemenea, trebuie evaluate nevoile la nivelul familiei și susținătorilor cărora serviciile sociale, medicale, de formare, locuire le pot răspunde, astfel încât să fie sprijiniți pentru a se implica în acordarea de sprijin în comunitate persoanei cu dizabilități care părăsește centrul rezidențial.
Sindicatul și Colegiile profesionale, asociațiile asistenților materni profesioniști, asistenților personali, asistenților personali profesioniști	Acești actori trebuie să susțină procesul de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități pentru că: (1) pot juca un rol important în identificarea unor soluții viabile de formare, reconversie profesională și ocupare a personalului care poate deveni disponibil în procesul de dezinstituționalizare; și (2) pot juca un rol important în furnizarea de specialiști noi, fie pentru managementul de caz, fie pentru serviciile de sprijin în comunitate.
Angajații SECPAH (DGASPC) și membrii CEPAH	În prezent, aceștia desfășoară evaluarea cererii de încadrare în grad de handicap și determină tipul de servicii care vor fi furnizate. CEPAH, prin hotărârea de încadrare în grad și tip de handicap, stabilește instituționalizarea în centrul rezidențial sau acordarea unor servicii cu asistent personal, asistent personal profesionist sau echipă mobilă/alte servicii în comunitate. În sistemul reformat de protecție socială a persoanelor cu dizabilități, rolul angajaților SECPAH și al membrilor CEPAH va fi fundamental în prevenirea instituționalizării: blocarea admiterii în centre și în identificarea și elaborarea planurilor anexate la certificatul de încadrare în grad de handicap pe baza cărora persoanele adulte cu dizabilități pot solicita și beneficia de servicii în comunitate.
Instanțele de judecată	Sistemul judiciar din România se va confrunta cu un număr crescut de cereri de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap cu măsura de protecție într-un centru rezidențial sau poate chiar a hotărârii de dezinstituționalizare. În plus, instanțele reexaminează, într-un termen de 3 ani (2022-2025), toate hotărârile judecătorești de punere sub interdicție (în jur de 80.000 de persoane din care aproximativ 4.000 sunt persoane cu dizabilități instituționalizate). În această etapă este de așteptat că judecătorii vor analiza și locul și forma serviciilor de care vor beneficia persoanele cu dizabilități instituționalizate sau în curs de dezinstituționalizare.
Barourile	Unele dintre persoanele adulte cu dizabilități, tutori sau familii ale acestora vor solicita asistență judiciară sau extrajudiciară gratuită în procesul de tranziție sau după finalizarea acestuia, pentru intrarea în drepturi sau pentru contestarea unor fapte de discriminare sau de violență. Pot exista situații în care persoanele cu dizabilități vor fi nemulțumite de locul în care sunt dezinstituționalizate, de lipsa sau calitatea necorespunzătoare a serviciilor sau de interacțiunile cu alți membri ai comunității, inclusiv potențiale forme de discriminare înșelăciune, violență sau abuz.

Cine?	De ce?
Agenții Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă	Acestea au o sarcină dublă: în primul rând, formare sau reconversie profesională și identificarea de locuri de muncă și servicii de sprijin la locul de muncă (asistent în ocupare, consilier orientare privind cariera, consilier vocațional, adaptare rezonabilă etc.) pentru persoanele cu dizabilități încă din elaborarea planului individual; în al doilea rând, unii angajați din centrul rezidențial pot alege să fie recalificați în alt domeniu, având, astfel, nevoie de sprijin în identificarea unor formări și locuri de muncă relevante, în acord cu propriile preferințe.
Cabinetele medicilor de familie	Odată cu mutarea persoanelor cu dizabilități din instituții, va exista o creștere a nevoii de medicină primară în comunități, inclusiv o creștere a numărului de cereri pentru intervenții la domiciliu. Căile către îngrijire care să permită un acces neîngrădit la serviciile medicale necesare persoanelor cu dizabilități trebuie să fie negociate la timp de către managerul de caz cu principalele instituții de sănătate (medic de familie, medic specialist principal etc.) pentru a monitoriza îndeaproape starea de sănătate a persoanelor cu dizabilități care fac tranziția către viața independentă în comunitate.
Serviciile de medicină de urgență (Spitale Județene, spitale de psihiatrie și alte spitale municipale)	Odată cu mutarea persoanelor cu dizabilități din instituții în comunități, va exista o creștere așteptată a nevoii de servicii medicale de specialitate, de urgență, de criză.
Jurnaliștii și formatorii de opinie din presa scrisă, online, radio/TV	Mass-media are un rol important în facilitarea conștientizării cu privire la ceea ce este posibil, crearea încrederii, creșterea implicării membrilor comunității, profesioniștilor și a familiilor pe toată perioada de tranziție și după incluziunea în comunitate.
Comunitatea	O informare corectă poate sensibiliza populația care poate favoriza procesul de tranziție în comunitate, incluziunea și participarea la viața comunității a persoanelor cu dizabilități.

Toți actorii au nevoie de un mesaj adaptat și individualizat, personalizat în funcție de tipul actorului, de nivelul lor de înțelegere și cunoștințe. O serie de argumente relevante de natură juridică, politică sau instituțională privind importanța și urgența procesului de dezinstituționalizare, care pot fi folosite în elaborarea acestor mesaje, pot fi găsite în Caseta 7. Acestea vor fi integrate de ANPDPD în modele de plan cadru de comunicare care vor putea fi replicate la nivel de județ și comunitate de destinație.

Caseta 7: Argumente pentru justificarea dezinstituționalizării care pot fi utilizate în activitățile de comunicare cu diferiți actori

Argumente de ordin demografic

În prezent, aproape 1 milion de români trăiesc cu o dizabilitate. Unele persoane se nasc cu o dizabilitate, altele o pot dobândi în urma unui accident sau a unei boli sau a procesului de îmbătrânire. Persoanele cu

dizabilități formează astfel un grup de persoane căruia oricine i se poate alătura, la orice moment din viața lui.

Argumente privind drepturile omului

Instituționalizarea este o formă de segregare extremă. Persoanele instituționalizate sunt lipsite de libertate și supuse unui tratament invaziv, de multe ori fără consimțământul lor. Adulții cu dizabilități instituționalizați nu se pot bucura de activitățile și plăcerile simple, zilnice, pe care celelalte persoane din comunitate le consideră de la sine înțelese, cum ar fi cumpărăturile, munca, exercițiile fizice, relații sociale, stabilirea propriului program sau posibilitatea de a alege să trăiască singuri în afara unui grup instituționalizat. Persoanele cu dizabilități, în special cele instituționalizate, sunt segregate de comunitate și nu dețin controlul asupra propriei vieți de zi cu zi. Acestea le sunt încălcate drepturi și libertăți, precum: dreptul la demnitate, dreptul la intimitate, libertatea de a alege, dreptul de a decide, dreptul de exercitare a responsabilităților cetățenești sau dreptul de a participa și contribui în cadrul comunității. Mai exact, persoanele instituționalizate se confruntă cu probleme precum dependența de alte persoane și segregarea fizică sau izolarea socială, fiind mai vulnerabile la abuz fizic, sexual sau la alte forme de abuz. Chiar și în cazul celor care nu suferă de forme de neglijență sau de abuzuri flagrante, viața persoanelor cu dizabilități din instituții rezidențiale este caracterizată de un anumit grad de dependență, care se manifestă printr-o pierdere a competențelor sociale și intelectuale și prin reducerea încrederii în capacitatea persoanelor cu dizabilități de a trăi în afara unui cadru instituțional.

Argumente de natură juridică

Dreptul de a trăi în mod independent într-un loc la alegere reflectă principiile directoare ale CDPD, ratificată de România prin Legea nr. 221 din 2010 pentru ratificarea CDPD, adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de România la 26 septembrie 2007. Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei a adoptat o recomandare – Recomandarea 2227 (2022) – și o rezoluție – Rezoluția 2431 (2022) – privind dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități. Ambele oferă orientări importante în procesul de punere în aplicare a drepturilor omului în acest domeniu pentru anii următori.

„Fiecare individ are dreptul de a alege cum dorește să trăiască, cu cine trăiește, unde trăiește și cum își desfășoare experiențele zilnice. Fiecare individ are dreptul la demnitate. Și, ca atare, toate politicile noastre trebuie de fapt să urmărească ca noi să protejăm și să garantăm această demnitate, dreptul la o viață demnă. Și acesta este principiul director în schimbarea de paradigmă pe care ONU a propus-o prin Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități.”

Argumente pentru prevenirea oricărei forme de discriminare

Izolarea nejustificată reprezintă o formă de discriminare. În primul rând, instituționalizarea persoanelor care se pot dezvolta și pot beneficia de un cadru comunitar perpetuează preconcepția că persoanele astfel izolate sunt incapabile de a participa la viața în comunitate. În plus, izolarea instituțională diminuează semnificativ activitățile de zi cu zi ale indivizilor, inclusiv relațiile de familie, contactele sociale, opțiunile de muncă, independența economică, evoluția educațională și îmbogățirea culturală. Astfel, societatea oferă opțiuni diferite pentru persoanele cu dizabilități care altminteri nu au acces la adaptări rezonabile care să le faciliteze accesul la comunitate și la servicii. De exemplu, pentru a putea primi anumite servicii medicale, o parte dintre persoanele cu dizabilități (mai ales cei cu dizabilități intelectuale și psihosociale) se văd nevoite să renunțe la participarea la viața comunitară, de care s-ar putea bucura și la care ar putea contribui, acceptând să trăiască în instituții rezidențiale.

Argumente privind incluziunea socială

Sisteme de viață independentă și sprijinită în comunitate, atunci când sunt configurate și gestionate adecvat, oferă rezultate mai bune pentru persoanele care le folosesc: îmbunătățirea calității vieții, a stării de sănătate și capacitatea de a-și aduce contribuția în societate. Atunci când s-a analizat compatibilitatea

cu colegii de locuință înainte de mutare s-a constatat că persoanele care au făcut tranziția către comunitate au avut experiențe în viața de zi cu zi de mai bună calitate. Participarea la viața comunității este considerată una dintre principalele avantaje asociate cu traiul în comunitate.

Surse: EEG (2012), CE (2021).

DIMENSIUNI ALE PROCESULUI DE DEZINSTITUȚIONALIZARE

1. Înființarea mecanismului de guvernanță și stabilirea cadrului instituțional la nivel județean

Desfășurarea activităților de comunicare la nivel județean pentru DGASPC, Consiliul Județean, Consiliile Locale și alte părți interesate relevante pentru implementarea procesului de dezinstituționalizare, inclusiv persoane cu dizabilități

Înființarea Comitetelor județene pentru accelerarea procesului de dezinstituționalizare și prevenirea instituționalizării

Crearea unei foi de parcurs județene privind dezinstituționalizarea

Asigurarea managementului de caz pentru toate persoanele din centre rezidențiale prin intermediul departamentelor dedicate din DGASPC

Înființarea departamentului de locuire incluzivă la nivelul DGASPC

2. Inițierea și pregătirea Planului de dezinstituționalizare la nivel de centru

Inițierea pregătirii Planului de dezinstituționalizare prin hotărârea Consiliului Județean

Stabilirea echipei de management a Planului de dezinstituționalizare

Implicarea și consultarea actorilor relevanți și stabilirea de parteneriate

Evaluarea resurselor centrului rezidențial (umane, materiale, financiare)

Evaluarea resurselor județene (servicii în comunitate)

Stabilirea echipei de pregătire și implementare a Planului individual (manager de caz, facilitatori, cercuri de sprijin)

Planificarea formării profesioniștilor implicați în proces privind abordarea centrată pe persoană și alte subiecte relevante pentru furnizarea sprijinului pentru o viață independentă în comunitate

Planificarea desfășurării unor activități de autoreprezentare și autodeterminare

3. Implementarea Planului de dezinstituționalizare în baza Planurilor individuale

Desfășurarea activităților de formare a personalului, autoreprezentare și autodeterminare conform planificării

Elaborarea planurilor individuale folosind planificarea centrată pe persoană

Realizarea sintezei nevoii de locuire și sprijin

Identificarea soluțiilor de locuire

Dezvoltarea serviciilor în comunitate

Recrutarea și formarea personalului adițional necesar

Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție

Activități de informare și conștientizare la nivel de comunitate

Mutarea graduală a persoanelor cu dizabilități în comunitate și a personalului
4. Monitorizare și evaluare
Monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare
Monitorizarea implementării Planului individual pentru persoanele cu dizabilități
Evaluarea calității planificării centrate pe persoană
Realizarea monitorizării post-transfer a calității serviciilor comunitare și feedback oferit implementatorilor

3. PLANUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE PENTRU CENTRUL REZIDENȚIAL – INIȚIEREA ȘI PREGĂTIREA

3.1. Inițierea Planului de dezinstituționalizare

Înainte de a iniția pregătirea Planului de Dezinstituționalizare, principalii actori de la nivel județean (DGASPC și Consiliul Județean) vor trebui să reflecteze asupra situației generale a serviciilor sociale de la nivel județean care pot sprijini persoanele cu dizabilități să trăiască în comunitate. În acest sens, în primul rând, vor trebui să consulte strategia de dezvoltare a serviciilor sociale și, dacă este necesar, să o revizuiască și să se asigure că include obiectivele privind dezinstituționalizarea și dezvoltarea/accesibilizarea de servicii în comunitate, precum și indicatori de monitorizare și evaluare a progresului, aliniați celor sistemului de monitorizare a Strategiei dezinstituționalizării. În al doilea rând, ei vor trebui să efectueze o scurtă analiză a contextului, pentru a reflecta asupra numărului și distribuției centrelor rezidențiale și tipurilor lor, numărul total de rezidenți, al angajaților DGASPC care lucrează în centre rezidențiale, numărul total de manageri de caz și numărul și tipurile de servicii în comunitate disponibile, atât publice, cât și private. În al treilea rând, ei vor trebui să analizeze documentația strategică și teoretică cheie care poate sprijini înțelegerea vieții independente și pregătirea măsurilor care trebuie luate la nivel de județ pentru implementarea dezinstituționalizării.

Caseta 8: Resurse cheie pentru sprijinirea pregătirii dezinstituționalizării la nivel județean

- Planul Național de Redresare și Reziliență al României – Componenta 13 cu privire la Reformele Sociale;
- Legea nr. 221 din 2010 pentru ratificarea CDPD;
- Strategia Națională privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități „O Românie echitabilă”, 2022–2027;
- *Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități în România* (Banca Mondială, 2021a);
- Strategia Națională de prevenire a instituționalizării și de accelerare a dezinstituționalizării, 2022–2030;

- *Raport de diagnoză complexă a situației instituțiilor rezidențiale publice de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități* (Banca Mondială 2021a și 2022c);
- *Orientări europene comune asupra tranziției de la îngrijirea instituțională către cea din cadrul comunității* (EEG, 2012);
- *Instrucțiuni privind dezinstituționalizarea, inclusiv în cazuri de urgență* (Comitetul CDPD, 2022).

Această analiză ajută la definirea viziunii implementării dezinstituționalizării la nivel județean. De asemenea, susține anticiparea factorilor favorizanți, blocajelor, avantajelor și riscurilor. Mai multe acțiuni pregătitoare ar trebui planificate de către DGASPC în această etapă, în conformitate cu Strategia națională, Strategia dezinstituționalizării și legislația de sprijin, privind înființarea Departamentului pentru Locuirea Incluzivă, consolidarea managementului de caz și planificarea dezvoltării rețelei de servicii sociale de tip nerezidențial. Decizia de inițiere a Planului de dezinstituționalizare a unui centru rezidențial este justificată de această analiză, și trebuie susținută de Consiliul Județean printr-o Hotărâre semnată cu următoarele elemente: (1) angajamentul de a mobiliza de către DGASPC o echipă de coordonare a acestui demers în termen de o lună de la data semnării; (2) angajamentul de a finaliza Planul de Dezinstituționalizare PARTEA 1: Inițiere și pregătire în termen de 4 luni de la data semnării; (3) adoptarea unei hotărâri cu privire la admiterile în centrul rezidențial; și (4) angajamentul de a-și atinge țintele asumate în Lg.7/2023 până cel târziu până la 31 decembrie 2030.

Atenție!



- Decizia de adoptare a Planului de dezinstituționalizare a unui centru rezidențial este luată de DGASPC, susținută prin acordul exprimat în scris de președintele Consiliului Județean (prin Hotărâre a Consiliului Județean).
- Din momentul adoptării Hotărârii Consiliului Județean de elaborare a Planului de dezinstituționalizare a centrului rezidențial pentru persoane adulte cu dizabilități se declanșează dezinstituționalizarea și parcurgerea acțiunilor prezentate în ghid (data semnării reprezintă momentul T0).
- Începând cu T0, persoanele din centrul respectiv trebuie să fie dezinstituționalizate parcurgând pașii prezentați în acest ghid.
- Centrul care implementează Planul de Dezinstituționalizare trebuie să respecte condițiile legale de admitere în centrele rezidențiale publice sau private.
- Implementarea Planului de dezinstituționalizare este finalizată atunci când sunt atinse țintele.

3.2. Mobilizarea echipei de coordonare a Planului de dezinstituționalizare

Echipa de coordonare pregătește și implementează Planul de Dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial, lucrând îndeaproape cu echipa de elaborare și implementare a Planului individual. Echipa de coordonare lucrează sub coordonarea DGASPC și în cooperare cu autoritățile locale și Comitetul județean. Este recomandat ca Directorul DGASPC să coordoneze toate echipele la nivelul centrelor. Echipa de coordonare se asigură că Planurile de dezinstituționalizare agregă în mod clar informația din Planurile individuale, adăugând temele specifice care reflectă provocările de management ale centrului rezidențial și sunt conforme cu Strategia dezinstituționalizării și Foile de parcurs. Echipele de coordonare prezintă Planurile de dezinstituționalizare în fața membrilor Comitetului județean în vederea aprobării consultative a acestora.

Echipa este formată din persoane cu experiență și abilități specifice. Mai mulți membri ai echipei pot fi angajați în pregătirea și implementarea Planului de dezinstituționalizare pentru unul sau mai multe centre rezidențiale din județ. Echipa lucrează cu personalul centrului și cu personal DGASPC, inclusiv din Compartimentul de locuire incluzivă.

Caseta 9: Membri recomandați ai echipei de coordonare a Planului de dezinstituționalizare

Coordonatorul de Plan de dezinstituționalizare la nivel de centru, denumit în continuare coordonator de plan

Răspunde, în mod direct, de implementarea eficientă și la timp a procesului, fiind, de asemenea, responsabil de monitorizarea procesului și măsurarea progresului, în baza datelor adunate de către specialistul de monitorizare și evaluare. Informează periodic DGASPC și Comitetul județean cu privire la progresele realizate, transmițând echipei ajustările și sugestiile primite. Coordonatorul de plan trebuie să aibă minimum experiență în coordonarea activităților și resurselor, precum și în dezinstituționalizare sau în servicii pentru persoanele cu dizabilități. Coordonatorul de plan va supraveghea și va oferi inputuri privind planificarea, evaluarea riscurilor, evaluarea, managementul de caz, Planurile individuale, pregătirea adulților cu dizabilități pentru viața în comunitate și a personalului pentru un nou mod de a lucra sau pentru o schimbare de post, precum și dezvoltarea resurselor umane. Acesta va conduce, de asemenea, colaborarea cu organizațiile neguvernamentale din domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități și cu familiile persoanelor care trăiesc în centrul rezidențial, implicarea și comunicarea cu comunitatea și prin intermediul mass-media, formarea și reconversia profesională a personalului și monitorizarea și evaluarea Planului de dezinstituționalizare. Coordonatorul de plan poate să provină din rândul personalului DGASPC sau să fie subcontractat.

Specialistul în resurse umane

Este persoana care are responsabilitatea de a sprijini procesele cu privire la resursele umane ca parte a dezinstituționalizării. În mod ideal, acest specialist ar trebui să acopere și să coordoneze demersurile de dezvoltare a capacității umane pentru toate centrele rezidențiale din județ în curs de dezinstituționalizare. Acesta prezintă angajaților întregul proces de dezinstituționalizare, împreună cu managerul de caz și șeful de centru, astfel încât personalul să înțeleagă și să vizualizeze procesul, să înțeleagă nevoile de

		angajare a serviciilor din comunitate, să adreseze întrebări și să își exprime îngrijorările și opțiunile cu privire la dezvoltarea lor profesională ulterioară. Este responsabil de evaluarea performanțelor, cunoștințelor profesionale de bază și analiza nevoilor de formare profesională a personalului centrului. De asemenea, specialistul în resurse umane sprijină recrutarea personalului nou necesar în serviciile din comunitate, răspunde de elaborarea și dezvoltarea planului de formare (care vizează formarea inițială și continuă a personalului din serviciile existente, cât și a personalului din noile servicii, ținând, în principal, aspectele ce necesită sesiuni de perfecționare, adaptate perioadelor de tranziție la viața în comunitate), precum și de activitățile de reorientare profesională pentru personal (inclusiv în alte profesii din domeniul serviciilor sociale). Activitățile desfășurate la nivelul local/județean vor fi coordonate cu activitățile de formare planificate la nivel național prin Planul de acțiune al Strategiei dezinstituționalizării. Specialistul colaborează cu ANPDPD cu privire la activitățile de formare la nivel național a personalului care va lucra în servicii sociale în comunitate și cu AJOFM-urile și furnizori de formare profesională pentru personalul în curs de calificare/reconversie profesională.
Specialistul comunicare	în	Este persoana responsabilă cu desfășurarea activităților de comunicare la nivel județean și local, în cadrul demersurilor de comunicare prevăzute în Strategia dezinstituționalizării. În mod ideal, acest specialist ar trebui să acopere și să coordoneze demersurile de comunicare pentru toate centrele rezidențiale din județ în curs de dezinstituționalizare. Fiecare județ are nevoie de un specialist în comunicare care este implicat în activități de informare la nivelul comunității cu participarea adulților cu dizabilități. Acesta elaborează planul de comunicare folosind materialele pentru comunicare elaborate pentru campaniile la nivel național. Specialistul în comunicare implementează planul, cu implicarea părților relevante, colaborând îndeaproape cu ceilalți colegi din echipa de coordonare, cu specialiștii în comunicare din celelalte județe și cu persoanele cu dizabilități aflate în tranziție către comunitate.
Specialistul în fonduri europene		Specialistul în atragerea de fonduri europene sprijină Coordonatorul de plan în identificarea oportunităților de finanțare, elaborarea propunerilor de proiecte, asigurarea administrării specifice necesare implementării proiectelor finanțate de UE în colaborare cu ceilalți membri ai echipei.
Specialistul monitorizare și evaluare	în și	Colectează datele relevante cu privire la rezidenții centrelor, riscurile de excluziune socială în comunitate, și necesitatea, disponibilitatea și variantele de dezvoltare a serviciilor de sprijin, în conformitate cu Planul de monitorizare - Secțiunea 4. Responsabilul în monitorizare și evaluare trebuie să pregătească datele care să fie folosite în diseminarea rezultatelor. Acest rol poate fi îndeplinit, pentru unul sau mai multe centre din județ, de către DGASPC.
Specialistul financiar		Trebuie să fie un economist cu experiență în managementul financiar al proiectelor. Acesta asigură funcționalitatea sistemului contabil, realizarea promptă a plăților, operațiunile bancare și raportarea financiară. Acesta monitorizează toate activitățile financiare și întocmește toate documentele necesare raportărilor financiare. Acest rol poate fi îndeplinit, pentru unul sau mai multe centre din județ, de către DGASPC.

3.3. Evaluarea resurselor centrului rezidențial

Datele care rezultă din evaluarea resurselor centrului rezidențial pot informa într-o proporție semnificativă deciziile echipei de coordonare în etapa de pregătire a procesului de dezinstituționalizare. Echipa de coordonare va ține cont de tipurile de date descrise în detaliu în următoarele secțiuni pentru a contabiliza adecvat și planifica strategic utilizarea resurselor disponibile pentru Planul de dezinstituționalizare.

Evaluarea inițială a resurselor umane

Calitatea serviciilor în comunitate depinde, în primul rând, de calitatea personalului acestora. Asigurarea personalului suficient și bine format trebuie să fie o prioritate pentru furnizarea serviciilor în comunitate. O planificare strategică solidă a noilor servicii din comunitate implică identificarea tipului și numărului de angajați care se vor putea muta din centrele rezidențiale în serviciile din comunitate. Pentru a funcționa optim, în baza înțelegerii preferințelor și nevoilor persoanelor cu dizabilități, va fi estimat numărul de personal adițional care va trebui recrutat. Tot personalul care va sprijini persoanele cu dizabilități va beneficia de programe de formare, pentru asigurarea faptului că împărtășesc aceeași viziune și aderă la principiile CDPD conform cărora: fiecare persoană cu dizabilități are dreptul să locuiască independent în comunitate și să beneficieze de sprijinul de care are nevoie pentru a trăi cu demnitate și să se bucure de aceleași drepturi ca ceilalți cetățeni.

Evaluarea inițială a resurselor umane va fi fundamentată pe datele colectate de specialistul în resurse umane pentru fiecare din angajații centrului rezidențial. Acesta va realiza un profil al angajaților (conform Fișei individuale a angajatului) care va include, printre altele, dorințele și preferințele acestora privind angajarea în serviciile nou dezvoltate în comunitate, cât și nevoile de instruire și de reconversie profesională a acestora. Datele vor fi colectate atât prin discuții cu angajații, studierea dosarelor personale (diplome de studii și de instruire, CV, anii de experiență, evaluări profesionale, premii, abateri de la conduita profesională etc.), cât și prin feedback obținut de la persoanele cu dizabilități care îi cunosc. Ulterior, datele din fișele angajaților vor fi sintetizate în Fișa de evaluare sintetică din Evaluarea inițială: resurse umane (Anexa A2.2), elaborată de Specialistul în resurse umane. Datele sunt prezentate de Specialistul în resurse umane, împreună cu coordonatorul de plan, șeful de centru, DGASPC și Comitetului județean, pentru a orienta procesul de formare și evaluare a personalului și de dezvoltare a serviciilor în comunitate. Personalului centrului rezidențial îi vor fi propuse alternativele din Caseta 10:

Caseta 10: Alternativele pentru viitor pentru personalul centrului rezidențial

1. Transferul într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al DGASPC, deja existent sau care urmează să fie înființat.
2. Transferul într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al autorităților publice locale sau furnizorilor privați, deja existent sau care urmează să fie înființat.
3. Transferul în cadrul unui alt departament din aparatul propriu al DGASPC (inclusiv serviciu de management de caz).
4. A deveni asistent personal profesionist.
5. Încetarea contractului de muncă, la cerere, și găsirea unui nou loc de muncă în alt domeniu decât cel al serviciilor sociale, după ce urmează, cu sprijinul AJOFM, cursuri de reconversie profesională.

Planul de dezinstituționalizare oferă o imagine asupra structurii de personal a centrului.

Secțiunea 2.5.1. **Evaluarea inițială a resurselor umane** include: numărul de angajați, competențele lor, număr de angajați actuali care lucrează ore suplimentare (remunerate și/sau neremunerate), angajați cu contracte de muncă pe perioadă determinată, ONG-uri sau cabinete de specialitate contractate (psihologi, asistenți sociali, terapeuți, medici etc.). Grila de posturi vacante finanțate sau nefinanțate de la bugetul de stat sau local este de asemenea cuprinsă.



Atenție!

- Evaluarea inițială a resurselor umane va indica necesarul de personal interesat să lucreze în serviciile din comunitate. Ea ar trebui realizată în urma unei conștientizări temeinice în rândul personalului centrului cu privire la viitoarea organizare a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități.
- Angajaților centrului rezidențial care sunt în prezent desemnați ca manageri de caz ar trebui să li se ofere posibilitatea să fie transferați într-un compartiment dedicat de management de caz DGASPC. Exercițarea funcției de manager de caz din poziția curentă de angajați ai centrelor reprezintă un conflict de interes.

Evaluarea inițială a resurselor materiale

Elaborarea planului de dezinstituționalizare necesită analiza resurselor materiale ale centrului pentru a planifica felul în care acestea vor fi utilizate în procesul de dezinstituționalizare. Echipa de coordonare și conducerea DGASPC realizează această evaluare și analizează alternativele în utilizarea clădirilor, terenurilor și celorlalte resurse ce devin disponibile pe parcursul procesului de dezinstituționalizare. De exemplu, unele pot fi folosite pentru dezvoltarea unor servicii comunitare; altele vor primi o nouă destinație; unele vor putea fi vândute sau închiriate, devenind o sursă de venituri; altele vor fi donate sau casate. În cazul în care starea de funcționare a clădirii, odată ce toate persoanele cu dizabilități au realizat tranziția în comunitate, este considerată defectuoasă sau necesită investiții mari pentru renovările sau reabilitările necesare pentru a o face sigură și utilizabilă, demolarea ei și valorificarea rezultatelor demolării, inclusiv a terenului aferent poate fi o opțiune.

Datele privind clădirile, terenurile și infrastructura care vor fi analizate conform Anexei A3. Evaluare Inițială: Fișa de evaluare a resurselor materiale includ:

- Proprietarul clădirilor și terenurilor: patrimoniul DGASPC, CJ, CL, alte autorități publice;
- Poziționarea centrului, în cazul în care există oportunități de valorificare pentru scopuri administrative sau servicii pentru întreaga comunitate: accesibilitatea și situarea față de celelalte servicii din comunitate;
- Suprafețele terenurilor, situația lor cadastrală;
- Numărul total al clădirilor, dimensiunile lor și planul arhitectural;
- Vechimea și starea clădirilor, atât cele în care sunt cazate persoanele cu dizabilități, cât și anexele/clădirile administrative;
- Informații despre cele mai recente renovări (anul și tipul acestora) și renovările necesare în prezent;

- Detalii despre încadrarea în clase de risc seismic;
- Gradul de accesibilizare a clădirilor;
- Disponibilitatea de echipamente pentru desfășurarea de activități specializate (kinetoterapie, fizioterapie).

Caseta 11: Idei pentru reutilizarea clădirilor, terenurilor și a altor resurse care vor rămâne disponibile după procesul de dezinstituționalizare

- Înființarea de centre administrative pentru personalul DGASPC și personalul de management al serviciilor comunitare;
- Înființarea de centre comunitare de servicii pentru întreaga populație din localitate;
- Crearea de centre de reabilitare care să ofere servicii pentru întreaga populație a localității sau spitale specializate.
- Reconvertirea și echiparea lor pentru a fi utilizate ca facilități culturale sau sportive pentru toată populația;

Resursele existente trebuie folosite/refolosite în funcție de circumstanțe și nevoi. Este recomandabil să fie implicată și comunitatea locală într-un proces creativ de generare de propuneri privind utilizarea spațiilor, inclusiv prin lansarea concursurilor de idei pentru studenții de la arhitectură, design, geografie socială, celor din industriile creative ș.a. Deschiderea spre comunitate cu ocazia identificării modalităților de refolosire a resurselor este o bună oportunitate de comunicare cu publicul general și creșterea gradului său de conștientizare cu privire la problematica instituționalizării și a drepturilor persoanelor cu dizabilități de a locui în comunitate, aducând beneficii întregului proces de dezinstituționalizare. În acest proces este implicat și Comitetul județean.

Indiferent de noua utilitate, clădirile și terenurile centrelor nu pot fi folosite în viitor pentru furnizarea de servicii rezidențiale care să deservească beneficiari cu măsura de protecție subvenționată complet sau parțial cu finanțare publică. Dacă DGASPC sau alte organizații/persoane fizice vor utiliza în continuare resursele devenite disponibile în urma procesului de dezinstituționalizare, viitoarea utilizare a clădirilor și a terenurilor va fi precizată. În cazul transferului sau închirierii, se va include în cadrul contractului o clauză prin care se interzice viitorului utilizator să înființeze și să deruleze în clădire servicii de tip rezidențial care să deservească beneficiari din sistemul public/privat de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități. În unele situații, clădirile sau terenurile nu vor putea fi utilizate decât după vacantarea lor integrală, în urma transferului tuturor persoanelor cu dizabilități din centre în comunitate. Chiar în această situație, corpurile sau părțile din clădire rămase nelocuite prin plecarea unei părți din rezidenți nu pot fi folosite pentru furnizarea de servicii rezidențiale altor persoane și nici pentru înființarea altor servicii (rezidențiale sau nu) *cât timp persoane cu dizabilități încă trăiesc în centru.*

Modul de utilizare a tuturor resurselor materiale trebuie detaliat în planul de dezinstituționalizare a centrului rezidențial și monitorizat corespunzător. Decizia finală cu privire la utilizarea ulterioară a clădirilor sau terenurilor trebuie inclusă într-o hotărâre a CJ/CL.



Atenție!

- În clădirea/clădirile centrului nu se înființează alte servicii de tip rezidențial care să deservească beneficiari din sistemul public/privat de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități.
- Clădirile și terenurile centrului sunt utilizate pentru dezvoltarea de servicii sociale în comunitatea locală sau în alte scopuri doar ***după ce nu mai locuiesc persoane cu dizabilități în centru.***
- Clădirile rezidențiale de mici dimensiuni, care nu sunt în vecinătatea altor centre rezidențiale, din sistemul de protecție a adultului pot fi transformate în locuire incluzivă pentru persoanele cu dizabilități, dacă au potențialul de a respecta standardele locuirii incluzive în urma adaptărilor.

Evaluarea inițială a resurselor financiare

Evaluarea resurselor financiare ale centrului rezidențial este realizată de specialistul financiar împreună cu Coordonatorul de plan și prin implicarea altor responsabili financiari din centrul rezidențial și DGASPC. Aceștia vor analiza veniturile și cheltuielile centrului rezidențial, pentru a sublinia, printre altele, sursa veniturilor (CJ, bugetul de stat, fonduri nerambursabile), precum și cheltuielile curente. Acestea din urmă vizează atât costurile recurente cu întreținerea și funcționarea serviciului, inclusiv salariile angajaților, cheltuielile cu bunuri și servicii și alte tipuri de cheltuieli de funcționare, cât și cheltuielile de dezvoltare care se referă la investiții, cel mai adesea, în active fixe de tipul construcțiilor, mijloacelor de transport și aparatură. Profilul financiar al centrului rezidențial trebuie să includă, printre altele:

- Costul lunar bugetat pentru bunuri și servicii per persoană cu dizabilități rezidentă în centru;
- Tipuri de cheltuieli cu bunuri și servicii (hrană, utilitățile, curățenie, medicamente și materiale sanitare, reparații curente și întreținerea, servicii medicale, psihologice, avocațiale etc. contractate);
- Cheltuielile cu personalul: costuri salariale de bază, sporuri, prime, indemnizații, ore suplimentare, taxe, impozite, asigurări sociale și de sănătate, concediu prenatal, concediu pentru îngrijirea copilului, concediu medical, formarea personalului, concediul de odihnă;
- Servicii furnizate pe bază de contract de voluntariat (numărul de ore/departament);
- Costuri cu posturi administrative și de pază, transport, întreținere;
- Veniturile centrului (inclusiv din vânzarea de produse, alocațiile capitalizate în conturile rezidenților ajunși la maturitate, pensii etc.).

3.4. Evaluarea resurselor la nivel județean/local

Analiza situației serviciilor existente în comunitate este esențială, o bună cunoaștere a sprijinului disponibil stând la baza identificării unor soluții adecvate la nevoile și preferințele persoanelor cu dizabilități și a concluziilor cu privire la necesarul de servicii suplimentare. Serviciile din comunitate includ serviciile publice și private existente atât pentru populația generală (de locuire, sociale, sănătate și reproducere, de sprijin pentru educație, de transport, de asistență juridică, de socializare, sport, cultură), cât și pe cele specifice persoanelor cu dizabilități (asistență personală, servicii de asistență și suport, de sprijin în luarea deciziilor, respiro, îngrijire la domiciliu, servicii de zi sau echipe mobile, criză). Analiza situației serviciilor trebuie să includă informații cu privire la locația, paleta de servicii oferite și capacitatea. Deși există recomandarea ca serviciile pentru populația generală să fie evaluate de la caz la caz, în funcție de nevoia identificată în urma elaborării Planurilor individuale, serviciile pentru adulți cu dizabilități ar trebui monitorizate continuu.

Din analiza serviciilor sociale pentru adulți cu dizabilități rezultă o hartă județeană/locală de servicii publice și private, care trebuie actualizată anual și pusă la dispoziția managerilor de caz și echipelor de management de la nivelul județelor/sectoarelor municipiului București. Efortul de realizare a analizei/hărții inițiale este realizat de DGASPC și CJ/CL ale sectoarelor municipiului București. Harta este apoi diseminată în formate accesibile, inclusiv online, pentru persoanele cu dizabilități și spre folosul SPAS/DAS și al furnizorilor publici și privați de servicii sociale la nivel județean/local. În acest scop, vor fi formulate și trimise solicitări către primari, directori ai serviciilor locale, și/sau furnizori de servicii publice și private, inclusiv conducerii organizațiilor neguvernamentale de a completa informațiile necesare pentru analiza serviciilor de către DGASPC. Versiunea inițială a acestei hărți cu date pentru anul 2022 este disponibilă în anexele acestui ghid, dar informațiile trebuie revizuite în mod regulat. Informațiile sunt utilizate de echipa de coordonare pentru implementarea Planului de dezinstituționalizare și echipa implicată în elaborarea și implementarea Planului individual.

3.5. Evaluarea riscurilor Planului de Dezinstituționalizare

Mai multe riscuri pot apărea la nivel instituțional în procesul de pregătire și implementare a Planului de dezinstituționalizare. Procesul de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități are multe provocări și necunoscute și, prin natura sa, afectează direct și indirect un număr semnificativ de persoane: rezidenții centrului, angajații și familiile acestora, comunitatea locală, funcționari din primării, și cei care lucrează în servicii sociale, medicale, de ocupare și formare profesională, de locuire sau juridice, iar riscuri pot surveni în ceea ce privește oricare dintre acestea.⁷

Identificate din timp, potențialele riscuri pot preveni eșecul sau întârzierile în implementarea Planului de dezinstituționalizare. Analiza realistă și cuprinzătoare a riscurilor trebuie realizată timpuriu, astfel încât Planul de dezinstituționalizare să cuprindă și măsurile de prevenire, diminuare sau eliminare a riscurilor identificate. Pentru a facilita identificarea și

⁷ Riscurile individuale, la nivelul fiecărei persoane, care sunt identificate ca parte a Planului de Contingență inclus în Planul Individual, sunt discutate în Secțiunea 1.5.

monitorizarea riscurilor poate fi completat un formular de către echipa de coordonare, sprijinit de celelalte persoane din echipa la nivel de centru. Informațiile trebuie să includă:

- Tipul riscului identificat sau așteptat a se manifesta;
- Probabilitatea de apariție a riscului (mare, medie, scăzută);
- Impactul riscului asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului;
- Data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta;
- Specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului;
- Activități implementate cu privire la respectivul risc;
- Rezultatul intervenției.

Ca urmare a naturii lor dinamice, riscurile trebuie reevaluate pe parcursul implementării Planului de dezinstituționalizare. Pot apărea riscuri noi, altele pot dispărea, probabilitatea sau impactul lor se pot modifica. De asemenea, trebuie monitorizate și actualizate corespunzător strategiile de prevenire, diminuare sau eliminare a riscurilor.

Riscuri care țin de sistem și de structura și organizarea serviciilor

- Interes politic și coordonare scăzute cu privire la dezinstituționalizare, la nivel național și/sau județean/local. Chiar dacă există reglementări și schimbările legislative necesare se vor produce, dezinstituționalizarea este un proces lung, dificil, uneori neînțeles, care trebuie păstrat pe agenda publică și care are nevoie de „campioni” naționali și locali, aliniați viziunii CDPD, cu putere de decizie și influență, activi și motivați.
- Lipsa de coordonare și întârzieri majore în ceea ce privește revizuirea legislației – primare și secundare –, din toate domeniile care se intersectează cu dezinstituționalizarea (de locuire, administrativ, familie, educație, ocupare, sănătate, social, civil, contractare public-privată, achiziții de servicii sociale etc.). Există prevederi legale care nu recunosc dreptul persoanelor de a alege sau de a locui în comunitate, bariere de reglementare și procedurale care nu permit persoanelor să își exercite drepturile în practică, și standarde de calitate pentru serviciile sociale contrare prevederilor CDPD, toate acestea trebuind modificate. Trebuie introduse și prevederi noi, cum ar fi cele legate de instaurarea unui moratoriu pentru admiteri în centrele în care a început dezinstituționalizarea, reglementarea mecanismelor de sprijin în luarea deciziei, și altele.
- Insuficienta coordonare interguvernamentală și neimplicarea tuturor agențiilor guvernamentale de la nivel național și local, absența cooperării internaționale, lipsa parteneriatelor trans-sectoriale și public-private (spre exemplu, între Ministerul Muncii și Ministerul Sănătății sau al Finanțelor; între serviciile sociale și serviciile de sănătate mintală; între autoritățile locale din diferite localități, în situațiile în care persoanele care fac tranziția își schimbă localitatea de domiciliu, între diferitele autorități și agenții publice și organizațiile private), ceea ce subminează abordarea intersectorială necesară procesului de dezinstituționalizare.

- Lipsa viziunii privind traiul în comunitate în rândul echipelor la nivel de centru cărora, din lipsă de experiență practică, le este dificil să-și reprezinte funcționarea unui sistem de servicii de sprijin la nivelul comunității.
- Alocarea inadecvată de resurse, concentrare pe ceea ce există deja, nu pe ce ar trebui să existe. Neînțelegeri între diferitele autorități (locale și naționale) și asumarea limitată a responsabilității cu privire la finanțarea tranziției persoanelor în comunitate și, ulterior, a susținerii lor pe termen lung.
- Atitudine stigmatizantă din partea comunității în raport cu anumite grupuri (persoane cu dizabilități intelectuale sau psihosociale profunde, minorități etnice, minorități sexuale etc.). Stigma, discriminarea, normele culturale și reacțiile negative din partea societății se manifestă majoritar în cazul persoanelor cu afecțiuni din sfera de sănătății mintale, drept urmare trebuie implementate în mod profesionist campanii de conștientizare.
- Lipsirea a aproximativ 4.000 de persoane cu dizabilități instituționalizate de capacitatea lor juridică le afectează posibilitatea de a lua decizii cu privire la propria lor viață. Există numeroase situații în care tutorii nu au nicio relație cu persoana pe care o reprezintă, nu o cunosc sau sunt chiar în situații de conflict de interese (spre exemplu, șeful de centru desemnat tutore prin hotărârea judecătorească sau șeful serviciului autorității tutelare care este desemnat tutore pentru sute de persoane dintr-un centru rezidențial). Procesul necesar pentru redobândirea capacității juridice poate întârzia tranziția în comunitate a persoanelor cu dizabilități puse sub interdicție.

Riscuri instituționale

- Eficiența scăzută a mecanismelor independente de monitorizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități instituționalizate.
- Personalul și/sau persoanele cu dizabilități și/sau membrii familiilor lor sau reprezentanții legali se opun dezinstituționalizării.
- Dificultăți în recrutarea anumitor tipuri de specialiști, mai ales în zonele rurale și în comunitățile mici. Angajarea și/sau formarea personalului pot să nu se facă în timp util pentru realizarea tranziției.
- Insuficiența serviciilor din comunitate (cu precădere privind accesul la locuire sau venituri suficiente) sau incapacitatea lor să sprijine persoana pe termen mediu și lung, expunând-o riscului de a fi reinstituționalizată, de a rămâne fără adăpost, de a abuza de substanțe, sau de a experimenta sărăcia extremă.
- Lipsa locuințelor sociale și altor alternative de locuire în comunitate.
- Rămânerea în instituții a persoanelor cu dizabilități severe și nevoi ridicate de îngrijire, considerate în mod eronat ca fiind greu integrabile și că nu pot trăi independent în comunitate.
- Dificultatea autorităților din comunitățile de destinație de a gestiona numărul brusc mai mare de persoane cu dizabilități care au nevoie de servicii sociale locale (de exemplu, persoane vârstnice, refugiate, cei cu afecțiuni din sfera sănătății mintale). Creșterea numărului de

persoane cu alte tipuri de vulnerabilități pune, de asemenea, presiuni pe sursele de finanțare și pe personalul din serviciile comunitare locale.

Riscuri care țin de implementarea procesului de dezinstituționalizare

- Întârzieri în dezvoltarea de noi servicii și în accesibilizarea celor existente.
- Bariere administrative privind accesul persoanelor la diferite beneficii; risc de sărăcie.
- Abaterile de la Planul de dezinstituționalizare a centrului rezidențial sunt insuficient monitorizate, nu sunt întreprinse acțiuni reparatorii în timp util.
- Personal fără experiență (în special privind sănătatea mintală, dizabilitatea intelectuală și efecte ale traumei), care nu înțelege dificultățile persoanelor cu trecut instituțional; rezultate slabe ale programelor de formare profesională.
- Lipsa unor echipe închegate și profesioniste, care să poată pune deciziile bine informate în practică; lipsa mecanismelor și pârghiilor de control, mai ales în contextul aplicării de metode și soluții noi, netestate anterior, în România.
- Realizare superficială a Planurilor individuale; încercarea de a găsi soluții care să fie aplicate mai degrabă unor grupuri de persoane și nu individual.
- Dificultăți în asigurarea continuității serviciilor de care o persoană are nevoie (terapii, farmacii, medici, tehnologii asistive, ocupare). Lipsa oportunităților în comunitățile de destinație, în special pentru acele persoane care au condiții socioeconomice reduse sau locuiesc în comunități rurale. De exemplu, costul ridicat al serviciilor poate afecta continuitatea furnizării de servicii.
- Respingere și discriminare din partea comunității locale, persoanele cu trecut instituțional fiind percepute ca fiind impredictibile, periculoase, incapabile să trăiască în comunitate.
- Lipsa unor „ambasadori” ai dezinstituționalizării, cum ar fi persoane publice respectate sau persoane cu trecut instituțional cu povești puternice.
- Întreruperea contactului dintre persoana cu dizabilități cu persoanele din cercul său de sprijin.

Riscuri financiare

- Estimarea neadecvată a costurilor necesare pe care la implică noile servicii înființate.
- Lipsa cofinanțării necesare în cererile de finanțare.
- Întreruperea unor finanțări existente.
- Insuficiența finanțare a serviciilor din comunitate pe termen mediu și lung.
- Alocarea sumelor care nu mai sunt folosite în instituții unor obiective care nu au nicio legătură cu bunăstarea persoanelor cu dizabilități. Pe măsură ce costurile instituționalizării se reduc, sumele astfel economisite trebuie investite constant în servicii în comunitate, pentru le a asigura sustenabilitatea și relevanța pe termen lung. Asistența oferită în comunitate adulților cu dizabilități cu trecut instituțional trebuie garantată pe termen lung; uneori, pe viață. Absența resurselor suficiente de sprijin reprezintă o situație de risc.



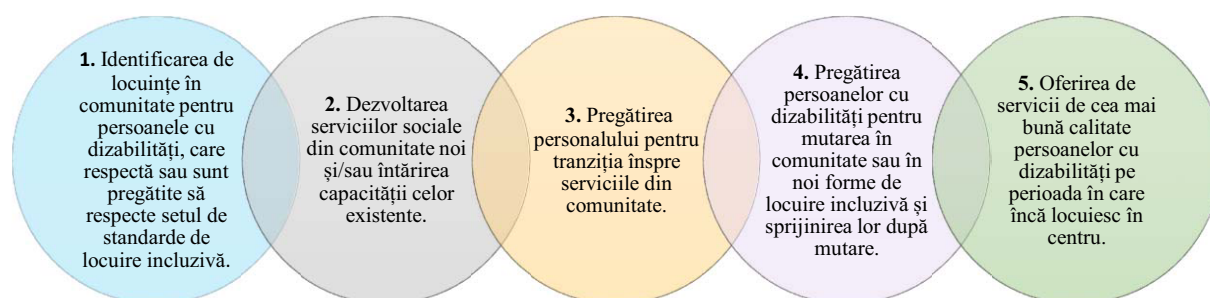
Riscuri legate de catastrofe naturale și urgențe umanitare

Apariția unor astfel de situații nu justifică oprirea procesului de dezinstituționalizare sau lăsarea în urmă a persoanelor cu dizabilități în procesele de evacuare și ajutor umanitar. Managerii de caz și Coordonatorul de plan vor verifica dacă persoanele cu dizabilități dezinstituționalizate sau în proces de tranziție sunt la nivel local și județean înscrise pe listele cu persoane de evacuat și ajutat în cazul unor situații de risc sau urgențe umanitare. Alegerea reședinței trebuie făcută astfel încât să permită accesul către persoane și, dacă se impune, evacuarea lor în situații de criză umanitară. De asemenea, managerii se vor asigura ca informațiile transmise pentru asemenea liste includ și informații referitoare la comunicare, transportul și medicația persoanelor cu dizabilități, precum și orice alte proceduri speciale care sunt necesare pentru acordarea asistenței în situații de criză.

4. PLANUL DE DEZINSTITUȚIONALIZARE PENTRU CENTRUL REZIDENȚIAL – IMPLEMENTAREA

Faza de implementare presupune eforturi coordonate pentru a asigura atât elaborarea Planurilor individuale pentru fiecare persoană cu dizabilități și pregătirea lor pentru tranziție, cât și că angajații își doresc și sunt pregătiți să furnizeze servicii de calitate pe toată perioada în care persoana cu dizabilități se află în îngrijirea instituțională și în alternative în comunitate. În această fază complexă sunt necesare mai multe acțiuni - Eroare! Fără sursă de referință.

Figura 3: Acțiuni necesare pentru a implementa Planul de dezinstituționalizare



4.1. Dezvoltarea Planurilor individuale de viață independentă și integrare în comunitate

4.1.1. Structura Planului individual

Data fiind urgența reformei dezinstituționalizării și numărul ridicat de persoane pentru care Guvernul României și-a asumat să găsească soluții de sprijin în comunitate, accelerarea procesului poate consta în evaluarea de nevoi la nivel SECPAH prin instrumente ancorate în Clasificarea Internațională a Funcționalității.

Planul Individual conține 4 secțiuni: (1) o secțiune cu privire la Planificarea centrată pe persoană: aspirațiile, valorile persoanei și nevoile sale pentru a trăi viața dorită; (2) o fișă cu Necesarul de sprijin pentru o viață independentă, care include și planul de contingență; (3) Planul de servicii – Parcurs de viață independentă, plan centrat pe persoană cu cele mai bune modalități prin care persoana poate trăi așa cum își dorește și primește sprijinul adecvat; precum și o secțiune referitoare la (4) Plan personalizat pentru monitorizarea planului individual. Pregătirea și implementarea Planului individual necesită informații relevante despre mutarea persoanei în comunitate, cum ar fi:

- Date socio-demografice – numele, vârsta, tipul și gradul de dizabilitate, perioada de timp petrecută în sistemul instituțional (atât copil, cât și adult), situația familială, venit, nivelul de instruire, ocupație.
- Informații despre cei implicați în elaborarea planului, rolul pe care îl au, relația cu persoana cu dizabilități, datele lor de contact și organizațiile pe care le reprezintă (dacă este cazul).
- Informații despre cei din viața persoanei, rolul pe care îl au și motivul pentru care acestea sunt importante.

- Detalierea punctelor tari, ale calităților și abilităților persoanei, așa cum sunt percepute de cei din jurul său și de ea însăși.
- Informații despre starea de sănătate a persoanei, principalele riscuri legate de sănătatea și siguranța sa, medicația curentă, alte tratamente pe care le primește sau de care ar avea nevoie.
- Informații cu privire la ceea ce este important pentru persoană (rutine, activități, relații, mod preferat de petrecere a timpului, pasiuni, preocupări): ce îi place și ce nu îi place.
- Informații cu privire la aspirațiile și sprijinul necesar privind locuirea și abilitățile de trai independent.
- Informații privind angajarea în muncă și nevoile de formare, pornind de la situația sa curentă.
- Informații cu privire la modul de comunicare (verbală, nonverbală, în scris, modul de gestionare a situațiilor dificile, de transmitere a emoțiilor).
- Informații despre speranțele și visurile, schimbările pozitive dorite. Pașii spre realizarea lor.
- Principalele temeri și îngrijorări pentru viitor, bariere și riscuri în realizarea obiectivelor personale.
- Informații despre principalele nevoi de sprijin atunci când se mută în comunitate.
- Consimțământul informat al persoanei privind participarea la elaborarea planului.

4.1.2. Etapele elaborării Planului individual

Stabilirea listei nominale a persoanelor cu dizabilități din centrul rezidențial

Procesul de pregătire a Planurilor individuale trebuie să includă toate persoanele din centrul rezidențial pentru care va fi pregătit un plan de dezinstituționalizare. Dezinstituționalizarea înseamnă a găsi soluții de viață independentă și sprijin pentru fiecare persoană din centru, nu doar pentru unele. Astfel, este interzisă diferențierea persoanelor care locuiesc în centre în funcție de nivelul lor de funcționare și de complexitatea nevoilor lor sau de anumite criterii arbitrare, subiective și ofensatoare (de exemplu, doar rezidenților considerați „buni” să le fie permis transferul în noile servicii, în timp ce rezidenții considerați „răi”, ca urmare a comportamentului lor sau a dificultăților de comunicare să rămână în același centru sau să fie transferați în centre care nu se închid în perioada următoare). Chiar dacă există criterii de diferențiere, strict obiective, care decurg din procesul de planificare centrată pe persoană, acestea nu au rolul de a crea comparații sau ierarhii, ci de a obține cele mai relevante informații despre nevoile și preferințele rezidenților și de a le facilita traiul în comunitate.

Conducerea centrului va completa și pune la dispoziția Coordonatorului de plan și managerilor de caz lista nominală cu toate persoanele cu dizabilități din centru (vezi Anexa A5). Această listă conține detalii precum numele și prenumele persoanei, vârsta, gradul și tipul de dizabilitate, relația cu familia, prietenii sau alte persoane din comunitate, parcursul de instituționalizare (din sistemul de protecție specială a copilului, din spital de psihiatrie, alt centru public sau privat – inclusiv centre pentru persoane victime ale traficului sau ale violenței domestice, din familie, din penitenciare, de la domiciliul propriu, de pe stradă, din străinătate după reîntoarcere, alte situații), și perioada de timp petrecută într-un sistem instituțional (pentru copii și adulți).

Procesul de dezinstituționalizare trebuie să includă condițiile de admitere impuse de legislația în vigoare. Pentru fiecare instituție cu un plan de dezinstituționalizare va fi decis un moment inițial (T0), care reprezintă data începerii elaborării Planului de dezinstituționalizare la nivel de centru. Orice admitere în centru după momentul T0 trebuie oprită. Dacă la momentul T0 vor exista cereri de admitere din partea persoanelor care trăiesc în comunitate, care sunt în risc de instituționalizare, nevoile lor de sprijin nu vor fi neglijate, iar Comitetul județean, DGASPC și

CL/SPAS/DAS vor trebui să orienteze aceste persoane spre servicii în comunitate și să centralizeze aceste date pentru dezvoltarea de alte servicii necesare în comunitate.

Planul de dezinstituționalizare vizează: (1) planificarea centrată pe persoană cu toți adulții existenți în centru la T0 (cu certificat de încadrare în grad de handicap și decizie de admitere în centrul respectiv); și (2) toți adulții cu dizabilități prezenți efectiv în centru la T0 (indiferent dacă le-au expirat certificatele de încadrare în grad de handicap sau nu au obținut încă unul).



Atenție!

- Fiecare serviciu social rezidențial are stabilit un moment T0 (data de demarare a elaborării Planului de dezinstituționalizare).
- Lista nominală a persoanelor adulte cu dizabilități dintr-un centru cuprinde toate persoanele cu certificat de încadrare în grad de handicap din centru la T0 (indiferent dacă sunt prezente efectiv în instituție sau sunt internate într-un spital) și toți adulții cu dizabilități prezenți efectiv în centru la T0 (indiferent dacă există un certificat de încadrare în grad de handicap actualizat sau dacă acesta menționează sau nu admiterea în centrul respectiv).
- Transferul persoanelor către alte servicii din comunitate sau în familiile lor se va realiza doar cu consimțământul lor informat, evitându-se măsurile rapide și necorespunzător pregătite.

Mobilizarea echipei de pregătire și implementare a Planului individual

Elaborarea Planului individual angajează diferite persoane, în funcție de etapa procesului, cât și de responsabilitățile aferente: (1) **facilitatorul** care mediază viziunea persoanei asupra vieții în comunitate; (2) **cercul de sprijin**, alcătuit din persoane-resursă, selectate de persoana cu dizabilități, implicate în crearea acestei viziuni, în identificarea celor mai potrivite moduri de a o materializa și în construirea sprijinului în comunitate; și (3) **managerul de caz** desemnat care coordonează procesul de elaborare a Planului individual, identificarea și furnizarea și monitorizarea sprijinului în comunitate dorit de către persoana cu dizabilități și necesar acesteia. La pregătirea și implementarea Planului individual poate fi necesară implicarea de **specialiști în comunicarea cu adulți cu dizabilități** precum interpreți în limbaje specifice (mimico-gestual, cecitate, Braille) sau experți în traducerea informațiilor în formate ușor de înțeles, sau colaborarea cu diverși **specialiști în servicii pentru adulți cu dizabilități** precum kinetoterapeuți, psihiatri, specialiști în psihiatrie comunitară, psihologi clinicieni, precum și avocați sau specialiști în luarea deciziilor.

Lucrul în echipă este esențial pentru a transfera și corela informații, de a coopera și de a distribui sarcini cu scopul comun de a identifica și asigura soluțiile optime pentru ca persoanele cu dizabilități instituționalizate să facă tranziția către comunitate în conformitate cu propriile dorințe. Astfel este asigurată participarea egală la discuții și luarea deciziilor a tuturor, dar și intervențiile necesare, evitându-se suprapunerea lor și este garantată multidisciplinaritatea elaborării și a intervențiilor punctuale, precum și planificarea și realizarea eficientă a activităților. Echipa de coordonare a Planului de dezinstituționalizare supervizează coordonarea și monitorizarea tuturor activităților Planurilor individuale, în toate etapele și compliancea lor cu acest ghid. Toate activitățile ce țin de procesul de dezinstituționalizare vor fi planificate și desfășurate pentru a asigura că: (1) fiecare membru al echipei are responsabilitățile definite și este familiarizat cu sarcinile, cu echipa și cu procesul în general; (2) membrii echipei sunt instruiți adecvat în planificarea centrată pe persoană, astfel încât să poată oferi sprijin pentru persoanele cu dizabilități cu diverse nevoi de sprijin; și (3) persoanele cu dizabilități controlează

procesul, se întâlnesc în avans cu echipa și lucrează doar împreună cu membrii echipei cu care se simt confortabil.

Facilitatorul

Facilitatorii pot fi persoane care lucrează în centrul rezidențial, formați pentru a îndeplini acest rol, angajați DGASPC sau pot fi persoane contractate din afara centrului rezidențial care pot avea specializări diverse (asistent social, psiholog, consilier vocațional etc.). Preferința persoanei cu dizabilități ar trebui să conducă procesul de selecție a unui facilitator. În cadrul alegerii persoanei, angajații centrului rezidențial pot fi prioritizați pentru acest rol. Managerii de caz pentru anumite persoane cu dizabilități pot lucra și ca facilitatori pentru alte persoane cu dizabilități. Facilitatorii pot fi, de asemenea, selectați din serviciile sociale de asistență și suport pentru persoanele cu dizabilități sau din echipele mobile care ar putea fi dezvoltate de DGASPC, autoritățile publice locale și ONG-uri. Aceștia ar trebui să fie familiarizați cu persoana cu dizabilități, cu drepturile ei, inclusiv aspecte ce țin de viața independentă și includerea în comunitate. Facilitatorii trebuie să fie formați în planificarea centrată pe persoană, facilitarea vizuală/grafică și să furnizeze sprijin în luarea deciziei și să faciliteze independența persoanelor cu dizabilități. În mod ideal, aceștia ar trebui să aibă o anumită experiență în facilitarea dezvoltării procesului de planificare centrată pe persoană.⁸

Rolul facilitatorului este de: (1) a participa, alături de managerul de caz la procesul de realizare a viziunii de viață a persoanei, care îi include preferințele și nevoile de sprijin; (2) a sprijini persoana să își aleagă și să invite persoanele în cercul său de sprijin și să îl coordoneze; și (3) a semnaliza resursele de care are nevoie persoana pe toată perioada elaborării Planului individual.⁹ Facilitatorul trebuie să fie în primul rând un susținător al persoanei cu dizabilități și al viziunii sale. Responsabilitatea principală a facilitatorului este de a se alătura persoanei, a pleda pentru ea și de a-i sprijini și a amplifica vocea, după caz, în contextul elaborării și implementării Planului individual.

Competențele facilitatorului trebuie să includă aspecte care satisfac cerințele: (1) procesului de planificare centrată pe persoană (inclusiv reprezentare grafică); (2) asigurării vieții independente și includerii în comunitate; (3) respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități; (4) facilitării comunicării cu persoana cu dizabilități într-un limbaj simplu fără jargon și formate de comunicare adecvate (dacă este necesar, acest demers poate fi completat de un interpret), și a procesului de luare a deciziei; și (5) asigurării că procesul este etic, prin identificarea modurilor celor mai eficiente de a răspunde barierelor dificile de organizare și cerințe conflictuale. Deși, în prezent, nu există standarde sau competențe convenite privind rolul de facilitator, literatura de specialitate identifică cinci domenii de competențe necesare facilitării unui proces de planificare centrată pe persoană a viziunii unei vieți independente în comunitate (vezi caseta 12). Fiecare competență ar trebui să aprofundeze capacitatea facilitatorului de a servi drept avocat pentru persoana respectivă.

⁸ Activitățile specifice de consolidare a capacităților în acest sens sunt prevăzute la nivel național prin măsurile Strategiei naționale și ale Strategiei dezinstituționalizării.

⁹ De exemplu, pot exista situații în care comunicarea cu unele persoane cu dizabilități care au un trecut instituțional de lungă durată să se realizeze cu dificultate, motiv pentru care se va apela la sprijinul unor asistenți în comunicarea ușor de înțeles sau interpreți în limbaj mimico-gestual.

Caseta 12: Cinci domenii de competențe ale facilitatorului

Se bazează pe punctele forte ale persoanei și este centrat pe întreaga persoană.

Cultivarea conexiunilor în interiorul și în afara sistemului.

- Recunoaște faptul că oamenii cresc, se schimbă și pot realiza obiective personale valoroase. Toate activitățile se concentrează asupra persoanei ca întreg (nu doar asupra diagnosticului sau a dizabilității) și se bazează pe cultura și identitatea sa unică.
- Dă dovadă de autocunoaștere și este modest. Practicienii centrați pe persoană trebuie să fie conștienți de propria putere și privilegii, de asumțiile culturale, de dezvoltarea psihologică și temperamentul lor, de dinamica personalității și de prejudecăți, pentru a evita să își impună convingerile asupra procesului. În mod similar, practicienii sunt conștienți de valorile și prejudecățile culturale ale sistemului de servicii și recunosc faptul că valorile și cultura persoanei pot să nu se alinieze cu acestea.
- Învăță despre preferințele culturale și lingvistice ale unei persoane și despre experiențele sale traumatizante și se bazează pe acestea atunci când colaborează la procesul de planificare. Recunoaște factorii culturali și lingvistici, cum ar fi individualismul și colectivismul, limba și comunicarea, valorile și credințele, obiceiurile și ritualurile, relațiile cu figurile de autoritate, evitarea incertitudinii, relațiile cu timpul și alte diferențe interculturale care trebuie să fie înțelese și respectate în procesul de planificare centrată pe persoană și în obiectivul său de incluziune în comunitate.
- Utilizează cu pricepere instrumentele disponibile centrate pe persoană pentru a sprijini identificarea obiectivelor, viziunea și autodirecționarea.
- Transmite așteptări ridicate pentru rezultate semnificative într-o gamă largă de domenii ale calității vieții, importante pentru persoana în cauză.
- Creează un profil cuprinzător al persoanei, bazat pe punctele forte, care o ajută să se descopere sau să se redescopere pe sine ca persoană completă, cu puncte forte și interese dincolo de dizabilitatea sau diagnosticul său.
- Planificarea facilitează stabilirea de legături atât cu sprijin plătit (profesional), cât și neplătit (natural, voluntar, oferit de comunitate). Acest lucru necesită înțelegerea problemelor relevante de sănătate sau de dizabilitate ale persoanei, precum și cunoștințe despre gama de servicii la care aceasta poate avea acces. Toate activitățile urmăresc să maximizeze legăturile cu activitățile și relațiile naturale ale comunității în medii incluzive, ori de câte ori este posibil și atunci când este în concordanță cu preferințele persoanei.
- Înțelege sistemele și tipurile de sprijin pe care o persoană poate alege să le acceseze (de exemplu, sprijin în luarea deciziilor, asistența personală etc.) și facilitează legăturile, după caz, de exemplu, cu serviciile de sănătate, serviciile sociale, programele de apărare a drepturilor omului, recreere și petrecere a timpului liber, sprijin pentru locuințe și ocuparea forței de muncă, religie și credință, resurse de ocupare a forței de muncă, resurse specifice din punct de vedere cultural și furnizori din rețeaua de servicii de ajutor de urgență, cum ar fi cantinele sociale, băncile de alimente și donațiile de îmbrăcăminte.
- Înțelege problemele de bază legate de diferitele populații deservite, de exemplu, diferențele între adulții în vârstă și persoanele cu dizabilități

Drepturi, alegere și control.	fizice, dizabilități intelectuale, psihosociale sau probleme de sănătate mintală, leziuni cerebrale, boala Alzheimer sau tulburări neurologice. ■ Promovează legătura persoanei cu activitățile și relațiile valoroase ale comunității care contează cel mai mult pentru ea. ■ Încurajează experiențele și activitățile persoanei dincolo de cele oferite în mediile segregate, concepute doar pentru persoanele cu dizabilități sau cu diagnostice specifice. ■ Implică activ îngrijitorii din familie și/sau alți susținători în elaborarea și executarea în colaborare a planului centrat pe persoană, în conformitate cu preferințele persoanei. ■ Sprijină crearea sau menținerea unei vieți cu sens în comunitate (așa cum este definită de fiecare individ) ca un drept fundamental al omului și nu ca ceva ce trebuie câștigat prin demonstrarea „stabilității” sau prin acte de conformitate cu recomandările profesionale. ■ Relațiile și activitățile de planificare se bazează pe respect și pe presupunerea că persoanele sunt competente și au dreptul de a controla deciziile care au impact asupra vieții lor. Practicienii sunt conștienți și capabili să educe oamenii (atunci când este necesar și dorit) cu privire la sistemul de protecție juridică pentru apărarea drepturilor fundamentale (de exemplu, dreptul de a nu fi supus abuzului și neglijării), și la incluziunea în comunitate (de exemplu, dreptul de a nu fi discriminat și dreptul de a-și exercita libertățile). ■ Presupune că persoanele cu dizabilități au capacitate mentală și juridică. Se presupune că toate persoanele au capacitate legală și dreptul de a participa în mod activ la procesul de planificare. ■ Înțelege conceptele de demnitate a riscului și dreptul la eșec. Cu excepția unor situații de urgență, nu impune (direct sau indirect) limite sau restricții asupra libertății sau activităților unei persoane din dorința de a o proteja sau de a acționa în interesul ei. ■ Oferă o educație de bază cu privire la drepturile persoanei în ceea ce privește serviciile, precum și dreptul de a nu fi discriminat atât în cadrul sistemului de servicii, cât și în comunitate în general. Acest lucru necesită o cunoaștere de bază serviciilor de asistență juridică gratuită, birouri regionale ale Avocatului Poporului, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Consiliul de Monitorizare și organizații de apărare a drepturilor omului de la nivel local și național. ■ Sprijină persoanele să pledeze pentru ele însele (și/sau sunt avocații lor, dacă este cazul și dacă se dorește) atunci când preferințele sau valorile lor nu sunt onorate în procesul de planificare centrată pe persoană și în momentele de tensiune sau dezacord cu furnizorii de servicii sau susținătorii persoanelor. ■ Practică procesul decizional asistat, o serie de relații, intervenții, aranjamente și acorduri menite să ajute o persoană să ia și să comunice altora decizii cu privire la viața sa, adesea în jurul alternativelor la tutelă și la alte restricții de libertate sancționate legal pentru persoanele cu dizabilități ■ Înțelege cum să recunoască abuzul, neglijarea și exploatarea, precum și cerințele juridice și administrative legate de tratarea și raportarea acestor încălcări Parteneriat, muncă în echipă, facilitare și coordonare. ■ Interacțiunile și întâlnirile de planificare sunt facilitate într-o manieră respectuoasă, profesională și în conformitate cu principiile centrării pe persoană și cu preferințele fiecărei persoane. Se asigură că accentul principal rămâne pe prioritățile și perspectiva persoanei. Sprijină
---	---

**Documentarea,
implementarea și
monitorizarea
planului centrat pe
persoană.**

- persoana în extinderea echipei sau a cercului său, după cum dorește. Încurajează toți membrii să aducă contribuții semnificative și facilitează procesul într-un mod transparent și accesibil pentru toate părțile implicate
- Acordă atenție limbajului și respectă preferințele persoanei. Înțelege nuanțele care stau la baza limbajului axat pe persoană vs. limbajul axat pe identitate
 - Respectă contribuția persoanei la întâlnirile de planificare, inclusiv pe cine ar dori să implice, preferințele în ceea ce privește logistica (locație, program etc.), domeniile prioritare de discuție și preferințele în ceea ce privește facilitarea (de exemplu, autofacilitare sau sprijin)
 - Facilitează întâlniri individuale sau în echipă într-o manieră respectuoasă și profesională și lucrează pentru a se asigura că preferințele persoanei influențează procesul. Întâlnirile încep la timp; întreruperile sunt reduse la minimum; persoana beneficiază de întreaga atenție a echipei; conversația urmează exemplul persoanei; niciodată nu se „vorbește” despre persoană ca și cum aceasta nu ar fi în sală, iar conversațiile și întrebările sunt adresate în atenția acesteia; facilitatorul verifică în mod regulat persoana în timpul conversațiilor de planificare pentru a se asigura că a înțeles și pentru a verifica dacă aceasta are întrebări; persoanei i se oferă întotdeauna o copie a planului său și i se dă o copie pentru a o revizui, edita și sugera modificări în cazul în care acesta nu reflectă contribuția sa
 - Acordă spațiu pentru integrarea contribuțiilor tuturor membrilor echipei în timpul ședințelor de planificare centrate pe persoană, asigurându-se în mod prioritar că vocea persoanei nu se pierde în dialog și că i se acordă o atenție deosebită
 - Înțelege și știe cum să ajute persoana și susținătorii săi să identifice și să rezolve diferențele și conflictele. Este capabil să faciliteze un acord sau un dezacord respectuos între toți cei implicați cu privire la cursul de acțiune, utilizând instrumente și tehnici precum rezolvarea conflictelor și sprijinirea deciziilor
 - Menține în conversație accentul pe obiectivele și rezultatele dorite de viață ale persoanei
 - Planul centrat pe persoană este creat în comun și consemnat în scris într-un mod care respectă așteptările stabilite în ceea ce privește documentarea planului centrat pe persoană. Planul este apreciat ca fiind un „plan de viață” care este revizuit în funcție de necesități, pe baza preferințelor persoanei și a evoluției situației. Există o urmărire și o monitorizare responsabilă a punerii în aplicare a planului
 - Include în mod activ punctele forte, interesele și abilitățile persoanei în plan și în implementarea acestuia
 - Redactează planul folosind numele preferat al persoanei și preferințele lingvistice și identitare ale acesteia pe tot parcursul procesului
 - Încadrează declarațiile privind obiectivele folosind un limbaj clar și accesibil, surprinzând, în același timp, ceea ce este important pentru persoana în cauză în propriile cuvinte, ori de câte ori este posibil
 - Reflectă serviciile și sprijinul (plătite și neplătite) din documentația planului care vor ajuta persoana să atingă obiectivele identificate. În cazul în care persoana alege, coordonează eforturile între susținătorii plătiți și neplătiți (familie, comunitate, prieteni) în timpul implementării planului

- Solicită feedback permanent din partea persoanei și a celor care o sprijină cu privire la progresele și preocupările acesteia și revizuieste planul, după caz, într-un mod rapid
- Monitorizează și supraveghează punerea în aplicare a planului pentru a se asigura că serviciile sunt furnizate atât în conformitate cu preferințele persoanei, cât și în conformitate cu tipul, domeniul de aplicare, cantitatea, durata și frecvența sprijinului, așa cum se specifică în plan.

Sursa: Tondora, Croft, Kardell, Camacho-Gonsalves și Kwak 2020.

Cercul de sprijin

Cercul de sprijin este o configurație multistratificată alcătuită din persoane care pot contribui la procesul de planificare centrată pe persoană prin care persoana își conturează viziunea de viață în comunitate și formele de sprijin cele mai potrivite pentru a realiza această viziune. Cercul de sprijin nu este echipa multidisciplinară, ci un grup de susținători care doresc să-și dedice timpul, resursele și talentele pentru a acționa în interesul superior al persoanei și a o sprijini în conturarea și realizarea parcursului către o viață independentă. Selecția componentei cercului de sprijin este ghidată de preferințele persoanei, iar acest cerc poate să includă membri ai familiei, prieteni, angajați din servicii, autoreprezentanți și orice altă persoană. Cercul însoțește persoana și după mutarea acesteia în comunitate, și poate juca un rol semnificativ în viața acesteia.

Membrii cercului de sprijin sunt identificați în urma discuțiilor facilitatorului cu persoana cu dizabilități pentru a întocmi o hartă a relațiilor care rezultă din întrebările „Cine sunt prietenii tăi cei mai buni?”, „Pe cine iubești cel mai mult?” și „Cine te iubește cel mai mult?”.¹⁰ Întrebări suplimentare pot viza informații despre locurile unde persoanei îi place să meargă în comunitate și persoanele cu care se întâlnește acolo. În același timp, facilitatorul identifică persoane din comunitate care pot fi invitate în cercul persoanei, în special pentru rezidenții care nu au rețele familiale sau sociale și nu au oportunitatea să iasă în comunitate. Odată completată harta relațiilor, persoana va decide cine va fi invitat în cercul de sprijin și împreună cu facilitatorul vor stabili modalitatea în care vor fi făcute invitațiile la întâlnirile de planificare.

Cercul de sprijin poate face multe lucruri, inclusiv facilitarea accesului la resurse în comunitate în funcție de diversitatea perspectivelor, ideilor și resurselor membrilor cercului.

Caseta 13: Cum pot interveni persoanele din cercul de sprijin:

- Contribuind în întâlnirile grupului cu ideile lor și cu legăturile pe care le au în comunitate
- Găsind locuri de muncă sau organizând sprijin profesional
- Ajutând persoanele să găsească furnizori de servicii respiro sau sprijin care implică îngrijire personală
- Ajutând persoanele să cumpere mobila necesară pentru noile locuințe
- Ajutând persoana să învețe să citească sau să își facă temele
- Ajutând persoana să se alăture organizațiilor din comunitate
- Ajutând persoanele să se mute din instituții
- Ajutând persoanele să își deschidă propria afacere
- Rugând reporterii locali să scrie articole despre cercul de sprijin
- Reprezentând interesele persoanei în întâlnirile de la primărie sau consiliile școlare
- Furnizând transport la evenimente importante
- Ajutând persoanele să interpreteze politicile publice și mergând cu acestea să interpeleze factorii de decizie privind prestațiile
- Ajutând resursele umane să răspundă eficient nevoilor persoanei
- Vorbind frecvent la telefon cu persoana

¹⁰ Amado și Mc Bride (2001: 20).

- Împărtășind frustrările persoanelor, cât și sărbătorind realizările
 - Aprofundând prietenii și angajamentele reciproce
 - Ajutând persoanele să-și sărbătorească zilele de naștere
- Sursa: Mount, Beeman și Ducharme 1988, 13.*

Managerul de caz

Un manager de caz trebuie desemnat pentru fiecare persoană cu dizabilități. Acesta nu este un angajat al centrului rezidențial, ci trebuie să facă parte dintr-o structură de management de caz sau serviciu înființat la nivelul DGASPC sau SPAS/DAS sau să fie un asistent social SPAS/DAS cu responsabilitatea managementului de caz sau să fie contractat de la un furnizor de servicii de management de caz. Numărul de manageri de caz este stabilit prin act normativ,¹¹ unul la 50 de persoane adulte cu dizabilități aflate în sistem rezidențial. Rolul managerului de caz este de a: (1) coproduce, alături de facilitator, Planul Individual, ghidați de persoana cu dizabilități și cercul său de sprijin; (2) coordona implementarea Planului individual pentru a identifica serviciile din comunitate existente sau care trebuie dezvoltate pentru a se potrivi dorințelor și nevoilor persoanei, și de a-i coordona procesul de tranziție și transferul în comunitate; și (3) monitoriza implementarea Planului individual în perioada post-transfer.¹² Managerul de caz comunică cu persoanele adulte cu dizabilități și cu actorii interesați indicați de aceasta, cu persoane din comunitățile de reședință și destinație. Contribuie, alături de ceilalți membrii ai echipei, la planificarea noilor servicii în comunitate, prin informații cu privire la necesarul de locuire, de noi servicii în comunitate, tipul acestora și disponibilitatea resurselor la nivelul comunității.

Formarea persoanelor implicate în elaborarea Planurilor individuale

Toate persoanele implicate în elaborarea Planului individual (inclusiv personalul din centrul rezidențial care nu face parte din cercul de sprijin al persoanei, dar care o va sprijini după cum este necesar în activitățile din comunitate necesare elaborării viziunii de viață) vor beneficia atât de instruire inițială anterior elaborării planului, cât și de formare continuă și adecvată pe tot parcursul procesului. Instruirea va fi realizată de persoane cu experiență teoretică și practică în abordarea centrată pe persoană în scopul planificării parcursului de viață independentă. Echipele de coordonare este responsabilă atât pentru organizarea sesiunilor de formare, cât și pentru facilitarea supervizării ulterioare și va include aceste activități în planul de dezinstituționalizare a centrului rezidențial.

Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru dezvoltarea Planurilor individuale

Persoanele cu dizabilități instituționalizate trebuie să fie informate că viața independentă în comunitate este unul din drepturile lor care trebuie asigurat de către autorități și întreaga comunitate. Multe persoane cu dizabilități instituționalizate nu știu că au acest drept sau ce presupune el, iar instituționalizarea de lungă durată constituie singurul viitor pe care și-l imaginează. Mulți se tem că vor ajunge pe stradă sau că vor fi puși în pericol în lipsa accesului la locuințe, locuri de muncă, servicii medicale și sprijin general adecvat pentru a trăi în comunitate. Prin urmare, primul pas în dezvoltarea Planului individual este reprezentat de discuțiile echipei de

¹¹ Hotărârea Guvernului nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal

¹² Strategia națională și Strategia dezinstituționalizării prevăd măsuri pentru a îmbunătăți și a capacita managementul de caz la nivelul tuturor județelor.

elaborare și implementare cu persoanele din instituții despre procesul prin care va trece centrul rezidențial și ce va presupune fiecare etapă, precum și despre drepturile persoanelor cu dizabilități.

Sprijinul între egali, adică al persoanelor cu experiențe de viață asemănătoare, ori care au trăit în instituții și au făcut tranziția la viața în comunitate, sau care locuiesc independent în comunitate cu ajutorul serviciilor de sprijin este deosebit de important pentru a furniza informații, sfaturi sau sprijin persoanelor din instituții, atunci când planurile sunt dezvoltate. Împărtășirea experiențelor de viață în comunitate, inclusiv identificarea obstacolelor și soluțiilor, constituie nu doar un mod de a accesa informații, ci le permite persoanelor cu dizabilități din centrele rezidențiale să capete încredere că se poate trăi independent în comunitate.¹³ Astfel, echipa de coordonare trebuie să facă demersuri pentru a identifica astfel de persoane în comunitate și de a le implica în sesiunile de informare chiar de la începutul pregătirii planului de dezinstituționalizare al centrului, cât și pe tot parcursul procesului, ori de câte ori este nevoie (inclusiv prin includerea acestora în grupurile de sprijin implicate în elaborarea Planurilor individuale).

Sprijinirea și promovarea autoreprezentării este o componentă esențială a procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial. Autoreprezentarea presupune ca persoanele cu dizabilități să deprindă abilitatea de a pleda pentru ele însele și de a-și apăra interesele. Procesul prin care o persoană devine autoreprezentant poate presupune: (1) furnizarea de tehnologii de informare și comunicare accesibile, dar și sprijin în luarea deciziei (în contextul în care persoanele cu dizabilități instituționalizate nu pot lua decizii pentru ele însele și nu și-au dezvoltat abilități de luare a deciziilor); (2) furnizarea de informații relevante privind drepturile omului și dezvoltarea abilităților pentru autoreprezentare (pentru a participa sau a conduce întâlniri, sau pentru a vorbi în public); cât și (3) implicarea în grupuri de autoreprezentanți.¹⁴ Formarea și pregătirea autoreprezentanților este esențială pentru a asigura că este utilizată abordarea centrată pe persoană în dezvoltarea Planurilor individuale și în planificarea tranziției. Echipa de coordonare va avea în vedere identificarea organizațiilor neguvernamentale, autoreprezentanților sau a altor persoane cu experiență în capacitarea persoanelor cu dizabilități să devină reprezentanți și va organiza sesiunile de instruire a persoanelor cu dizabilități din centrul respectiv. În cazul rezidenților care nu își vor dezvolta abilitățile de autoreprezentare, echipa implicată în planificarea centrată pe persoană se va asigura că întregul proces este ghidat de nevoile și preferințele persoanei și că demnitatea și autodeterminarea acesteia sunt respectate continuu.

Cadrul de elaborare a Planului individual

CINE? Conturarea viziunii de viață a unei persoane și stabilirea soluțiilor concrete pentru realizarea acesteia este un proces colectiv care implică în primul rând persoana, dar și facilitatorii, cercurile de sprijin, managerii de caz și angajații din centru, în funcție de etapele acestui proces. Echipa de coordonare trebuie să se asigure că persoana este implicată în alegerea tuturor persoanelor cu care va lucra și are acces la mecanisme de plângere pe tot parcursul procesului în situația în care procesul nu decurge într-un mod centrat pe persoană sau dacă apar alte probleme. Fiecare persoană din centru trebuie să primească informații și materiale accesibilizate despre ce presupune dezinstituționalizarea în termeni de obiective, etape și activități, dar și despre abordarea centrată pe persoană a elaborării Planului individual.

¹³ Grupul European de Experți în tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2012: 122).

¹⁴ Grupul European de Experți în tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea comunitară (2012: 130).

CUM? Dezvoltarea Planului individual necesită întâlniri repetate cu facilitatorii, cercul de sprijin și managerii de caz, cât și activități în comunitate care să familiarizeze persoana cu opțiunile de servicii existente, cu modul în care funcționează serviciile generale, cât și cu alte aspecte ale vieții zilnice care îi facilitează includerea în comunitate. Este preferabil ca întâlnirile pentru fiecare persoană să aibă loc în afara incintei centrului rezidențial, în comunitate, sau în apropiere de aceasta (domiciliul unei familii, în parc sau alte spații publice, precum biblioteci, școli, primării, cafenele etc.). În alegerea punctelor de întâlnire trebuie să se țină cont în primul rând de dorințele, preferințele și ritmul fiecărei persoane cu dizabilități și de lucrurile cu care aceasta se simte confortabil.

CÂND? Elaborarea Planurilor individuale va fi declanșată doar ulterior: (1) informării tuturor persoanelor cu dizabilități din centru privind procesul de dezinstituționalizare, incluzând elaborarea Planurilor individuale; (2) identificării facilitatorilor și managerilor de caz; și (3) formării inițiale a facilitatorilor, managerilor de caz, autoreprezentanților și a personalului din centrul rezidențial care va fi desemnat să lucreze în comunitate. Procesul poate necesita timp pentru a construi o relație bazată pe încredere între persoana și profesioniștii angajați.

Elaborarea Planului individual

PRIMA FAZĂ a procesului constă într-o serie de întâlniri între persoana cu dizabilități și o persoană pe care aceasta o place și în care are încredere (facilitator, manager de caz, un angajat, alți rezidenți etc.) în cadrul căroră: (1) se vor stabili temele relevante în funcție de preferințele persoanei și de toate dimensiunile vieții în comunitate; și (2) se vor identifica și mobiliza membrii cercului de sprijin. În această etapă, persoana poate explora lucruri ce îi plac sau displac, viitoarea locuință în comunitate și colegi, personalul cu care se simte confortabil, aspecte privind ocuparea, sănătatea, resursele financiare și viața privată și va utiliza instrumentul de cartografiere pentru a-și schița viziunea asupra vieții (ANEXA B1. PLANUL INDIVIDUAL SECȚIUNEA 1. PLANIFICAREA CENTRATĂ PE PERSOANĂ, ETAPA 2: FIȘA VIAȚA MEA). În unele situații, persoana va putea completa singură acest instrument, cu sau fără sprijin minim din partea facilitatorului. În cazul persoanelor cu dizabilități care nu pot scrie, comunică atipic sau care au nevoie de sprijin pentru a înțelege și a comunica în timpul procesului, facilitatorul va apela inclusiv la un specialist în comunicare (prin intermediul echipei de coordonare) și va completa instrumentul cu informațiile astfel obținute. În unele cazuri va fi nevoie doar de o singură întâlnire dintre facilitator, manager de caz și persoana cu dizabilități, în timp ce în altele, va fi nevoie de întâlniri repetate.

A DOUA FAZĂ constă în implicarea facilitatorului, cercului de sprijin și a managerului de caz pentru a clarifica împreună cu persoana cu dizabilități: (1) obiectivele de viață independentă în comunitate; și (2) cele mai bune soluții ca persoana să trăiască așa cum își dorește în comunitate și cum poate fi aceasta sprijinită concret (ANEXA B1. PLANUL INDIVIDUAL SECȚIUNEA 1. PLANIFICAREA CENTRATĂ PE PERSOANĂ, ETAPA 3: METODA DE PLANIFICARE CENTRATĂ PE PERSOANĂ). Prima întâlnire poate fi una de familiarizare a cercului de sprijin cu abordarea centrată pe persoană. Următoarele întâlniri sunt destinate eforturilor de a stabili obiectivele de viață independentă și strategii de urmărire a acestora. În această fază, scopul discuțiilor va fi de a identifica soluții adecvate de locuire, obținerea unui loc de muncă, consolidarea rețelelor sociale sau alte aspecte practice care țin de tranziția din centru în comunitate. Managerul de caz și/sau facilitatorul au sarcina de a organiza aceste întâlniri, de a stabili agenda și de a furniza participanților concluzii intermediare despre proces și actualizarea obiectivelor.

Caseta 13: Exemple de metode de planificare centrată pe persoană - Sistemele de planificare a acțiunii McGill (MAPS) ca instrument de planificare centrat pe persoană și PATH

Dintre metodele de planificare centrată pe persoană utilizate internațional, metodele MAPS și PATH au fost concepute să sprijine, printr-o modalitate vizuală, persoane cu dizabilități, familii și cercurile lor de sprijin să planifice viitorul din perspectivă pozitivă. Metodele de planificare centrată pe persoană pot fi aplicate doar de specialiști formați în acest scop.

Mod de elaborare – Metoda MAPS:

- MAPS (inițial denumită Sistemele de Planificare a Acțiunii McGill) reprezintă una din cele mai larg răspândite metode utilizate în planificarea centrată pe persoană. MAPS este o metodă de planificare creativă, inițial dezvoltată pentru a sprijini incluziunea copiilor cu dizabilități în școlile de masă.
- MAPS poate fi folosită pentru a culege informații noi despre persoana cu dizabilități și pentru a-i descoperi interesele, capacitățile și posibile activități, prin utilizarea atât a facilitării grafice, cât și a celei procesuale. MAPS are următoarele rezultate cheie: (1) o viziune comună a grupului implicat în sprijinirea persoanei cu dizabilități asupra unui viitor pozitiv pentru acea persoană; (2) angajamentul de a păși către acest viitor și acordul asupra gamei de acțiuni care declanșează această călătorie; și (3) o apreciere clară a darurilor persoanei și o înțelegere mai profundă a locurilor în care aceste daruri sunt necesare și pot fi utilizate în comunitatea în care persoana este inclusă. MAPS sprijină incluziunea în comunitate și dezvoltarea relațiilor în mod natural.
- MAPS presupune sprijinirea persoanei cu dizabilități să invite un grup de persoane pe care aceasta le cunoaște și le place (cercul de sprijin) la o sesiune de planificare care durează, de obicei, câteva ore. Sesiunea MAPS este în mod uzual condusă de doi facilitatori instruiți – facilitatorul procesului ghidează persoanele prin pașii procesului și se asigură că acesta gravitează în jurul persoanei cu dizabilități, iar facilitatorul grafic creează un amplu jurnal grafic al fiecărui pas în cadrul MAPS.
- Un plan tipic are șapte pași ce ajută persoanele să treacă de la scenariile cele mai rele (coșmaruri) la vise.

Cei 7 pași MAPS	Întrebări sugerate pentru facilitatori
Povestea persoanei	■ Invitați persoana să își spună povestea. Cereți-le persoanelor din cercul de sprijin să completeze, adauge, sau să amintească persoanei povești din experiența lor cu persoana.
Visul/visele persoanei	■ Cum ți-ar plăcea să arate viața ta? ■ Ce este important pentru tine să ai în viitor? ■ Dacă viața ta ar fi perfectă, și nimic nu ți-ar sta în cale, cum ar arăta viitorul tău? ■ Unde ai trăi? Cu cine ți-ar plăcea să-ți petreci timpul? Ce ți-ar plăcea să faci? Cum te-ai simți?
Coșmarul/coșmarurile persoanei	■ Care sunt lucrurile de care îți este cel mai frică că s-ar putea întâmpla?
Cine este persoana?	■ Care sunt cuvintele sau frazele care descriu persoana? (ruzați fiecare persoană din cercul de sprijin să adauge câte un cuvânt sau o frază descriptivă)
Daruri și puncte forte	■ Care sunt darurile și punctele forte prin care această persoană contribuie în mod unic la viața celorlalți (trăsături de personalitate, pasiuni, abilități...)?
Nevoi	■ Ce va trebui să existe pentru ca persoana să poată aduce și altora aceste contribuții ? Ce poate fi făcut pentru ca persoana să evite coșmarurile și să se apropie de vis (ce sprijin/resurse ar fi necesare)?
Planul de acțiune	■ Care este planul de acțiune (ce trebuie făcut pentru a începe, cine trebuie să o facă și până când trebuie făcut)?

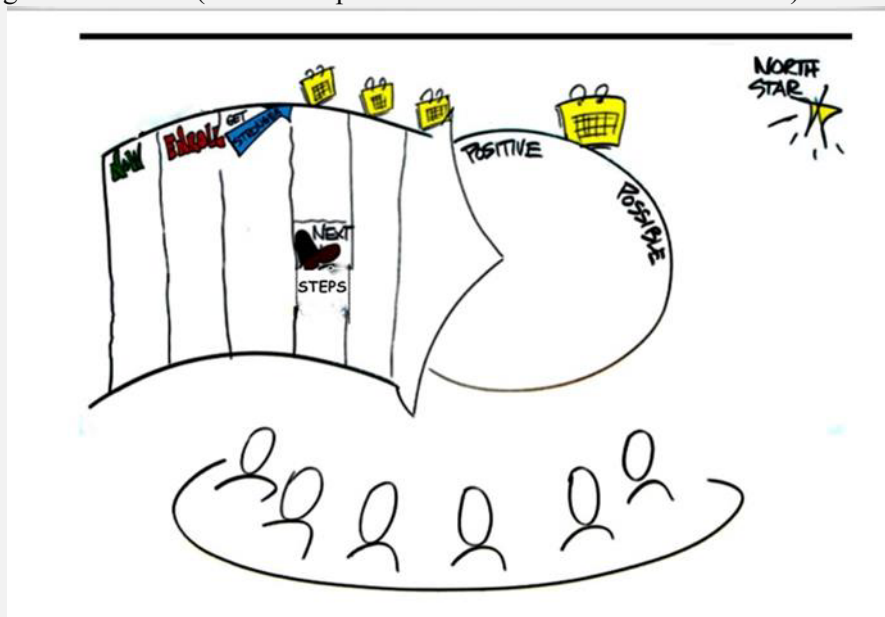
- Procesul MAPS se încheie cu o serie de reflecții din partea tuturor persoanelor implicate cu privire la activitatea desfășurată împreună; MAPS-ul completat este fotografiat, dat jos de pe perete, strâns și este prezentat persoanei în cauză și familiei sale. Este realizat, în scris, și un rezumat al planului. Cercul de sprijin se întâlnește cu regularitate, o dată la câteva luni pentru a evalua progresul în realizarea planului și pentru a planifica de comun acord viitoarele acțiuni.
- Descrierea grafică a MAPS (rezultatul aplicării metodei este un astfel de desen)



Mod de elaborare – Metoda PATH

- PATH este o metodă centrată pe persoană care poate fi utilizată pentru sprijinirea persoanelor și organizațiilor să își planifice viitorul.
- Precum metoda MAPS, PATH presupune sprijinirea persoanei să invite un grup de persoane pe care le cunoaște și care o agreează, care compun cercul său de sprijin, la o sesiune de planificare, care, în mod uzual, se întinde pe durata a câteva ore. Sesiunea PATH este de obicei condusă de doi facilitatori instruiți – un facilitator de proces care ghidează persoanele prin pașii procesului și se asigură că persoana este punctul central pe tot parcursul demersului și un facilitator grafic care creează o înregistrare grafică globală a fiecărui pas al PATH. Persoana își descrie visul (dacă persoana nu comunică verbal, membrii cercului de sprijin, care o cunosc cel mai bine, îi pot descrie visul).
- PATH sprijină grupul care și-a luat un angajament față de persoană să îi dezvolte acesteia sentimentul unui viitor dorit, precum și să parcurgă pașii necesari pentru a materializa acest viitor. Procesul de planificare funcționează pe baza ipotezei că cei care au fost aleși să facă parte din cercul de planificare de către persoana cu dizabilități cunosc și le pasă de aceasta și sunt suficient de dedicați pentru a o sprijini în viitorul pe care și-l dorește în următorul an. PATH se bazează pe capacitatea oamenilor de a-și imagina forme de viitor diferite. Modelul oferit de către PATH plasează prezentul în partea stângă și viitorul în partea dreaptă. PATH se centrează mai întâi pe vis și construiește pe baza unui viitor pozitiv și posibil, cartografiind acțiunile necesare de-a lungul procesului. Este un instrument excelent în reorientarea unei echipe deja constituite, ce întâmpină probleme sau se simte blocată și în cartografierea unei schimbări de direcție.
- Un plan tipic include pașii pentru a sprijini persoanele să se îndrepte către viitorul pe care și-l doresc:
 - Steaua Nordului – viziunea unei vieți mai bune
 - Obiective pozitive și realizabile care pot fi atinse în intervalul de timp stabilit (12-24 luni)
 - Cum este viața acum (comparativ cu modul în care persoana și-ar dori să fie)

- Pe cine trebuie să angrenăm pentru sprijinirea persoanei ca să își îndeplinească obiectivele
- Ce trebuie NOI să facem pentru a fi suficienți de puternici pentru a ne îndeplini obiectivele pozitive și realizabile?
- La jumătate de drum – Ce trebuie făcut la jumătatea drumului ca să ne atingem obiectivele? (în funcție de cadrul temporal stabilit, există posibilitatea să fie nevoie de mai mulți pași ce trebuie parcurși la jumătatea drumului)
- Trei luni – ce trebuie îndeplinit în trei luni
- O lună – ce trebuie îndeplinit într-o lună
- Primul pas – care sunt primele lucruri care trebuie întreprinse în următoarele 24-48 de ore pentru a ne porni pe calea schimbării
- PATH este un vehicul al unei ascultări profunde (o oportunitate și o modalitate de a pune întrebări), creativității, colaborării, construirii angajamentului și al comunității.
- Descrierea grafică a PATH (rezultatul aplicării metodei este un astfel de desen)



Surse: <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>; Regional SEN Transition to Employment Initiative (2012); Sanderson et al. (2004: 116); PATH & MAPS Handbook ©Inclusion Press 2010, p. 68. Disponibil la: <https://inclusion.com/path-maps-and-person-centered-planning/path/>.

Notă: În urma unei analize de context a stării serviciilor și a reformei în România, MAPS a fost identificată drept principala metodă de planificare centrată pe persoană care ar putea fi utilizată pentru demararea procesului, urmată de PATH. Formarea în planificare centrată pe persoană prevăzută de Strategia Națională (HG nr. 490/2022) poate include, totuși, și alte metode, precum Essential Lifestyle Planning (ELP).

Temele discuțiilor din cadrul întâlnirilor cercului includ istoricul de instituționalizare a persoanei, felul în care aceasta își dorește să trăiască în comunitate (aspecte legate de locuire, ocupare, rețele sociale etc.), nevoile medicale, de îngrijire și de sprijin, tipuri de implicare în comunitate, rețeaua de suport etc. În cazul celor care își doresc să locuiască cu familia, discuțiile vor viza relația lor cu familia (frecvența și natura interacțiunii) și vor declanșa, cu acordul persoanei, activitatea de evaluarea a nevoilor familiei efectuată de asistentul social al centrului rezidențial. Persoanele cu dizabilități psihosociale sau cu afecțiuni din sfera sănătății mintale, dacă doresc, vor fi sprijinite în dezvoltarea unei secțiuni (*directivă anticipativă*) dedicate gestionării perioadelor dificile și momentelor de criză - Caseta 15.

Caseta 15. Aspecte ale unei directive anticipative

Directiva anticipativă este, conform Comitetului CDPD, o formă de sprijin în luarea deciziei prin care persoanele cu dizabilități își pot exprima dorința și preferințele pentru a fi respecta la o dată la care s-ar afla în poziția de a nu-și putea comunica dorințele altor persoane. Data la care directiva se declanșează sau se sistează este decisă de persoană și inclusă în textul directivei, și nu poate fi decisă de alte persoane pe baza evaluării lipsei de capacități mintale a persoanei (Comitetul CDPD, 2014, alin. 17).

Directiva acoperă aspecte privind factorii declanșatori ai momentelor dificile pentru persoană și acțiunile care ar trebuie întreprinse, printre altele:

- Primele semne de disconfort și suferință (evenimente semnificative care pot crea stres crescut și pot declanșa începutul unei crize)
- Strategii de prevenire a crizei și intervenție timpurie care au funcționat anterior
- Strategii pentru răspunsul la criză și stabilizare
- Tratamente acceptabile și inacceptabile care au funcționat sau nu au funcționat în trecut și indicații specifice pentru interacțiunea cu persoana în situație de criză:
 - Persoanele de sprijin preferate în caz de urgență și persoanele pe care persoana NU dorește să le implice în acest fel de momente: nume, prenume, date de contact, legătura lor cu persoana.
 - Servicii de sprijin utile în momente dificile, de criză, și servicii de evitat în acest fel de momente.
 - Medicația de preferat și de evitat. Medicamente la care persoana este alergică.
 - Nevoi speciale ale persoanei de care trebuie ținut cont: aspecte ce țin de sănătate și siguranță, nevoi spirituale, culturale; nevoi alimentare, dietetice, alergii alimentare etc.
 - Acțiuni și situații care ar putea agrava o criză.
 - Modalități de reacție în cazul în care persoana este în pericol.
- Planificarea după momentul de criză.

A TREIA FAZĂ constă în elaborarea Planului de servicii pentru persoana cu dizabilități. Aceste servicii pot fi formale sau informale, în funcție de nevoile persoanei pentru a trăi independent în comunitate, și trebuie să acopere toate dimensiunile vieții: locuire, ocupare, educație și sănătate sau cele care țin de participarea la viața socială și publică, culturală și recreativă și accesul la alte servicii destinate populației generale. Aceste nevoi sunt specifice fiecărei persoane: de exemplu, unele vor avea nevoie de tehnologii și dispozitive asistive sau de sprijin pentru accesibilizarea locuinței, altele de îngrijire la domiciliu, recuperare fizică sau sprijin în luarea deciziei și facilitarea independenței.

Managerul de caz este responsabil de elaborarea Planului de servicii. Acesta va identifica serviciile de care poate beneficia persoana pe baza nevoii de servicii de sprijin identificate în secțiunea **NECESARUL DE SPIJIN PENTRU O VIAȚĂ INDEPENDENTĂ** din Planul Individual. În acest scop, managerul de caz se va folosi de harta de servicii la nivelul comunității pusă la dispoziție de către DGASPC sau de alte informații relevante și va completa Planul de servicii (conform **ANEXEI B1 – SECȚIUNEA 2: NECESARUL DE SPIJIN PENTRU O VIAȚĂ INDEPENDENTĂ**). În situația în care serviciile de care are nevoie persoana pentru a trăi independent în comunitate nu există încă, această informație va fi indexată de managerul de caz în raportul integrativ de servicii la nivelul centrului pentru a fi folosită întru dezvoltarea noilor servicii în comunitate. Pe măsură ce serviciile vor fi dezvoltate, managerul de caz va completa în Planul de servicii date despre tipul și profilul serviciilor, și va continua să actualizeze acest instrument pe toată perioada de monitorizare post-transfer.

Planul de servicii detaliază toate serviciile și tipurile de sprijin necesare, cât și etapele referitoare la mutarea în comunitate și sprijinul furnizat în acest proces. Acesta trebuie:

- Să reflecte preferințele persoanei;
- Să asigure faptul că persoana și-a ales mediul în care locuiește, că acesta este incluziv și îi sprijină accesul la viața în comunitate, include oportunități de căutare a unui loc de muncă și se bucură de un mediu de lucru integrat, participă la viața comunității și oferă controlul asupra resurselor personale și accesul la alte servicii în egală măsură cu alți membrii ai comunității;
- Să reflecte nevoile de bază și cele de sprijin, așa cum au fost identificate în urma discuțiilor colective cu persoana;
- Să includă obiective și rezultate așteptate;
- Să reflecte serviciile și tipurile de sprijin (plătite și neplătite), inclusiv servicii de sprijin în luarea deciziilor, precum și furnizorii acestor servicii, care vor ajuta persoana și familia acesteia să atingă obiectivele identificate;
- Să reflecte orice factor de risc, dar și măsurile de a le atenua, inclusiv planuri de contingență (de exemplu, de relocare urgentă), atunci când este necesar;
- Să fie ușor de înțeles. Planul trebuie să fie redactat într-un limbaj simplu și să fie accesibil persoanelor cu dizabilități și celor cu o cunoaștere limitată a limbii române (prin intermediul reprezentărilor grafice, înregistrărilor audio etc.);
- Să identifice persoana și/sau entitatea responsabilă cu monitorizarea planului;
- Să fie completat și convenit, cu consimțământul informat al persoanei în cauză, în scris, și semnat de toate persoanele și furnizorii responsabili de punerea sa în aplicare;
- Să fie distribuit persoanei și altor persoane implicate în elaborarea și implementarea planului;
- Să includă servicii autodirecționate, în care persoana decide cum, unde și de la cine le vor fi furnizate serviciile și sprijinul;
- Să prevină furnizarea de servicii inutile sau necorespunzătoare.

A PATRA FAZĂ constă în stabilirea coordonatelor **Planului de Contingență** de către facilitator, cercul de sprijin și managerul de caz, împreună cu persoana. Planul de contingență își propune să atenueze potențialele riscuri identificate ca fiind asociate cu diferite dimensiuni ale vieții în comunitate, de exemplu, privind locuirea, serviciilor medicale, tehnologiilor asistive, gestiunea banilor, transport, dinamici familiale, ocupare, riscurile de sănătate care țin de afecțiuni cronice sau administrarea medicamentelor, prevenirea izolării etc. Conținutul planului de contingență trebuie să identifice: (1) toate riscurile la care ar putea fi expusă persoana; (2) planul de prevenire/minimizare a acestora; (3) planul de rezervă în situația în care aceste strategii eșuează; cât și (4) persoanele de contact în astfel de situații. Planul de contingență trebuie actualizat pentru a reflecta soluțiile identificate în comunitate care corespund dorințelor și nevoilor persoanei. Angajații serviciilor în comunitate cu care va interacționa persoana cu dizabilități trebuie să fie familiarizați cu conținutul Planului de contingență.

Toate persoanele care au trăit în instituții se pot confrunta cu riscuri. Tranziția spre viața independentă în comunitate poate reprezenta, în anumite situații, un factor de stres, deoarece presupune modificarea radicală a mediului de viață al persoanei și expunerea ei la situații noi care necesită acces la sprijin adecvat și prompt. Cu toate acestea, evaluarea riscurilor nu trebuie să fie exacerbată în detrimentul oportunităților. În tranziția către comunități, persoanele încep să trăiască într-un mediu natural și au oportunitatea de a trăi o viață normală, de a câștiga experiențe noi și interesante, de a-și dezvolta potențialul, de a lua decizii și de a-și asuma responsabilități. În plus, riscurile asociate factorilor de stres ai tranziției către o viață în comunitate sunt în general mult mai mici decât vulnerabilitățile vieții instituționalizate, acestea din urmă declanșând adesea abuzuri, un nivel inadecvat de sprijin și încălcări ale drepturilor cu privire la dizabilitate și drepturilor omului. Gestionarea oricărui risc începe prin a afla ce este important pentru persoana cu dizabilități în procesul său de tranziție la viața în comunitate. Adesea, riscul este diminuat

semnificativ atunci când managerul de caz înțelege preferințele și nevoile persoanei și identifică cele mai bune mijloace pentru a-i oferi sprijin. În gestionarea riscurilor, managerii de caz împreună cu echipa de coordonare vor lua în considerare următoarele aspecte:

- Cu cât persoana cu dizabilități este mai izolată, cu atât mai mare va fi riscul de abuz, neglijare sau exploatare din partea celor care o vor sprijini sau îngriji într-un mediu nou de viață (cum ar fi un îngrijitor, vecin sau coleg de apartament), deoarece acesteia îi lipsesc cunoștințele sau deprinderile de a conștientiza abuzul sau îi poate fi teamă să reclame o conduită neadecvată. În mod similar, cu cât persoana a petrecut mai mult timp în instituții, cu atât poate fi necesar să se acorde un sprijin mai intens pentru a împuternici persoana;
- Frica este adesea principalul motiv pentru impunerea unor restricții unei persoane, ca răspuns la riscul perceput; în cazul membrilor familiei, este vorba de teama de vătămare fizică sau emoțională, în cazul furnizorilor de servicii publice sau private, există, de asemenea, teama de litigii, sancțiuni și/sau presă negative;
- Managerul de caz și echipa care furnizează servicii în comunitate nu ar trebui să adopte decizii care restricționează libertatea persoanelor cu dizabilități.

Managerii de caz se vor confrunta cu mai multe provocări:

- A sprijini persoanele dezinstituționalizate să gestioneze riscurile care apar în viața de zi cu zi, să dețină controlul, sprijinindu-le și învățându-le cum să ia decizii.
- A recunoaște și reduce riscurile create prin procesul de dezinstituționalizare atunci când persoanele de sprijin sau îngrijitorii vor exercita control asupra vieții persoanelor cu dizabilități. Managerii de caz vor trebui să observe reacțiile persoanelor cu dizabilități la mediul înconjurător și să ia măsuri pentru a garanta că persoanele cu dizabilități pot lua decizii privind propria viață. În special persoanele cu dizabilități grave se pot găsi în situația de a nu avea control asupra locuinței, cu cine și cum să trăiască, ce obiecte să dețină în casă sau nu.
- Atunci când persoanele cu dizabilități vor fi nemulțumite de viața pe care o au și nu au control asupra acesteia, managerii de caz vor trebui să le asculte îngrijorările, sentimentele și dorințele. Managerii de caz vor trebui să sprijine persoana cu dizabilități să facă schimbările necesare, în timp ce riscurile, o parte a vieții obișnuite, sunt diminuate.

Revizuirea Planurilor individuale

Planul Individual va fi revizuit pe tot parcursul perioadei de tranziție cu implicarea cercului de sprijin ori de câte ori apar modificări cu privire la obiectivele și dorințele persoanei, dar și la sprijinul disponibil în comunitate. Astfel, aceste modificări pot apărea atât în secțiunea planului care conține viziunea de viață a persoanei, cât și în Planul de servicii sau în cel de contingență. Persoana poate oricând declanșa revizuirea planului. Pe lângă modificări ad-hoc ale planului, acesta din urmă trebuie revizuit cel puțin o dată la trei luni, dacă persoana nu este transferată în comunitate înainte de acest termen. Fiecare modificare a planului va fi înregistrată corespunzător cu următoarele informații:

- Aspectul sau problema care a declanșat revizuirea Planului individual;
- Procesul de revizuire a planului, inclusiv detalii cu privire la implicarea cercului de sprijin sau a altor persoane și furnizarea de sprijin în luarea deciziei (dacă este cazul);
- Modalitatea în care a fost asigurată planificarea centrată pe persoană și dacă revizuirile reflectă dorințele persoanei;
- Descrierea tuturor aspectelor din plan care au fost revizuite (inclusiv cele de la nivelul planului de contingență);
- Consimțământul informat al persoanei.

4.2. Pregătirea comunității

4.2.1. Identificarea și pregătirea locuințelor în comunitate

Identificarea, finanțarea și alocarea soluțiilor de locuire

Asigurarea accesului egal al persoanelor cu dizabilități la servicii de locuire reprezintă o prioritate. Dreptul la locuire este un drept distinct care trebuie realizat prin asigurarea unui fond de locuințe sau de resurse financiare disponibile și ușor de accesat pentru implementarea Planurilor individuale.¹⁵ Locuirea se va realiza în contexte obișnuite, la casă sau bloc, fără ca persoanele cu dizabilități să fie nevoite să locuiască laolaltă în același spațiu, în același bloc sau în cartiere destinate sau construite special pentru cazarea acestora. Locuințele persoanelor cu dizabilități trebuie să fie dispersate în comunitate, să nu fie grupate toate pe aceeași scară de bloc sau curte, trebuie să aibă dotările necesare, să fie bine conectate la alte servicii din comunitate și să poată fi ușor accesate cu mijloacele de transport în comun, la o distanță acceptabilă de magazine alimentare, piață, spitale, școli etc. Există riscul ca abordarea și cultura instituțională să fie replicate și în servicii de dimensiuni mai mici, fiindcă segregarea și excluziunea socială pot să apară și în comunitate, în cadrul unui apartament, spre exemplu.

Lipsa de locuințe adaptate, adecvate, la prețuri accesibile și sigure poate fi o barieră majoră în calea tranziției persoanelor cu dizabilități în comunitate. Accesul la locuințe este esențial pentru traiul independent în comunitate, iar acesta trebuie asigurat separat de serviciile de sprijin în comunitate. Listele de așteptare pentru locuințe sunt adesea foarte lungi. În unele cazuri, persoanele cu dizabilități pot rămâne în centre rezidențiale doar pentru că nu există alte alternative de locuire. În astfel de cazuri, centrele devin, în esență, adăposturi. Managerul de caz va stabili necesarul de locuințe, împreună cu Coordonatorul de plan, care colectează necesarul de locuire în fișa NECESARUL DE SPRIJIN PENTRU O VIAȚĂ INDEPENDENTĂ, E. NEVOI LEGATE DE LOCUIRE (cu număr și tip de locuințe, inclusiv cele existente, dar care au nevoie de accesibilizare sau subvenționare a chiriei) pentru toate persoanele cu dizabilități din centru, prin centralizarea dorințelor și nevoilor lor în funcție de informația furnizată de managerul de caz din Planul Individual (unde, cum și cu cine își dorește să locuiască persoana).

În ce privește persoanele cu dizabilități care caută să închirieze o locuință în comunitate, fiecare județ va avea o rețea de locuințe incluzive, gestionată de DGASPC și/sau alți furnizori publici sau privați, prin următoarele activități:

- Identificarea de locuințe care respectă criteriile de locuire incluzivă prin determinarea disponibilității de apartamente, garsoniere sau case de închiriat sau cumpărat în comunitate, inclusiv de către DGASPC, pentru a fi puse la dispoziția persoanelor dezinstituționalizate sau la risc de instituționalizare, în funcție de nevoile și preferințele acestora de locuire, prin închiriere directă de către persoanele cu dizabilități sau opțiunea de încheiere de contracte de furnizare de locuire într-o locuință care respectă criteriile de locuire incluzivă.
- Verificarea acestora conform setului de standarde de locuire incluzivă și identificarea nevoilor de îmbunătățire.
- Sprijinirea echipei de coordonare cu informații cu privire la stocul disponibil.

¹⁵ Exemple de tipuri de resurse materiale și financiare care pot asigura dreptul la locuire sunt: închirierea sau achiziționarea de locuințe, subvenții pentru locuire, vouchere pentru închirieri, locuințele sociale, fonduri pentru renovarea sau reamenajarea unei locuințe aflată în proprietatea rezidentului sau a familiei cu care va locui (în baza unui contract de închiriere, îngrijire etc.).

- În cazul existenței mai multor furnizori de locuire incluzivă (alți furnizori publici sau privați), DGASPC asigură coordonarea lor. De asemenea, este asigurată informarea Comitetului județean/local cu privire la necesarul de locuințe pentru toate centrele din județ/sectoare ale municipiului București.

Coordonatorul de plan transmite necesarul de locuire managerului/departamentului din DGASPC care gestionează rețeaua de locuințe incluzive pentru a identifica facilitățile de locuire disponibile pentru închiriere pentru fiecare persoană cu dizabilități, în funcție de nevoia identificată. În plus, managerii de caz sprijină persoanele cu dizabilități să depună cereri pentru locuințe sociale la primăria din comunitatea de destinație, cât și tuturor instituțiilor abilitate sau care pot oferi sprijin. Unii rezidenți pot avea locuințe în proprietate, alții se vor muta cu familia și nu vor avea nevoie de acest tip de sprijin.

În practică, **managerii de caz se vor confrunta cu o serie de provocări:**

- Dificultatea găsirii de locuințe suficiente, adecvate și la prețuri acceptabile, mai ales în zonele cu număr mare de cereri de locuințe înregistrate;
- Reticența proprietarilor de a închiria locuințe persoanelor cu dizabilități dezinstituționalizate;
- Reticența vecinilor sau a membrilor comunității de destinație;
- Lipsa locuințelor sociale, fond locativ insuficient nevoilor actuale, liste de așteptare la nivelul primăriilor.

Pentru a depăși aceste provocări, pot fi realizate: pilotarea de forme inovative de locuire (locuire partajată, spre exemplu, pentru sprijin reciproc); renovarea locuințelor existente în stare avansată de degradare; reconversia spațiilor locative neutilizate; solicitarea implicării dezvoltatorilor imobiliari (spre exemplu, un anumit procent din complexele rezidențiale poate fi dedicat locuirii sociale); și construirea de locuințe sociale și investiții în programul ANL.

Persoanele cu dizabilități trebuie să vadă locuința și să își cunoască eventualii colocatari înainte de a alege să se mute. De asemenea, trebuie să poată adresa întrebări cu privire la condițiile de locuire și la ce impact va avea mutarea într-un anumit spațiu asupra propriei vieți (implicații financiare, vecinătate, colegi de locuire, tipul și intensitatea sprijinului necesar etc.).

Atunci când procesul de selecție a soluțiilor de locuire este finalizat pentru fiecare persoană cu dizabilități din centru, coordonatorii de plan și managerii de caz vor completa o situație sintetică care să includă următoarele liste de informații:

- Număr de locuințe din mediul urban și rural, dezagregate pe tip: garsonieră, apartament cu 2, 3 sau 4 camere sau imobil cu un anumit număr de camere;
- Locuințe care trebuie adaptate/amenajate, care sunt închiriate/cumpărate și/sau în proprietatea familiei sau a persoanei cu dizabilități, în funcție de ceea ce este necesar pentru a le adapta/amenaja;
- Locuințe în funcție de modul în care vor fi acoperite cheltuielile cu chirie și întreținere (cele pentru care persoanele cu dizabilități pot să acopere un procent din cheltuieli, cele pentru care persoanele trebuie sprijinite să beneficieze de locuire);
- Locuințe oferite prin intermediul furnizorilor privați de servicii sociale.

Multe persoane pot avea nevoie de sprijin în ceea ce privește locuirea. Managerul de caz alături de echipa de coordonare, se vor asigura că persoana beneficiază de acest sprijin într-un mediu securizant, în care persoanei îi este respectată intimitatea. În plus, se va verifica: existența unor sisteme de prevenire a riscului și garantarea siguranței persoanei în locuință; că există relații de bună vecinătate; că persoana beneficiază de sprijin pentru mentenanța locuinței și realizarea micilor reparații, gestionarea bugetului, și beneficiază de sfaturi și sprijin pentru o viață independentă, de sprijin emoțional și social, este încurajată să participe la viața comunității, este sprijinită să își gestioneze conflictele/relațiilor negative, și altele, în funcție de nevoi.

**Atenție!**

- Comunitatea de destinație este comunitatea în care persoana preferă să se mute. Nu este în mod obligatoriu comunitatea în care este situat centrul rezidențial, nici cea din care persoana provine.
- Înainte de a alege să se mute într-o locuință incluzivă, persoanele cu dizabilități trebuie:
- Să viziteze și să-și aleagă localitatea și locuința.
- Să aleagă cu cine doresc să locuiască. Rezidenții din centre diferite din același județ sau județe diferite pot dori să se mute în aceeași localitate. În această situație, managerii de caz se vor coordona și le vor facilita întâlnirea, pentru a vedea dacă este fezabil să locuiască împreună. Comitetul județean va centraliza la nivel de județ Fișa necesarului de locuire din care va reieși această informație și va sesiza Comitetul județean din alte județe dacă există dorința de a locui într-o localitate din alt județ.
- Să adreseze întrebări cu privire la locuire și la impactul mutării într-un anumit spațiu asupra propriei vieți (implicații financiare, vecinătate, colegi de locuire etc.).
- Să își amenajeze, mobilize sau să își aranjeze locuința.

Locuirea incluzivă

Locuirea în comunitate a persoanelor cu dizabilități trebuie să le faciliteze participarea deplină la viața în comunitate. Soluțiile de locuire trebuie astfel să respecte niște standarde de locuire incluzivă în comunitate, care să includă principiile alegerii și controlului, separarea furnizării locuirii de servicii de sprijin, amplasarea în comunitate și în imobile în care locuiește și restul populației. Locuințele trebuie să fie adaptate, accesibile, sustenabile și sigure, iar locuirea trebuie gestionată doar conform preferințelor persoanelor și cu participarea lor.

Caseta 17: Principii de locuire pentru comunități incluzive

1. Drepturi. Persoanele cu dizabilități au aceleași drepturi la locuință și asistență precum restul comunității și sunt încurajate și sprijinite să își exercite aceste drepturi.

Locuințele trebuie:

- Să fie concepute pentru persoane de diferite vârste și abilități.
- Să le permită oamenilor să îmbătrânească la locul lor și să trăiască în locuința lor în toate etapele vieții, pe măsură ce nevoile lor se schimbă.
- Să permită vizitele familiei și a prietenilor, indiferent de vârstă sau de dizabilitate.
- Să garanteze că persoanele cu dizabilități pot accesa aceleași oportunități de locuire precum ceilalți și că nu sunt obligate sau constrânse să accepte o anumită formă de locuire.

2. Control. În cazul în care o persoană are nevoie de sprijin la domiciliu, furnizarea și gestionarea locuinței sale ar trebui să fie separate de furnizarea și gestionarea sprijinului plătit. Acest lucru va asigura o mai mare siguranță a locuinței. Locuirea trebuie:

- Să asigure că nicio organizație (autoritate/serviciu) nu are un nivel de influență nejustificat asupra vieții unei persoane.
- Să permită unei persoane să își aleagă furnizorul de sprijin și să își schimbe modalitățile de sprijin, fără ca acest lucru să îi afecteze locuința și viceversa.
- Să asigure că rezidenții își pot exercita drepturile de chirie asupra locuinței lor.
- Să fie, în primul rând, casa unei persoane și nu să arate sau să fie conceput ca un loc de muncă pentru personalul de servicii/de sprijin plătit.

3. Alegere. Persoanele cu dizabilități au posibilitatea de a alege unde locuiesc, cu cine locuiesc și cine vine în casa lor și când, în loc ca acest lucru să fie determinat de furnizor. Locuințele trebuie:

- Să reflecte circumstanțele individuale, inclusiv preferințele culturale și geografice/locale.
- Să maximizeze inovația și viabilitatea, prin atragerea și valorificarea diferitelor surse de finanțare.
- Să cuprindă o varietate de tipuri de locuințe (locuințe sociale, locuințe private de închiriat și locuințe ocupate de proprietari).
- Să fie promovate printr-o varietate de canale, astfel încât persoanele cu dizabilități să poată lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la soluția de locuire care să răspundă cel mai bine nevoilor și preferințelor lor.

4. Incluziune. Locuințele adecvate oferă căi de acces la independență și permit participarea socială și economică prin alternative la locuințele de grup și la densitatea mare a persoanelor cu dizabilități. Locuințele trebuie:

- Să fie casa unei persoane, nu o facilitate, și să reflecte designul general tipic și amenajarea locului care se regăsește în comunitate, asigurându-se că locuințele nu sunt diferite sau speciale.
- Să facă parte din comunitate și să fie aproape de facilități și servicii.
- Să încurajeze un amestec de rezidenți cu și fără dizabilități în cadrul unui ansamblu de locuințe sau al unui bloc de apartamente și să descurajeze dezvoltarea de locuințe de grup.
- Să se alinieze la obiectivele și principiile designului universal și să includă tehnologii de asistență, dacă este cazul, fiind în același timp suficient de flexibile pentru a putea fi alocate sau vândute persoanelor cu dizabilități.”

Sursa: <https://www.chde.qld.gov.au/about/initiatives/housing-principles-inclusive-communities>

Serviciile în comunitate și soluțiile de locuire trebuie să fie evaluate pentru a asigura că reflectă principiile „housing first” („locuirea înainte de toate”).¹⁶ Trebuie avut în vedere că toate persoanele au dreptul să trăiască în securitate, pace și demnitate:¹⁷

- Locuința este un drept al omului.
- Alegerea și controlul le au persoanele care trăiesc în locuință.
- Locuința și celelalte servicii sunt chestiuni separate (accesul la locuință nu este condiționat de furnizarea altor servicii).
- Sprijinul oferit este flexibil și disponibil, atât cât este necesar.
- Siguranța juridică (protecție împotriva evacuării forțate, a hărțuirii de către proprietari).
- Accesibilitatea (costurile locuirii trebuie să fie rezonabile).
- Starea locuinței (stare adecvata din punct de vedere al reparațiilor necesare etc.).
- Disponibilitatea utilităților (infrastructura necesară: salubritate, iluminat, încălzit etc.).
- Localizare (în comunitate, cu acces la serviciile necesare, în locuri sigure și accesibile).
- Permite persoanelor să trăiască în moduri care să nu le afecteze posibilitatea de a-și exprima identitatea culturală.
- Evită suprareglementarea.

Beneficii alocate pentru locuirea în comunitate

Mutarea în locuințe din comunitate necesită acoperirea costurilor aferente transferului și locuirii. Unele persoane cu dizabilități dispun de anumite venituri din care pot acoperi o parte din chirie și/sau întreținere, altele se vor muta în locuințe deținute de familie, dar care vor necesita anumite îmbunătățiri și contribuție la costuri de întreținere. Cea mai mare parte, însă, nu își vor permite plata regulată a chiriei sau întreținerii. De asemenea, și transferul atrage anumite costuri legate de procesul de mutare și asigurarea celor necesare pentru un trai decent (precum racordarea

¹⁶ Pleace (2016).

¹⁷ OHCHR (2014).

la utilități, garanții pentru plata chiriei, sau cumpărarea consumabile de uz casnic). Persoanele cu dizabilități vor putea solicita, cu sprijinul managerului de caz, beneficii care să acopere aceste cheltuieli.

Pentru unele persoane ar fi putut fi evitată instituționalizarea dacă li s-ar fi alocat un beneficiu (de exemplu, dacă un membru al gospodăriei s-a îmbolnăvit sau în caz de dezastre naturale, accidente casnice, necesitatea unei investiții în gospodărie etc.). În aceste situații, persoanele la risc de instituționalizare vor fi îndrumate către componenta de criză a beneficiului de tranziție.

Caseta 18: Beneficii alocate pentru locuirea în comunitate potrivit Legii nr.7/2023 Beneficiul	Ce reprezintă
Beneficiu pentru locuire	Sumă de bani acordată de la bugetul de stat sau din fonduri externe nerambursabile sub formă de indemnizație lunară persoanei adulte încadrate în grad de handicap grav, accentuat sau mediu, în baza evaluării nevoilor individuale de viață în comunitate, în vederea administrării unei locuințe de către aceasta; include plata chiriei pentru locuințele închiriate din mediul privat sau din fondul de locuințe sociale, plata asigurării împotriva dezastrelor naturale, a serviciilor de utilități publice și a reparațiilor curente.
Beneficiu de tranziție	sumă de bani acordată ori de câte ori situația o impune, de la bugetul de stat sau din fonduri externe nerambursabile, persoanei adulte cu dizabilități, pentru prevenirea instituționalizării acesteia sau pentru pregătirea transferului dintr-un centru rezidențial în comunitate, în baza evaluării nevoilor individuale de viață în comunitate ale acesteia; acoperă costuri de reparații, lucrări de adaptare a locuinței, achiziție a consumabilelor de uz casnic, mutare a bunurilor personale, transport, contractare de servicii necesare, de tip: igienizare, instalare de utilități, plata serviciilor sociale de care beneficiază în comunitate și alte cheltuieli necesare traiului independent sau în situații de urgență/criză.

Adaptarea locuințelor

Adaptarea locuințelor la nevoile persoanei cu dizabilități înainte de mutarea acesteia este esențială. Acest demers poate include modificări sau îmbunătățiri ale mediului său de viață pentru a-i asigura sănătatea, bunăstarea și siguranța și pentru a-i permite să funcționeze cu o mai mare independență în casă sau pentru a preveni instituționalizarea. Toate modificările trebuie să fie eficiente din punct de vedere al costurilor. Modificările sau îmbunătățirile la domiciliul persoanei cu dizabilități pot include, dar nu se limitează la următoarele:

- Instalarea sau construirea de rampe
- Instalarea de bare de sprijin și alte echipamente medicale ca parte a unui proiect mai amplu de modificare a locuinței
- Lărgirea ușilor
- Modificarea băilor
- Modificarea bucătăriilor
- Instalarea de sisteme electrice și sanitare specializate pentru echipamentele și consumabilele medicale necesare

- Amenajarea locuinței pentru a preveni accidentările (de exemplu, înlocuirea aparatului de gătit pe gaz cu o plită cu inducție care nu pune în pericol siguranța persoanei).

Costul verificării gradului de accesibilizare va trebui estimat și inclus în Planul de dezinstituționalizare al centrului rezidențial. Unele cheltuieli asociate cu verificarea pot include: experți în evaluare, arhitecți, ingineri în amenajări, obținerea unor avize de la pompieri etc. După consultarea și implicarea directă a persoanelor cu dizabilități (prin vizitarea spațiilor de locuit, furnizarea de informații concrete cu privire la adaptări etc.) și pe baza datelor colectate în Planurile individuale, se va stabili necesarul de resurse financiare, materiale și umane pentru accesibilizarea spațiilor de locuit. Persoanele cu dizabilități transferate din instituții rezidențiale în comunitate sau care se află în risc de instituționalizare, cu sprijin din partea managerilor de caz, vor putea apela la fonduri dedicate adaptării locuințelor (închiriate, în proprietate sau cele familiale) și a căilor de acces ale acestora. Alte pregătiri sau amenajări ale spațiului se fac în același timp, prin intermediul beneficiului de tranziție – componenta de transfer, descris în Caseta 18.

4.2.2. Planificarea și dezvoltarea serviciilor în comunitate

Stabilirea necesarului de servicii

Serviciile din comunitate trebuie să fie complementare și diverse. Acestea trebuie să implice diferiți actori din comunitate (din mediul public, privat, parteneriate public-private, indivizi, grupuri informale etc.) și de la diferite nivele (local, județean, național), să țină de toate sectoarele cu responsabilități în acordarea de sprijin (locuire, sănătate, social, infrastructură și dezvoltare urbană, educație, ocupare etc.) și să mobilizeze atât resurse de sprijin formale, cât și informale. Asigurarea unei vieți independente și a includerii în cadrul comunității necesită un acces corespunzător pentru persoanele cu dizabilități la serviciile și facilitățile destinate populației în general. Art. 19 al CDPD stipulează faptul că includerea în comunitate și realizarea dreptului la viața independentă presupun ca serviciile și facilitățile din comunitate pentru populația generală să fie în aceeași măsură disponibile și să răspundă nevoilor persoanelor cu dizabilități.

Nevoile de sprijin pot diferi semnificativ odată ce persoanele cu dizabilități vor face tranziția la viața în comunitate. Prin urmare, este necesară reevaluarea nevoilor în cadrul unui proces continuu de planificare centrată pe persoană fiindcă este posibil să apară schimbări în una sau în mai multe dintre următoarele dimensiuni: (1) sprijin pentru acoperirea nevoilor de îngrijire personală și pentru activitățile cotidiene de bază; (2) sprijin pentru acoperirea nevoilor din gospodărie; (3) sprijin pentru activitățile de participare activă, socială și economică, inclusiv serviciile pentru luarea deciziilor și de mediere și acces pe piața muncii; și (4) sprijin pentru îngrijitori și asistenți formali/informali.

Evaluarea necesarului de servicii pentru persoanele cu dizabilități se va realiza pe baza informațiilor cuprinse în Planul Individual. Coordonatorul de plan, împreună cu persoana cu dizabilități, managerii de caz DGASPC și prin colaborarea cu SPAS-uri și primării, vor căuta cele mai bune servicii în comunitate care să răspundă aspirațiilor, dorințelor, nevoii și alegerii persoanei. Managerii de caz vor informa și consulta persoanele cu dizabilități în tot procesul de stabilire a necesarului de servicii în comunitate. Managerii de caz și Coordonatorul de plan vor stabili numărul, localizarea și tipul de servicii necesare și le vor centraliza în FIȘA SINTETICĂ A NECESARULUI DE SERVICII ÎN COMUNITATE, care conține toate nevoile la nivelul fiecărui centru. Rezultatele vor fi prezentate DGASPC și Comitetului județean pentru o analiză coordonată a nevoii de servicii la nivelul județului (în cazul existenței mai multor centre în curs de dezinstituționalizare).

Caseta 19: Tipuri de servicii în comunitate

Serviciile în comunitate sunt esențiale atât pentru dezinstituționalizare, cât și prevenirea (re)instituționalizării. Pot fi dezvoltate de DGASPC, autorități locale sau furnizori privați, în baza standardelor minime de calitate. În prezent (aprilie 2024) pot fi licențiate următoarele tipuri de servicii la nivel de comunitate: (1) servicii de asistență și suport; (2) servicii de echipă mobilă; (3) servicii de îngrijire la domiciliu; (4) servicii de asistență personală profesionistă; (5) centre de zi și centre de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu; și (6) centre de tip respiro și centre de criză.



Atenție!

Asigurarea serviciilor adecvate în comunitate este factorul de care depinde succesul dezinstituționalizării. Toate serviciile din comunitate – existente și nou dezvoltate – trebuie să fie pregătite, accesibile și funcționale înainte de tranziția persoanelor cu dizabilități din centrul rezidențial. Cu cât serviciile publice sunt mai accesibile unui grup larg de persoane (și nu doar celor cu dizabilități), cu atât mai mic este necesarul de servicii noi sau de servicii dedicate doar persoanelor cu dizabilități.

Identificarea și alocarea finanțării serviciilor

Coordonatorul de plan și Specialistul financiar, pe baza stabilirii necesarului de servicii în comunitate, țin cont de următorii itemi în identificarea surselor de finanțare și îi includ în Planul de dezinstituționalizare:

- Cum pot fi accesate fondurile publice naționale (program de interes național), din fonduri europene (precum POIDS sau alte fonduri ale Comisiei Europene) sau ale altor finanțatori.
- Care sunt finanțatorii sau donatorii privați care susțin viața în comunitate, formularele de solicitare de finanțare, data la care se depun aplicațiile și care este valoarea maximă nerambursabilă și cofinanțarea.
- Calcularea și defalcarea costurilor cu fiecare serviciu necesar (elaborarea unor studii de fezabilitate, costuri cu obținerea unei documentații specifice sau cu elaborarea proiectului, resurse umane, materiale etc.).
- Folosirea resurselor financiare rezultate prin valorificarea unor spații care vor rămâne nefolosite prin dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități;
- Cereri pentru realocarea bugetelor rămase necheltuite ca urmare a numărului mai scăzut de angajați și rezidenți.
- Încheierea de parteneriate cu furnizorii privați de servicii sociale, medicale, juridice, formare profesională, care pot acoperi costurile dezinstituționalizării prin activitățile bugetate în propriile proiecte.
- Parteneriate cu camere de comerț din străinătate, cu companii bancare, din industria IT, din domeniul transporturilor sau cu alte entități, prin care pot fi acoperite cheltuielile cu unele dintre serviciile necesare.
- Parteneriate cu alte autorități ale administrației publice locale sau centrale sau instituții de drepturile omului, pentru accesarea unor finanțări necesare achiziționării serviciilor destinate dezinstituționalizării.

Coordonatorul de plan va informa periodic Comitetul județean/local cu privire la statusul finanțărilor pentru serviciile necesare în comunitate. De asemenea, va lucra îndeaproape cu

specialistul în comunicare pentru a disemina nevoile pentru astfel de servicii. În funcție de nevoia identificată la nivelul județului, unele finanțări vor fi utilizate pentru a facilita tranziția rezidenților mai multor centre rezidențiale simultan.



Atenție!

- Pentru a asigura că România îndeplinește țintele asumate prin PNRR, anume, reducerea numărului de persoane cu dizabilități instituționalizate de la 16.911 persoane la 31 decembrie 2020, la 11.500 persoane la 30 iunie 2026, prin Strategia dezinstituționalizării se prevăd măsuri de îmbunătățire a circuitului financiar pentru procesul de dezinstituționalizare și prevenire a instituționalizării. Astfel, fondurile de la bugetul de stat alocate pentru centrele rezidențiale vor fi gradual transferate, începând cu anul 2024, către cheltuieli necesare pentru dezvoltarea și funcționarea serviciilor în comunitate. Acest transfer va fi realizat printr-o reducere anuală a finanțării de la bugetul de stat alocate centrelor rezidențiale, într-un quantum proporțional cu țintele stabilite la nivel național prin PNRR.

Stabilirea nevoii de personal pentru serviciile din comunitate și identificarea acestuia

Angajații din serviciile din comunitate trebuie să fie recrutați, instruiți sau să beneficieze de reconversie profesională. În realizarea acestei sarcini, Coordonatorul de plan va colabora cu întreaga echipă de coordonare și va fi susținut îndeaproape de specialistul în resurse umane. Persoanele cu dizabilități și reprezentanții sindicatelor vor fi consultați și implicați în acest proces.

În pregătirea dezinstituționalizării, se vor centraliza toate resursele umane necesare pentru:

(1) formarea personalului din centrele rezidențiale existente pentru a furniza sprijin adecvat atât pe perioada tranziției la viața în comunitate, cât și în noile servicii din comunitate; pe baza unui program de formare unitar și uniform utilizat la nivel național; (2) asigurarea noilor servicii dezvoltate în comunitățile de destinație cu angajați instruiți proveniți atât din centre cât și nou recrutați; (3) instruirea personalului din serviciile comunitare deja existente, pentru a asigura faptul că sprijinul pe care îl furnizează respectă abordarea centrată pe persoană; și (4) activitățile de pregătire a persoanelor cu dizabilități și a comunităților de destinație pentru tranziție.

Pentru o planificare eficientă a activităților legate de personalul de la nivelul centrului rezidențial, trebuie parcurși o serie de pași:

- Utilizarea modelului centrării pe persoană în planificarea parcursului profesional al angajaților centrului rezidențial.
- Specialistul în resurse umane trebuie să poarte o serie de discuții concluzive oneste cu fiecare angajat pentru luarea unei decizii referitoare la planul profesional viitor, cu participarea unui reprezentant al persoanelor cu dizabilități.
- Înainte ca angajații să fie transferați din centre în noile servicii din comunitate, trebuie să aibă loc următoarele: (1) identificarea nevoii de personal care să corespundă nevoilor și preferințelor persoanelor cu dizabilități; (2) formarea personalului în funcție de nevoile identificate; și (3) evaluarea competențelor înșușite.
- Dacă există decizia de a nu încadra un angajat în noile servicii, se identifică alte posibile soluții, precum sprijinul pentru reconversie profesională. Pentru identificarea celor mai bune soluții, vor avea loc consultări cu sindicatul și cu reprezentanții salariaților, în colaborare cu AJOFM.

În procesul de selecție și instruire a personalului cu experiență în sistemul rezidențial este esențial un nou model de sprijin al persoanei, care:

- Să nu relice practicile instituționale în noile servicii în comunitate, cum ar fi: (1) depersonalizarea; (2) lipsa controlului rezidenților asupra propriei vieți; (3) inabilitatea de a lua decizii; sau (4) relații de putere între personalul angajat și persoanele cu dizabilități; și
- Să asigure faptul că sprijinul oferit în centre pe perioada de tranziție este centrat pe persoane, pe a le construi abilitățile de viață independentă și pe integrarea lor în societate.

Trebuie alocat suficient timp pentru identificarea și formarea personalului care va lucra în serviciile din comunitate. Selecția și instruirea inițială are un impact real asupra calității vieții persoanelor sprijinite. În anumite județe sau localități sunt greu de găsit anumite categorii de personal, cu precădere persoane specializate în anumite tipuri de activități și forme de sprijin a persoanei, de exemplu, interpreți sau specialiști care acordă sprijin pentru luarea deciziei. În această privință, echipa de coordonare, DGASPC și partenerii săi, Comitetul județean, autoritățile locale, organizațiile neguvernamentale, universitățile, agențiile de formare profesională și specialiștii în comunicare vor juca un rol important pentru identificarea și atragerea resursei umane noi, și motivarea personalului din centre pentru a ocupa posturi noi. Personalul din centru trebuie să corespundă nevoilor exprimate de sprijin ale persoanelor cu dizabilități, în cadrul planificării centrate pe persoană, prin urmare decizia finală privind orientarea personalului către noile servicii este subsecventă momentului în care aceste nevoi devin cunoscute, ca urmare a procesului de planificare centrată pe persoană. În etapa de evaluare a resurselor umane, specialistul în resurse umane și Coordonatorul de plan vor trata cu atenție și sprijinul informal oferit de persoane apropiate, vecini, colegi, semeni, autoreprezentanți, și alții, care pot sprijini persoana în luarea deciziilor și organizarea activităților de zi cu zi, dacă aceasta își dorește și vor folosi această informație pentru a lua deciziile corespunzătoare privind personalul.

Asigurarea serviciilor de sprijin în comunitate va necesita un volum mai mare de personal specializat, per ansamblu. Cum procesul de planificare a dezinstituționalizării este ghidat de nevoile, voința și preferințele persoanelor cu dizabilități, necesarul de personal diferă semnificativ (în funcție de profesii, abilități, valori, roluri jucate în viața persoanelor cu dizabilități) de personalul de la nivelul centrului și al DGASPC-ului. Spre exemplu, cel mai probabil va fi nevoie de specialiști instruiți în metoda planificării centrate pe persoană (cum ar fi asistenți sociali, psihologi, consilieri vocaționali, terapeuți ocupaționali, asistenți personali etc.). În situația reședințelor dispersate în comunități, furnizarea unor servicii centrate pe persoană va solicita mai multe persoane, chiar dacă sprijinul este mai bine adaptat la nevoile persoanelor cu dizabilități. În același timp, în anumite servicii, va fi nevoie de un volum semnificativ mai mic de personal administrativ (cum ar fi bucătari, portari, spălătorese, șoferi, magazioneri, electricieni, fochiști etc.) decât cel existent în centru. Personalul care ocupă astfel de poziții în centrele rezidențiale poate, în schimb, să fie instruit să ofere sprijin în serviciile din comunitate. Gradual, aceste servicii vor putea să sprijine persoanele care se aflau pe listele de așteptare sau pe cele la risc de instituționalizare.

Stabilirea noii structuri de personal vizează, printre altele, asigurarea asistenței personale, a personalului de sprijin și abilitarea specialiștilor în servicii sociale, de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu dizabilități. Asistenții sociali, consilierii vocaționali, psihologii și alți specialiști din acest domeniu vor putea fi recrutați, de exemplu, în departamentul de management de caz pentru a furniza servicii pentru persoanele care fac tranziția către comunitate.

Echipa de coordonare și specialistul în resurse umane vor elabora Strategia de resurse umane. Aceasta va gestiona impactul schimbărilor și va stabili acțiunile concrete în ceea ce

privește recrutarea și formarea. Strategia va integra nevoile la nivel de județ. În pregătirea ei sunt indicate următoarele elemente:

- Semnarea unui acord cu sindicatul privind procesul de tranziție a personalului angajat.
- Implicarea liderilor de sindicat în promovarea procesului de tranziție.
- Implicarea altor specialiști în resurse umane de la nivelul DGASPC-ului.
- Analiza nevoilor de servicii reieșită din Planurile individuale, necesare pentru conceperea viitorului model de incluziune, care va indica necesarul de resurse umane.
- Implicarea personalului și a sindicatelor în consultări asupra Strategiei de resurse umane.
- Reconfigurarea/relocarea rolurilor dacă personalul lipsește.
- Analiza financiară a costurilor alocate resurselor umane conform strategiei.

Strategia de resurse umane include: (1) un plan de formare pentru întregul personal, cu un calendar al sesiunilor pentru fiecare persoană inclusă în plan; (2) un plan de recrutare a resurselor adiționale; (3) un plan de implementare graduală a tranziției personalului și identificarea unei reconfigurări etapizate, care corespunde calendarului tranzițiilor în comunitate; și (4) un plan de implementare a unui program de supervizare profesională a angajaților până la finalizarea tranziției.

Pentru a defini structura de personal din noile servicii, precum și cea din centre până în momentul în care toți rezidenți au realizat tranziția treptată către comunitate, trebuie stabilite:

- Calendarul formărilor cu privire la metoda planificării centrate pe persoană și cu privire la modul de aplicare a instrumentele utilizate în România pentru elaborarea Planurilor individuale.
- Schema de supervizare, în care fiecare dintre profesioniștii din centru sau din noile servicii are desemnat un supervizor.
- Calendarul evaluărilor angajaților cu privire la competențele dobândite în planificarea centrată pe persoană.
- Schema de monitorizare și evaluare a serviciilor oferite, din prisma modului în care au îmbunătățit calitatea vieții beneficiarilor.

Formarea personalului

Atunci când personalul necesar (existent sau nou recrutat) a fost identificat, **acesta trebuie instruit pentru a lucra în noile servicii în comunitate.** Reușita procesului de dezinstituționalizare depinde în mod semnificativ de tipul și calitatea instruirii personalului. Instruirea resurselor umane nu trebuie grăbită sau tratată superficial. Noul context de muncă presupune o cultură organizațională diferită, bazată pe incluziune și participare comunitară. Formarea trebuie să ia în calcul nevoia personalului de a înțelege noua cultură și a se identifica cu valorile pe care activitatea lor le va susține. Activitățile de instruire trebuie proiectate astfel încât să includă abordarea centrată pe persoană.

Programul de formare este esențial pentru îndepărtarea de vechiul model de îngrijire instituționalizată. În acest context, abordarea centrată pe persoană aduce o schimbare profundă de paradigmă, pentru aplicarea căreia este nevoie de instruire, de timp și efort susținut, de multe exemple practice și studii de caz, de expunere la alte moduri de a furniza sprijin.

Furnizarea formării trebuie să fie formalizată, unitară și să includă tot personalul, fie că activează deja în servicii din comunitate, provine din centrele rezidențiale sau este nou recrutat. În plus, formarea trebuie să implice persoanele cu dizabilități, experte prin experiență, alături de alți formatori profesioniști. Acolo unde este posibil, formarea trebuie să fie una oficială și recunoscută, furnizată de profesioniști acreditați din țară sau din străinătate, însă experiența practică și bunele rezultate trebuie să fie mai relevante în alegerea furnizorilor de formare decât

existența unor diplome și certificări. Specialistul în resurse umane răspunde de elaborarea și dezvoltarea planurilor de instruire inițială și continuă a personalului, în realizarea cărora se va consulta cu experți recunoscuți, din țară și străinătate. Toate activitățile de formare trebuie să fie prevăzute în Planul de dezinstituționalizare și trebuie bugetate corespunzător.

Formarea personalului trebuie să dezvolte competențe profesionale, care cuprind atât competențe generale, cât și specifice. Competențele generale sunt cele ce se referă la cunoștințele și abilitățile generale de care are nevoie un profesionist în toate contextele și tipurile de muncă care vizează servicii acordate persoanelor cu dizabilități. Spre exemplu:

Principiile CDPD; drepturile persoanelor cu dizabilități și prevederi legislative, naționale, europene, internaționale; abordarea socială și bazată pe drepturile omului a dizabilității; egalitate și diversitate; planificarea centrată pe persoană și sprijin centrat pe persoană.

Siguranța persoanelor cu dizabilități; prevenția și protecția împotriva abuzurilor, violenței la locul de muncă și în orice alte contexte.

Limitări și răspundere profesională; documentarea muncii (rapoarte, notificări, informări etc.); munca în parteneriat, apartenența la rețele de sprijin, alianțe.

Prevenirea epuizării la locul de muncă.

Competențele specifice descriu în detaliu modul propriu-zis de acordare a sprijinului.

Acestea reprezintă acele cunoștințe și abilități ce sunt necesare pentru a lucra eficient în anumite domenii sau cu persoanele cu dizabilități în anumite situații și depind în mare măsură de profilul și de nevoile persoanelor. Spre exemplu:

- Planificarea centrată pe persoană
- Sprijin activ, centrat pe persoană
- Autodeterminare și dreptul de a alege pentru propria viață
- Stereotipii și preconcepții față de persoanele cu dizabilități, în special intelectuale și psihosociale; Metode și programe de reducere a stigmei – atât din partea altor persoane, cât și a stigmei internalizate, pe care deseori persoanele cu dizabilități o dobândesc față de ele însele
- Mecanisme de dezvoltare de abilități de trai independent
- Sprijin în luarea deciziilor și autoreprezentare
- Concepte de echitate socială în lucrul cu persoanele cu dizabilități (oportunități egale, drepturi, alegeri)
- Dizabilitatea intelectuală, psihosocială, istoricul de traumă, retraumatizarea; efectele instituționalizării; înțelegerea problemelor complexe: afecțiuni din sfera sănătății mintale, dizabilitate intelectuală, consum de substanțe/dependențe (duble sau triple condiții pot fi prezente simultan)
- Gestionarea comportamentelor provocatoare și managementul situațiilor de risc; managementul conflictelor, tehnici de deescaladare
- Psihoeducație și dezvoltare psihoemoțională (pentru reglare și bunăstare emoțională, dezvoltarea toleranței la stres/frustrare, învățarea unor tehnici de mindfulness, siguranță, gestionarea diferitelor tulburări – de somn, abuz de substanțe etc.)
- Metode de validare
- Metode de comunicare nonviolentă
- Metode de identificare și prevenire a abuzului sau a neglijării
- Cod etic și pași de urmat în situații de dileme etice în sprijinirea adulților cu dizabilități

Un plan bun de formare include sesiuni practice. Trebuie folosite multe exemple și studii de caz (ce conferă profunzime și greutate aspectelor teoretice), mai ales în formarea celor care au lucrat anterior în instituții. Angajaților care au doar experiența muncii în centrele rezidențiale le este cel mai greu să vizualizeze cum sprijinul și îngrijirea – mai ales în cazul persoanelor cu dizabilități severe, profunde, complexe – pot fi furnizate în servicii mici, comunitare. În cadrul

formării, pentru a exersa planificarea centrată pe persoană, angajații vor aplica unul altuia diverse tehnici și instrumente centrate pe persoană.

Angajații trebuie să beneficieze de formare, sprijin și supervizare/forme de continue de supervizare. Formarea inițială trebuie să fie urmată de numeroase sesiuni de monitorizare, stimulare pozitivă, supervizare și sprijin individual, supervizare la locul de muncă, evaluare regulată pe bază de standarde de performanță, precum și de oportunități de a participa la programe de formare continuă minim o dată pe an. Acestea trebuie să răspundă, prin temele oferite, nevoilor diferite și în schimbare ale persoanelor cu dizabilități. Anumite aspecte (precum abuzul, neglijarea) necesită informări constante. Unele aspecte au suferit modificări importante în modul de abordare în sistemele de îngrijire mai avansate (gestionarea comportamentelor, tulburare de spectru autist etc.), iar angajații trebuie informați în cel mai scurt timp. În același timp, angajații pot fi invitați să propună teme relevante pentru activitatea lor. Formarea personalizată, la locul de muncă, trebuie să fie disponibilă și furnizată în funcție de solicitările angajaților din serviciile din comunitate sau de evaluarea persoanelor responsabile cu monitorizarea calității sprijinului acordat persoanelor cu dizabilități din comunitate.

Traitul independent în comunitate necesită și asigurarea accesului la servicii generale inclusiv prin formarea corespunzătoare a angajaților pentru a le furniza. Este necesară formarea pe teme de incluziune și adaptări rezonabile și pentru angajații serviciilor publice, cel puțin în domeniile: educație, sănătate, locuire, ocupare, transport, sport și servicii de agrement.



Verificați că...!

- Tot personalul a beneficiat de instruire în acord cu propriile opțiuni profesionale pentru viitor.
- Toți angajații serviciilor din comunitate au beneficiat de instruire inițială urmată de monitorizare post-transfer și sprijin individual, formare continuă, specializare și evaluare a performanței la intervale periodice pe întreaga perioadă de implementare a Planului de dezinstituționalizare.
- Bunele practici dezvoltate prin Planul de dezinstituționalizare sunt continuate pe termen lung, formarea personalului fiind una dintre acestea.
- Programele de formare și evaluare a serviciilor includ în toate etapele lor persoane cu dizabilități cu istoric de instituționalizare.
- Dacă DGASPC elaborează Planuri de dezinstituționalizare pentru mai multe centre rezidențiale, activitățile legate de personal trebuie să fie planificate și coordonate la nivel de județ și cu implicarea Comitetului județean.
- Personalul va beneficia de o comunitate de practică, organizată pentru a asigura schimbul de experiență, identificarea și promovarea celor mai bune practici și învățarea reciprocă.

Licențierea serviciilor

Licențierea serviciilor este necesară pentru a asigura cu promptitudine servicii de calitate persoanelor cu dizabilități în comunitate. În prezent, licențierea serviciilor presupune parcurgerea unui proces administrativ care include, conform legii, îndeplinirea standardelor minime de calitate aferente. Strategia națională își propune revizuirea standardelor mai multor servicii din comunitate destinate adulților cu dizabilități (servicii de asistență și suport, echipa mobilă, îngrijire la domiciliu, servicii de respiro), cu scopul de a asigura flexibilitatea furnizării

acestora într-un mod centrat pe persoană și sub controlul acesteia, încât să contribuie la sprijinirea unei vieți independente și să prevină segregarea și excluderea socială.

Pe fondul lipsei de servicii în comunitate pentru persoanele cu dizabilități și a lipsei de experiență și exemple de bună practică, furnizorii de servicii vor avea nevoie de sprijin în dezvoltarea și licențierea serviciilor. Una dintre măsurile Strategiei dezinstituționalizării prevede oferirea de sprijin din partea ANPDPD către furnizorii de servicii sociale pentru dezvoltarea și furnizarea de servicii de sprijin al vieții independente și integrării în comunitate, prin: (1) elaborarea și diseminarea de ghiduri privind tipurile de servicii pe care le pot dezvolta; (2) asigurarea informării privind dezvoltarea și furnizarea serviciilor sociale în acest sens; și (3) asigurarea de suport operațional continuu autorităților administrației centrale și locale și furnizorilor privați, în timpul dezvoltării serviciilor. La nivel local, DGASPC-urile și Comitetele județene vor sprijini furnizorii de servicii care vor dori să se acrediteze și/sau să-și licențieze serviciile cu sprijin tehnic pentru fiecare etapă, inclusiv privind obținerea avizelor și aprobărilor. Coordonatorul de plan și managerii de caz vor trebui să verifice că toate serviciile de care vor beneficia persoanele cu dizabilități care se vor muta în comunitate sunt licențiate conform legii și respectă standardele minime de calitate.

Evaluarea periodică și asigurarea sprijinului pentru familie

Atunci când în Planul Individual sunt menționați membrii de familie sau prieteni, managerul de caz, împreună cu asistentul social din primărie, vor contribui la formarea și menținerea unei relații de asistență cu aceștia. Cu acordul informat și în prezența persoanei dezinstituționalizate (dacă nu are altă preferință) vor stabili împreună gradul, tipul și momentul implicării în fiecare dintre activitățile din comunitate pe care persoana cu dizabilități dorește să le desfășoare și pentru care are nevoie de sprijin (activități de gestionare a locuirii, de participare la viața în comunitate, de accesare a serviciilor publice etc.). Managerul de caz, împreună cu persoana cu dizabilități și cu persoanele „împuternicite” să ofere un sprijin constant sau punctual (neremunerat), vor stabili și o listă de rezervă cu persoane care pot oferi sprijin atunci când persoana desemnată anulează sau are o urgență.

Managerii de caz și asistenții sociali din comunitate vor stabili o procedură de lucru care să le permită prevenirea și sesizarea cazurilor de abuz asupra persoanelor cu dizabilități din partea familiei sau a prietenilor.

Caseta 20: Principii care guvernează interacțiunea dintre persoanele cu dizabilități și familiile lor

- Persoana trebuie încurajată și sprijinită permanent să participe la viața în familie și în comunitate.
- Persoanele cu dizabilități trebuie să decidă propriul loc de reședință și serviciile de sprijin.
- Familia trebuie pregătită pentru a acorda sprijinul necesar pentru ca persoana cu dizabilități să-și maximizeze potențialul.
- Cu toate acestea, familia nu ar trebui să-și asume roluri de sprijin specializate, cum ar fi reabilitarea, dacă nu este instruită, dispusă și compensată să facă acest lucru.
- Ca parte a cercului de sprijin, familiile ar trebui încurajate să fie parteneri constanți în efortul de a asigura că persoanele cu dizabilități își exercită dreptul la o viață independentă și incluzivă, indiferent de tipul de locuire (precum atunci când persoana alege să nu locuiască cu familia sa).
- Persoana trebuie tratată cu demnitate și respect, iar siguranța, sănătatea și bunăstarea sa trebuie să reprezinte permanent obiective.

- Nevoile familiilor care susțin viața independentă a persoanelor cu dizabilități trebuie luate în considerare și abordate.

4.2.3. Asigurarea personalului de sprijin pentru activitățile de tranziție

Managerii de caz și Coordonatorul de plan vor transmite DAS-urilor din comunitățile de destinație o informare cu privire la nevoile persoanelor cu dizabilități care vor ajunge în comunitate. Documentul adresat personalului de specialitate în asistență socială (asistent social, lucrător social sau tehnician de asistență socială) va cuprinde informații și materiale privind dreptul la viață independentă, la egalitate de șanse și alte drepturi ale persoanelor adulte cu dizabilități.

Asigurarea personalului de sprijin pentru activitățile de tranziție va fi parte din Planul de resurse umane elaborat de echipa de coordonare (nevoi, recrutare, reconversie profesională, instruire, formare continuă și supervizare) – resursele umane necesare incluziunii în comunitate fiind identificate cu câteva luni înainte ca persoanele cu dizabilități să ajungă în comunitate.

4.2.4. Activități de comunicare și conștientizare a comunității

Planificarea de servicii structurate, finanțate, este important să fie completată de informarea și mobilizarea comunității în care vor fi dezvoltate serviciile pentru persoanele dezinstituționalizate. Există două motive principale pentru mobilizarea comunităților locale în procesul de dezinstituționalizare:

- Prin diseminarea informațiilor cu privire la dezinstituționalizare, segregare și cum poate fi ea evitată și drepturile persoanelor cu dizabilități, inclusiv dreptul la un trai independent și demnitate personală, comunitățile locale vor fi din ce în ce mai bine informate, mai conștiente și sensibile, ceea ce va diminua sau va elimina rezistențele față de includerea persoanelor cu dizabilități în comunități și cartiere.
- Informarea și mobilizarea comunităților locale contribuie la identificarea de soluții și resurse comunitare latente care pot fi activate în oricare dintre etapele procesului de dezinstituționalizare: pregătirea dezinstituționalizării, proiectarea unor servicii în comunitate, pregătirea transferurilor (rezidenți și angajați), proiectarea, dezvoltarea sau construirea unor noi servicii comunitare, recrutarea, formarea sau reconversia personalului, transferul efectiv al rezidenților spre noile locuințe și servicii din comunitate și toate etapele de monitorizare post-transfer.

Implicarea comunității prin intermediul unor persoane, a unor organizații existente, voluntari, biserică și orice altă entitate reprezintă un factor cheie ce poate contribui la găsirea unor soluții în comunitate și la facilitarea incluziunii ca urmare a faptului că reduce riscul de marginalizare sau excludere. În etapa de pregătire, de transfer precum și de post-transfer, vor fi identificați profesioniști în comunitate (psihologi, asistenți sociali, lucrători sociali sau alte categorii profesionale, alți specialiști) cu abilități de comunicare și, de preferat, experiență în interacțiunea cu persoane vulnerabile și cu dizabilități intelectuale și/sau psihosociale, pentru a contribui la procesul de tranziție. Pot fi identificate ONG-uri sau alte entități publice, private sau persoane fizice care doresc să se implice în acest proces, voluntar, înțelegând că participă la o acțiune socială și umană relevantă și deosebită. De asemenea, este important din punct de vedere psihologic, în ambele sensuri – o formă de respiro pentru personal – ca rezidenții să interacționeze și să fie sprijiniți de persoane din comunitate. Atunci când o persoană/entitate din comunitate va fi

disponibilă să se implice în etapa de transfer și post-transfer, acestea trebuie să fie informate, instruite și coordonate de un specialist din echipa de implementare cu atribuții în coordonarea transferurilor rezidenților. Astfel se va asigura prevenirea anumitor riscuri și erori ce ar putea să apară la nivelul interacțiunii dintre persoane din comunitate și rezidenți și, în același timp, se va asigura existența unui canal de informare promptă a specialiștilor cu privire la rezidenți, dificultăți apărute etc.

Acțiunile de comunicare și implicare a comunității vor fi implementate de specialistul în comunicare și managerii de caz. Acestea vor avea în vedere în principal următoarele activități cheie:

- Elaborarea unui plan local de comunicare și implicare pe baza analizei nevoilor de comunicare realizată și transmisă către Comitetul județean (adaptarea mesajelor cheie, identificarea actorilor cheie și stabilirea proceselor de implicare și a termenelor pentru livrarea materialelor și a mesajelor de comunicare).
- Implicarea personalului centrului în procesul de dezinstituționalizare (Coordonatorul de plan, împreună cu specialistul în resurse umane și managerii de caz, dezvoltă o structură de întâlniri regulate cu grupurile de angajați).
- Implicarea membrilor familiei prin înființarea unui comitet la nivel local al familiilor în parteneriat cu organizațiile sau federațiile de părinți (managerul de caz va stabili structura și locul reuniunilor periodice).
- Implicarea individuală a membrilor de familie (managerii de caz se vor asigura că fiecare familie va primi calendarul procesului de dezinstituționalizare).
- Monitorizarea punerii în aplicare a planului local de comunicare (managerul de caz va actualiza calendarul activităților de comunicare și va informa periodic Comitetul județean).

4.3. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție

Tranziția la viața în comunitate reprezintă mai mult decât simpla mutare fizică din o instituție, în o nouă locuință sau mediu. Tranziția trebuie gestionată cu cea mai mare atenție pentru a evita reinstituționalizarea și a asigura obținerea celor mai bune rezultate. Pentru majoritatea persoanelor cu dizabilități, mai ales cele care au petrecut perioade îndelungate sau chiar toată viața în instituții, schimbarea de viață este una majoră, iar gândul de a fi pe cont propriu, de a lua decizii proprii, sau cu privire la efectele alegerilor făcute pot fi însoțite de anxietate. Acest pas către autonomie și viață independentă fiind important, este vital ca persoana să fie sprijinită într-un mod individualizat, pentru o tranziție ușoară și pentru a o conecta la comunitate și resursele acesteia, prevenind astfel eventualele riscuri. Pregătirea fiecărei persoane pentru tranziție va respecta principiile descrise în Caseta 21.

Caseta 21: Principii ale pregătirii persoanelor cu dizabilități pentru tranziția în comunitate

- Pe tot parcursul tranziției, inclusiv a pregătirii, persoanele cu dizabilități trebuie să fie respectate în calitate de persoane cu capacitate de a lua decizii și trebuie să primească sprijinul necesar.
- Fiecare persoană trebuie să primească oportunități adecvate de pregătire fizică și emoțională pentru viața în comunitate.
- Pentru fiecare persoană trebuie asigurat un continuum de servicii de calitate în toate etapele transferului conform Planului individual.

- Informațiile prezentate rezidenților trebuie să fie clare, relevante, concrete și formulate simplu.
- Termenii specializați, teoretici sau cu terminologii complexe trebuie înlocuiți cu o comunicare simplă și clară cu rezidenții, cu persoanele din cercul de sprijin, angajații implicați în sprijinirea transferului lor spre comunitate, sau membrii comunității de destinație.
- Calitatea vieții și bunăstarea emoțională a persoanelor cu dizabilități trebuie să fie mai ridicate după dezinstituționalizare.
- Calitatea serviciilor în centrele rezidențiale trebuie să fie cât mai ridicată și să reflecte valorile și principiile abordării centrate pe persoană.

Viața în centrele rezidențiale a oferit persoanelor cu dizabilități puține oportunități de a experimenta viața în afara instituției. Pentru a le sprijini includerea în comunitate, acestea trebuie expuse unei game largi de experiențe pentru a căpăta încredere și a le diminua sau elimina temerile cu privire la viața independentă. În acest scop, trebuie să primească informații privind opțiunile lor de locuire, educație, formare sau angajare, suport de finanțare individualizat, precum și toate celelalte măsuri necesare pentru a asigura un standard de viață adecvat.

Pregătirea persoanelor adulte cu dizabilități pentru tranziție necesită timp, acest proces fiind unic pentru fiecare persoană în parte. Persoanele trebuie să se pregătească atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional pentru schimbare. Pregătirea trebuie demarată cu cel puțin șase luni înainte de transfer, însă persoanele pot părăsi centrul într-o perioadă mai scurtă, dacă își doresc acest lucru, cu sprijinul managerului de caz și echipei de planificare. Pentru orice persoană care solicită transferul în comunitate, acesta trebuie asigurat, cu oferirea opțiunii de parcurgere a etapelor planificării centrate pe persoană, și a celor mai bune servicii disponibile, minim necesare astfel încât formele de excluziune socială severă și riscul de reinstituționalizare să fie prevenite.

Pregătirea psihologică a persoanei cu dizabilități pentru tranziție

Tranziția din o instituție în comunitate este un proces complex, care ridică multiple provocări adaptative pentru rezidenți și poate fi solicitantă din punct de vedere psihologic. În faza de pregătire, este important ca rezidenții să primească informații pentru a începe să se adapteze la ideea plecării definitive din centrul rezidențial. Informațiile trebuie să fie adaptate, și însoțite de oportunitatea unor experiențe noi și pozitive pentru a reduce anxietatea cu privire la schimbarea mediului. Informațiile trebuie să fie diferite și complementare și pot lua forma unor:

- Module informative teoretice (informații prezentate în limbaj ușor de înțeles)
- Module informative multimedia (filme, proiecții sau fotografii)
- Module informative experiențiale (învățare experiențială prin deplasări, vizite în afara centrului, plimbări)

Pe parcursul întregii perioade de pregătire persoanele cu dizabilități vor primi sprijin din partea facilitatorului, managerului de caz, a cercului de sprijin, precum și din partea altor persoane care pot sprijini acest proces. Transferurile desfășurate cu succes (vezi 20) ajută la reducerea anxietății beneficiarilor, la creșterea motivației și adaptarea cu succes la noul context. Succesul dezinstituționalizării depinde de cât de bine rezidenții vor înțelege perspectiva transferului.

Caseta 22: Obiectivele principale ale pregătirii psihologice pentru tranziție a rezidenților

Reducerea anxietății

- Identificarea și discutarea deschisă a celor mai importante preocupări, îngrijorări sau prejudecăți cu privire la transfer.
- Furnizarea de răspunsuri la întrebările ce pot apărea, cu consemnarea acestor sesiuni de întrebări și răspunsuri pentru a oferi o radiografie a îngrijorărilor rezidenților.
- Furnizarea de informații clare, simple, concrete (de fiecare dată când este cazul) despre noile locuințe și locațiile lor, noile servicii elemente privind programul cotidian sau diferențe dintre rutinele lor zilnice și informații despre cartierul și comunitatea).

Creșterea motivației

- Încurajarea rezidenților să își construiască o reprezentare clară, realistă și pozitivă despre viitorul lor în comunitate.
- Furnizarea de imagini (reale sau schițe) despre viața în noile comunități și serviciile aferente.
- Încurajarea implicării prin furnizarea de idei cu privire la personalizarea mediului de viață, inclusiv spațiile comune (curți, grădini, fațade).
- Vizitarea noilor locații sau a comunității unde se află centrul rezidențial pentru a identifica idei cu privire la cum pot fi pregătite și îmbunătățite noile locuințe.

Creșterea familiarității cu noua comunitate, servicii și cartier

- Formarea și consolidarea unor relații de încredere cu membrii comunității și personalul din noile servicii.
- Vizitarea locației înainte de transfer și stimularea discuțiilor despre avantajele și dezavantajele sale.
- Furnizarea de siguranță și încredere din partea personalului care va asista rezidenții în timpul transferului și în comunitate.
- Asigurarea faptului că rezidenții sunt familiarizați cu eventualele diferențe dintre serviciile viitoare și cele existente în prezente, particularitățile și regulile acestora.
- Folosirea sistematică a unui limbaj adecvat și adaptat, senzorial (pictograme, filmări etc.).
- Favorizarea unui contact strâns între rezidenți și angajații care vor le vor oferi sprijin.

Angajații care implementează activitățile de pregătire trebuie să adopte continuu o atitudine calmă, pozitivă, să stimuleze curiozitatea și bucuria rezidenților cu privire la viața în comunitate. Angajații trebuie să evite situații, argumente, activități și atitudini care reflectă un formalism de prisos și inefficient, birocrăție sau prezentări teoretice/abstracte.

Creșterea autoreprezentării și autodeterminării

Trebuie avut în vedere că mulți rezidenți au avut un contact restrâns cu comunitatea, cu puține ocazii de a-și exersa/dezvolta abilitățile de viață independentă, astfel încât capacitatea lor decizională este restrânsă sau inexistentă. Chiar dacă multe aptitudini de viață independentă nu pot fi dobândite în instituții, trebuie create mai multe oportunități în comunitate, pentru ca rezidenții să înceapă să își exerseze aceste aptitudini începând încă din faza de pregătire. Toate persoanele implicate în elaborarea Planului individual trebuie să ofere sprijin constant în luarea deciziei. În perioada de pregătire, persoanele cu dizabilități trebuie să fie expuse la oportunități de dezvoltare personală, inclusiv la activitățile de creștere a autoreprezentării și autodeterminării. Acestea sunt esențiale atât pentru pregătirea Planului individual,¹⁸ cât și pentru tranziția persoanei cu dizabilități, pentru ca aceasta să învețe să vorbească pentru sine, să ia decizii și să fie în controlul propriei vieți.¹⁹

¹⁸ După cum este subliniat în Secțiunea 1.5.

¹⁹ EEG (2012: 130).

Astfel, există o nevoie continuă de sesiuni de instruire și consultare, de activități de informare și promovare și de schimburi de experiență cu privire la cele mai bune practici în sfera autoreprezentării și autodeterminării. Aceste sesiuni pot fi organizate de ONG-uri, în parteneriat cu autoritățile administrației publice locale, și pot implica și persoane cu dizabilități care au trăit în instituții și în prezent trăiesc în comunitate, sau persoane cu dizabilități fără istoric de instituționalizare.

De la un rezident la altul, în funcție de atitudinea acestora față de perspectiva plecării din centru, pregătirea tranziției va fi foarte diferită. Unii rezidenți pot fi bucuroși și nerăbdători să plece și pot fi suficient de autonomi astfel încât pregătirea să se desfășoare cu ușurință. Alte persoane care sunt temătoare sau îngrijorate cu privire la părăsirea centrului vor avea nevoie de sprijin suplimentar, inclusiv din partea persoanelor cu dizabilități din comunitate sau din centre, dar care și-au însușit abilitățile de autoreprezentare.²⁰

Consolidarea deprinderilor de bază dezirabile pentru o viață independentă

Unele persoane cu dizabilități nu au avut oportunitatea să își dezvolte deprinderile de bază necesare vieții de zi cu zi sau le-au pierdut în urma instituționalizării.²¹ Însușirea sau consolidarea acestor deprinderi poate reprezenta un proces care poate dura întreaga viață, implicând atât persoana cât și familia, prietenii, specialiștii din diverse servicii, comunitatea și alte persoane din cercul său de sprijin. În perioada de pregătire a tranziției, sub coordonarea managerului de caz, persoanele cu dizabilități sunt sprijinite să își consolideze aceste deprinderi (menținerea și dezvoltarea deprinderilor cognitive, precum și a celor zilnice, de comunicare, mobilitate, autoîngrijire, îngrijirea propriei sănătăți, autogospodărire, relații sociale și interpersonale, cumpărături, precum și o gamă largă de deprinderi sociale și interesul de a desfășura activități lucrative) și, mai ales, li se va asigura un spațiu flexibil pentru a le exersa. Scopul este de a sprijini persoanele cu dizabilități să deprindă sau consolideze aceste abilități care le vor permite să ducă o viață sigură, sănătoasă și responsabilă ca membri ai comunității.

Caseta 23: Deprinderile de bază dezirabile pentru o viață independentă

Deprinderi cu privire la nutriție

Persoanele cu dizabilități își vor consolida cunoașterea privind alimentele de bază și de unde se achiziționează, precum și compoziția câtorva feluri de mâncare. Trebuie să se familiarizeze cu achiziționarea de alimente diverse în cantitate suficientă pentru câteva zile și să poată aprecia ce și cât consumă. Să fie conștiente despre ce înseamnă alimentația incorectă prin cantitatea și calitatea alimentelor, frecvența consumului și cum anumite alimente pot provoca sau accentua apariția cariilor dentare, a obezității, a unor boli ale tubului digestiv, ale inimii și vaselor sangvine. În acest sens, persoanele vor desfășura diverse activități de preparare a hranei, stabilirea meniului, procurarea alimentelor, modalitatea de așezare a veselei pentru servirea mesei, comportamentul la masă, depozitarea corespunzătoare a alimentelor, curățenia bucătăriei, și altele.

Deprinderi cu privire la gestiunea locuinței

Persoanele cu dizabilități vor exersa activități de curățenie și de a utiliza aparatura electrocasnică (aspirator, mașină de spălat, fier de călcat, aragaz etc.), de a întreține și organiza spațiul de locuit, dar și de a-și plăti cu regularitate utilitățile.

Deprinderi cu privire la îngrijirea personală

²⁰ În procesul descris în Secțiunea 1.5.

²¹ EEG (2012: 128).

Aceste deprinderi se referă la igienă personală, stilul de viață sănătos și sexualitate, astfel încât persoanele adulte vor preveni infecțiile, bolile cu transmitere sexuală etc. Vor fi informate despre viruși și microbi, locul unde se găsesc și modalitatea de a-i distruge; vor învăța cum să dezinfecteze grupurile sanitare și bucătăria folosind detergenți, alcool sanitar, clor etc.

Deprinderi cu privire la managementul banilor

Se concentrează spre sprijinirea persoanelor cu dizabilități să ia decizii financiare cu privire la bani și economii. Sunt sprijinite să își definească și să gestioneze un buget lunar, să își înțeleagă cheltuieli lunare și, acolo unde este posibil, să cunoască modalități de economisire. Atunci când întâmpină dificultăți de orice natură, li se vor oferi informații despre cum să identifice și să apeleze la resurse.

Notă: Este recomandată flexibilizarea practicilor instituționale pentru organizarea a cât mai multe dintre aceste activități și înainte de plecarea persoanei din centru și continuarea sprijinirii persoanei în exersarea acestor deprinderi și după mutarea ei în noul mediu din comunitate.

Acomodarea cu spațiul în care va locui persoana cu dizabilități

Există o multitudine de scenarii de locuire pentru persoanele adulte cu dizabilități care părăsesc sistemul rezidențial. Acestea pot include integrarea în familie (naturală, extinsă) sau mutarea în propria locuință, într-o locuință închiriată, într-o locuință socială pusă la dispoziție de autoritatea locală sau alt aranjament, inclusiv locuirea – singur(ă), împreună cu partenerul/partenera sau cu alte persoane.

Dacă persoana va trăi alături de familie, pregătirea include discuții cu membrii familiei, identificarea spațiului/camerei în care persoana va locui și evaluarea acestuia din punct de vedere al securității persoanei. Aceasta se va acomoda la proces prin locuirea pe perioade scurte de câte una-două săptămâni cu familia, timp în care se va gospodări împreună cu ceilalți membri ai familiei, se vor cunoaște mai bine și familia poate integra rutina de zi cu zi a persoanei în rutina familiei ca întreg.

Dacă persoana urmează să închirieze un spațiu de locuit, vor fi evaluate starea locuinței și prețul de închiriere, precum și aspecte cu privire la contract, pentru asigurarea că persoana are veniturile necesare să poată acoperi toate aceste cheltuieli. Se va evalua nevoia de sprijin în raport cu ceea ce oferă spațiul de locuit (mobiliu, aparatură, poziționare etc.).

Facilitarea accesului persoanei cu dizabilități la resursele existente la nivelul comunității

Cu cât persoanele au acces la mai multe servicii și resurse ale comunității, cu atât sprijinul pe care îl primesc va fi mai calitativ și va scădea riscul de reinstituționalizare. Accesibilitatea serviciilor din comunitate sau din apropierea acesteia, alături de posibilitatea de a-și exercita dreptul la un loc de muncă, educație și asistență medicală sunt esențiale pentru incluziunea și participarea persoanelor cu dizabilități în comunitate. Practica a arătat că relocarea persoanelor în comunitate nu este suficientă pentru a asigura realizarea dreptului la viață independentă; dezinstituționalizarea trebuie însoțită de programe cuprinzătoare de servicii și dezvoltare comunitară, inclusiv programe de conștientizare în rândul membrilor comunității.

Managerul de caz va furniza informații și va facilita, ca parte a pregătirii, accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile existente în comunitatea respectivă sau în apropiere de aceasta, disponibile pentru toți membrii comunității (de exemplu, servicii de transport în interiorul localității sau între localități, servicii de sănătate, de educație, cultură, ocupare), dar și serviciile specializate și

beneficii precum servicii de recuperare, servicii de tip centru de zi, echipe mobile, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii de tip respiro.

Persoanele trebuie sprijinite să beneficieze de drepturile conferite de lege, și anume, indemnizația pentru persoanele cu dizabilități, indemnizația de însoțitor (dacă e cazul), bugetul complementar, precum și de alte gratuități și facilități.



Atenție!

- Pregătirea pentru tranziție nu este condiționată de elaborarea unui Plan individual sau de finalizarea elaborării Planului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial. Fiecare rezident poate participa la activități de autoreprezentare și autodeterminare, sau altele.
- Pe parcursul pregătirii, trebuie acordată mai multă atenție și sprijin celor mai vulnerabile persoane. Este esențială explorarea preferințelor și opțiunilor persoanelor care au dificultăți de comunicare sau exprimare.
- Persoanele care se află în diferite relații/grupuri confirmate ca fiind natural create și relevante din punct de vedere psihologic (rude, prieteni, soți sau alte grupuri/parteneriate pozitive), trebuie să participe împreună la procesul de tranziție.
- Fiecare persoană va varia în abilitatea sa de a-și consolida deprinderile de bază dezirabile pentru o viață independentă. Nu există deprinderi pe care o persoană trebuie să le stăpânească pentru a putea părăsi centrul. Fiecare persoană poate trăi independent în comunitate, cu sprijin adecvat.
- Persoanele cu dizabilități ar trebui să folosească serviciile generale disponibile în comunitate pentru a-și satisface nevoile specifice (cum ar fi psihoterapeut, stomatolog, coafor etc.), ca orice alt cetățean.
- Intervențiile specialiștilor sau a celor din cercul de sprijin trebuie să reflecte întotdeauna dorințele persoanei cu dizabilități și menținute în prim-planul procesului.

4.4. Mutarea personalului din centre în serviciile din comunitate

Fiecare centru și fiecare județ/sector al municipiului București trebuie să evalueze atât resursa umană existentă, cât și cea necesară pentru a furniza neîntrerupt servicii sociale pe perioada de tranziție. Pentru fiecare centru, va fi nevoie în proporții diferite de: [profesionalizare](#) a personalului deja existent (unii vor parcurge cursuri de formare sau reconversie profesională) și [dezvoltare](#) a personalului nou (prin angajare și formare de personal nou).

Personalul existent va trebui să sprijine tranziția persoanelor cu dizabilități și să se pregătească pentru o nouă slujbă, precum a fost stabilit în fișa lor. Angajații trebuie să își îndeplinească vechile atribuții și să învețe competențele noului post, dacă au fost selectați pentru a lucra în serviciile din comunitate. Trebuie acordată o atenție deosebită gestiunii volumului de muncă al angajaților în timpul procesului de tranziție și noile cerințe trebuie implementate etapizat, asigurându-se totodată că se acordă servicii de calitate persoanelor cu dizabilități.

Mutarea personalului trebuie să fie etapizată în funcție de mutarea rezidenților în comunitate. Mutările vor avea loc în momente diferite, unii angajați vor lucra deja în noile servicii, pe când alții vor fi în continuare necesari în centrul rezidențial. Este important să se confirme noua structură profesională și să se continue formarea pe tot parcursul procesului, rămânând flexibil în

ceea ce privește această etapă de mutare a personalului din centre în serviciile în comunitate și cu privire la posibilele provocări întâmpinate.

4.5. Mutarea persoanelor cu dizabilități în comunitate

Gestionarea transferului de informații și bunuri personale

Este important ca toate informațiile personale să însoțească persoanele atunci când se mută. Pentru multe persoane cu dizabilități care trăiesc în centre, informațiile care se află în dosarele personale (medicale, sociale) reprezintă o memorie individuală (chiar dacă instituțională), uneori singura memorie de care dispun. Aceste informații trebuie protejate (de pierdere sau distrugere) și să fie ușor de accesat de către rezidenți și specialiști cu acordul persoanelor cu dizabilități.

O atenție deosebită trebuie acordată și tuturor bunurilor personale²² pe care persoana cu dizabilități le consideră relevante pentru identitatea sa. Dacă există anumite obiecte pe care o persoană le-a folosit constant și de care este atașată, ar trebui inițiate demersuri pentru a le aduce în noul aranjament de locuire. Acest lucru este valabil în mod special atunci când există certitudinea că anumite obiecte contribuie la consolidarea identității unei persoane sau sunt asociate cu viața sau activitatea sa.

O atenție specială trebuie acordată tuturor animalelor de companie pe care le dețin rezidenții. Asigurarea continuității relațiilor dintre rezidenți și animalele lor de companie poate avea o influență majoră asupra abilității lor de a se acomoda în noua locuință. Trebuie organizate toate aranjamentele necesare pentru ca rezidenții să își poată lua animalele de companie cu ei la plecarea din centru.

Sprijinirea persoanelor cu dizabilități după mutare

Mutarea în comunitate reprezintă o schimbare semnificativă, prin care persoana primește sprijin personalizat. După mutarea în comunitate, persoana cu dizabilități devine liberă și gradual mai responsabilizată și începe să joace o serie de noi roluri sociale—vecin, prieten, angajat, voluntar, coleg și client. Pentru unele persoane, acest lucru poate reprezenta o experiență intensă, solicitantă, iar familia, prietenii sau alți membri ai cercului de sprijin sunt vitali pentru asigurarea accesului persoanelor la toate informațiile și sprijinul de care au nevoie pentru a trăi și a fi incluși în comunitate.

Împreună cu echipa de asistență a persoanei, compusă din personalul de servicii comunitare și sub supravegherea managerului de caz, persoana va exersa abilități de bază dezirabile pentru o viață independentă, descrisă în Caseta 27. În timp ce unele dintre aceste abilități pot fi deja practicate înainte de mutarea din centrul rezidențial, comunitatea va oferi adevăratul mediu pentru a le exercita. Persoanele cu dizabilități nu vor fi condiționate să dobândească aceste abilități pentru a fi transferate în comunitate. Unele persoane vor avea nevoie de sprijin pentru a îndeplini unele sau chiar toate aceste abilități de bază pentru tot restul vieții.

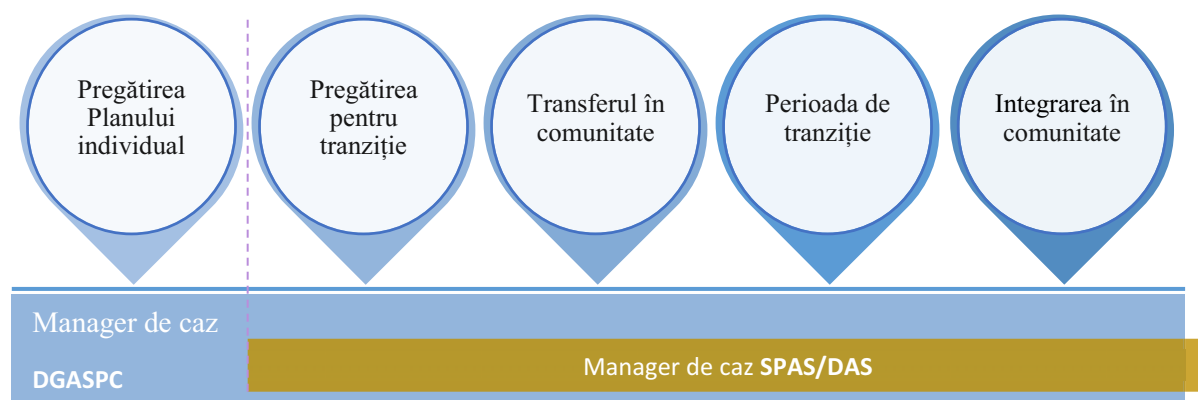
Managerul de caz este un specialist cheie care oferă sprijin și asigură accesul la servicii de calitate pentru mutarea în comunitate. După mutare, persoana trebuie să știe că se poate adresa managerului de caz oricând pentru a primi consiliere cu privire la cum poate face față dificultăților care pot apărea în legătură cu personalul de suport, locul de muncă, plata chiriei, rezolvarea

²² Exemple de bunuri și obiecte despre care rezidentul declară sau cineva constată că rezidentul ține la ele și le dorește, îl bucură includ: fotografii, diplome, tablouri, scrisori, bilete, reviste, cărți, colecții, aparatură (inclusiv defectă), păături, perne, lenjerie, diferite creații personale, obiecte realizate de rezident, articole vestimentare, tacâmuri, obiecte de cult, flori, obiecte de mobilier, diferite unelte, materiale, bani, acte.

conflictelor cu vecinii sau colegii, accesarea anumitor servicii și/sau beneficii, completarea unor documente, luarea unor decizii etc.

Persoana trebuie să fie informată asupra opțiunii ca situația sa post-transfer să fie monitorizată de managerul de caz, în ce constă aceasta și care sunt avantajele urmând a-și da acordul, dacă își dorește să ia parte la acest proces. În acest fel, este asigurat faptul că nicio persoană adultă cu dizabilități, indiferent de locul sau de tipul de reședință, nu va fi supusă intruziunii arbitrare sau nelegale în viața personală, în familia și căminul său și că implicarea sa va fi benevolă și în virtutea propriului interes. Monitorizarea implementării Planului individual este prezentată în Secțiunea 5.2.

Figura 4: Managementul de caz după mutarea în comunitate



Notă: Ideal, pregătirea tranziției și transferul în comunitate sunt realizate în colaborare între managerul de caz DGASPC și viitorul manager de caz din partea SPAS/DAS, iar după transferul în comunitate, managementul de caz al persoanei este preluat la nivel local. În situațiile în care nu există suficientă capacitate la nivel local, managementul de caz va fi asigurat în continuare de DGASPC.

5. MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Monitorizarea și evaluarea au devenit gradual activități esențiale ale proceselor decizionale și trebuie să facă parte din procesul de dezinstituționalizare și planificate în mod corespunzător. Dezinstituționalizarea presupune schimbări fundamentale în organizarea și modul de acordare a serviciilor, precum și în modul în care persoanele cu dizabilități sunt tratate pentru a garanta că își pot exercita drepturile. Având în vedere caracterul reformativ al dezinstituționalizării, învățarea continuă este vitală pentru succes, iar monitorizarea și evaluarea reprezintă modalitățile principale prin care progresul și rezultatele politicilor sunt măsurate și raportate în mod transparent, sunt realizate ajustări din mers, este asigurată implicarea actorilor responsabili și sunt internalizate lecțiile învățate.

Fiecare Plan de dezinstituționalizare cuprinde o secțiune care permite urmărirea de către toate părțile interesate atât a progresului procesului, cât și a îmbunătățirii bunăstării și calității vieții. Obiectivele Planului de monitorizare și evaluare sunt descrise în caseta 24.

Caseta 24: Obiectivele Planului de monitorizare și evaluare

1. Urmărirea progresului și rezultatelor activităților prevăzute în Planul de dezinstituționalizare.
2. Urmărirea rezidenților din punct de vedere al bunăstării fizice, psihice și materiale și al calității vieții, în noul context de planificare centrată pe persoană și de furnizare a serviciilor, având în vedere atât persoanele pentru care este planificat transferul în comunitate, cât și pe cele care vor continua să locuiască în centru.
3. Evaluarea impactului specific al activităților de pregătire a dezinstituționalizării, de transfer și de sprijin în comunitate asupra persoanelor cu dizabilități care trec prin această tranziție.
4. Asigurarea colectării și raportării datelor necesare în vederea centralizării la nivel județean și național a informațiilor cu privire la procesul de dezinstituționalizare și includere în comunitate.
5. Monitorizarea adecvării, eficacității și calității serviciilor în comunitățile de destinație cu implicarea personalului din centru reorientat către roluri de sprijin în comunitate.

Componenta de monitorizare și evaluare a Planului de dezinstituționalizare reprezintă o verigă intermediară între nivelurile județean și național și nivelul specific al beneficiarilor reformei—persoanele cu dizabilități instituționalizate. Diseminarea, colectarea, centralizarea și raportarea de informații relevante și în timp util despre procesul de dezinstituționalizare depinde de asigurarea unor fluxuri coerente și funcționale între aceste niveluri. În conformitate cu Planul de acțiune al Strategiei dezinstituționalizării, o serie de date sintetice la nivelul fiecărui centru sunt raportate către DGASPC, Comitetul județean și ANPDPPD, spre publicare, cât și spre centralizare pentru a oferi date publice agregate la nivel județean și național. În plus, Foile de parcurs vor raporta despre progresul dezinstituționalizării, iar această informație va fi diseminată și analizată în cadrul unor rapoarte anuale ale ANPDPPD de monitorizare a implementării Strategiei naționale.

5.1. Monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare

Pentru fundamentarea Strategiei dezinstituționalizării, a fost realizată, în anul 2022, o cartografiere a tuturor persoanelor cu dizabilități care locuiesc în centre rezidențiale, a căror măsură de protecție este finanțată din fonduri de la bugetul de stat. În plus, datele colectate pe baza evaluării dosarelor: (1) servesc ca valoare de referință (baseline) pentru activitățile care vor fi implementate în centrele rezidențiale și pentru a înțelege mai bine, prin comparație, rezultatele obținute ca urmare a măsurilor luate; (2) fundamentează deciziile la nivel de județ și centru, pe baza datelor statistice;

(3) sprijină dezbateri în cadrul unor ateliere de informare și consultare la nivel național, județean și de centru; și (4) sunt folosite de managerii de caz și restul personalului în pregătirea a Planurilor individuale.

Datele statistice colectate în cartografie pot fi transpuse, după nevoie, într-un model-cadru de prezentare a datelor statistice (buletin statistic) cu privire la rezidenții de la nivelul fiecărui centru, precum și un model-cadru de prezentare PowerPoint la nivel de județ și centru. Acesta va include obiectivele generale și principiile procesului curent de dezinstituționalizare, planificarea procesului conform Planului de acțiune a Strategiei dezinstituționalizării, rezultatele așteptate și informații despre situația centrelor la nivelul județului, respectiv a rezidenților la nivelul centrului, inclusiv numărul și profilul lor în funcție de mai multe criterii relevante pentru a luarea deciziilor. Atât modelul-cadru de buletin statistic cât și modelul-cadru de prezentare PowerPoint vor fi distribuite către DGASPC-uri și centrele rezidențiale pentru a fi completate cu informații și analize specifice la nivel de județ și centru și pentru a fi actualizate regulat, pe măsura ce procesul de dezinstituționalizare va progresa. Echipele la nivel de centru vor fi instruite în vederea utilizării acestor instrumente.

Monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare la nivel de centru se realizează de către echipa de coordonare, sub coordonarea DGASPC. Fiecare echipă va avea nevoie să colecteze, să sistematizeze și să raporteze mult mai multe informații specifice atât privind persoanele cu dizabilități rezidente în centre cât și alte aspecte referitoare la coordonarea procesului la nivel de centru, administrarea resurselor, personalul din centru și serviciile care vor prelua funcția de sprijin în comunitate a beneficiarilor. Acestea sunt de asemenea informații de care Comitetele județene și DGASPC, precum și structurile de coordonare la nivel național vor avea nevoie, pentru a înțelege mai bine riscurile, oportunitățile, costurile și beneficiile procesului de dezinstituționalizare. O listă a celor mai importanți indicatori care sunt incluși în Planul de monitorizare și evaluare este prezentată în Caseta 25.

Caseta 25: Indicatori cheie incluși în Planul de monitorizare și evaluare

La nivelul activităților de coordonare și al resurselor din centru

- Număr de actori relevanți consultați în elaborarea Planului de dezinstituționalizare
- Număr de activități de informare/instruire a rezidenților din centru cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate/societate, din care număr de astfel de activități organizate cu implicarea persoanelor cu dizabilități din afara centrului, a autoreprezentanților și a organizațiilor lor reprezentative*
- Număr de persoane cu dizabilități și organizații ale acestora implicate în activități de informare/instruire a rezidenților din centru cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate
- Procentul activităților din programul centrului rezidențial care încurajează controlul și autonomia rezidenților, pe tipuri de activități și locul de desfășurare (centru/comunitate)*
- Număr de activități de stimulare a abilităților de viață independentă, de participare socială și civică și de educație și pregătire pentru muncă și locul de desfășurare (centru/comunitate)*
- Număr mediu de ședințe de planificare centrată pe persoană, în funcție de traseul de viață independentă a persoanelor (persoane pregătite pentru tranziția în comunitate versus persoane rezidente în continuare)
- Număr de manageri de caz pentru persoanele cu dizabilități rezidente implicați în planificarea centrată pe persoană*
- Număr de manageri de caz formați în planificarea centrată pe persoană*
- Număr de manageri de caz raportat la numărul de persoane cu dizabilități
- Număr de solicitări de admitere în centru, în funcție de comunitățile de origine*

La nivelul personalului din centru

- Număr de angajați, în funcție de încadrare*
- Numărul de angajați cu atribuții de aplicare a Chestionarului de calitate a vieții persoanelor cu dizabilități*
- Număr de profesioniști din centru formați în metoda planificării centrate pe persoană și cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate, în funcție de încadrare*
- Raportul dintre numărul de profesioniști din centru formați în metoda planificării centrate pe persoană și cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate și numărul total de persoane, în funcție de încadrare*
- Număr de activități de instruire a personalului în metoda planificării centrate pe persoană și cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate
- Număr total de ore de instruire în metoda planificării centrate pe persoană și cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate
- Număr de profesioniști din centru evaluați ca fiind calificați pentru a lucra după metoda planificării centrate pe persoană*
- Raportul dintre numărul de profesioniști evaluați ca fiind calificați pentru a lucra după metoda planificării centrate pe persoană și numărul total al personalului din centru*
- Număr de persoane care absolvă cursul de reorientare profesională/recalificare pentru a deveni personal de suport în comunitate
- Număr de profesioniști din centru reorientați profesional către roluri de sprijin al persoanelor cu dizabilități în comunitate

La nivelul persoanelor cu dizabilități din centru

- Număr de persoane cu dizabilități rezidente în centru*
- Număr de persoane nou admise în centru, în funcție de sursa admiterii: persoane nou admise în sistemul de protecție pentru adulții cu dizabilități sau transferate din alte centre rezidențiale*
- Număr de decese, în funcție de cauza decesului*
- Număr de persoane transferate în alte centre rezidențiale, în funcție de cauza transferului (inclusiv ca parte a restructurării centrului)
- Număr de persoane cu dizabilități rezidente în centru per manager de caz*
- Număr de persoane cu dizabilități rezidente în centru informate/instruite cu privire la viața independentă și incluziunea în comunitate/societate*
- Număr de persoane cu dizabilități din centru pregătite pentru a deveni autoreprezentanți
- Număr de persoane pentru care este elaborat un Plan individual (corespondent indicatorului pentru care este fixată ținta PNRR de „definire a unui parcurs de trai independent pentru fiecare persoană, realizat în conformitate cu principiile managementului de caz”)*
- Număr mediu de persoane resursă din cercul de sprijin desemnate pentru a face parte din procesul de planificare centrat pe persoană (cu dezagregare în funcție de relația față de persoana cu dizabilități)
- Număr de persoane care beneficiază de sprijin pentru luarea deciziei*
- Număr de persoane care beneficiază de activități de stimulare a abilităților de viață independentă, de participare socială și civică și de educație și pregătire pentru muncă*
- Număr de persoane care beneficiază de sprijin în vederea dezinstituționalizării și a punerii în aplicare a „parcursului de trai independent”, pe tip de sprijin acordat*
- Număr de persoane pentru care au fost identificate, într-un proces de planificare ghidat de persoană, comunități de destinație*
- Număr de persoane care beneficiază de sprijin în vederea dezinstituționalizării și pentru care un „parcurs de trai independent” a fost desfășurat în comunitatea de destinație, pe tip de sprijin*
- Număr de persoane pentru care sunt identificate servicii de sprijin în comunitate care corespund cu aspirațiile, obiectivele și nevoile persoanei identificate ca parte a procesului de planificare centrat pe persoană*
- Număr de persoane transferate în comunitate pe baza unui Plan individual*

- Număr de persoane cu dizabilități transferate în comunitate, în funcție de soluția de locuire și alte tipuri de sprijin*
- Număr de persoane care primesc servicii de sprijin în comunitate, pe tip de serviciu*

La nivelul serviciilor în comunitate

- Număr de locuințe identificate, pe tip de soluție de locuire și număr de persoane*
- Număr de locuințe ocupate de persoanele dezinstituționalizate, pe tip de soluție de locuire și număr de persoane*
- Număr de servicii de sprijin în comunitate disponibile pentru persoanele din centru, pe tip de serviciu de sprijin și durată a acordării sprijinului*
- Număr de persoane de sprijin angajate în serviciile din comunitate, pe tip de serviciu de sprijin și metoda de recrutare: angajați reorientați profesional sau persoane nou angajate*
- Durata sprijinului pe rezident care a făcut tranziția în comunitate, pe tip de sprijin*
- Rata de supraviețuire a serviciilor înființate în comunitate/sustenabilitatea acestora.

Notă: Indicatorii marcați cu asterisc vor fi raportați lunar către structurile de coordonare la nivel județean și național și către publicul larg, ca parte a unei fișe de monitorizare la nivel de centru și vor furniza informațiile pentru realizarea unor statistici agregate la nivel de județ, inclusiv ca parte a Foilor de parcurs, și la nivel național.

5.2. Planul personal de monitorizare a implementării Planului individual

Ținând cont de istoricul de instituționalizare al persoanei și imposibilitatea de a-și exersa abilitățile de viață independentă, este important ca specialistul de la nivel local, fie că este asistent social sau manager de caz la nivelul SPAS, să fie persoana-resursă în relație cu persoana cu dizabilități. Așadar, asistentul social/responsabilul/managerul de caz va fi persoana de legătură de la nivelul comunității, atât cu managerul de caz al DGASPC, cât și resursă în relația cu persoana adultă cu dizabilități.

Un plan de monitorizare a fiecărei persoane este elaborat ca o componentă a Planului individual.²³ În cadrul procesului de monitorizare, se colectează informații despre faza pre- și post-transfer în comunitate, precum și despre tranziția în comunitate a persoanei. Trebuie accentuat faptul că ceea ce se monitorizează nu este persoana cu dizabilități și capacitățile sau progresele ei de viață independentă și includere în comunitate,²⁴ ci serviciile oferite acesteia și măsura în care ele reușesc să sprijine și să stimuleze viața independentă și participarea la viața comunității și a societății în genere.

Planul personal de monitorizare este coordonat din punct de vedere administrativ de managerul de caz DGASPC sau SPAS/DAS sau contractat de aceste entități, dar este ghidată de voința și alegerile persoanei cu dizabilități, cu suportul unei persoane care oferă sprijin în luarea deciziei sau sprijin în comunicare din cercul de sprijin al persoanei, dacă există această nevoie.

Planul personal de monitorizare are două componente: (1) o componentă preponderent calitativă, personalizată, care înregistrează informații privind implementarea Planului individual: pregătirea

²³ Informații de monitorizare sunt culese sistematic începând cu anul 2023 despre toți rezidenții din centre, indiferent dacă un Plan de dezinstituționalizare este inițiat în aceste centre sau dacă anumite persoane nu au încă un Plan individual, pentru a: (1) colecta valori de referință; (2) surprinde informații despre evoluția rezidenților în noul context strategic, în care paradigma care ghidează modul de lucru devine, conform Strategiei dezinstituționalizării, centrarea pe persoană, ceea ce atrage modificarea profilului activităților din centre; și (3) permite planificarea strategică la nivel de centru, județean și național.

²⁴ Întrucât viața independentă și incluziunea în comunitate este un drept al oricărei persoane cu dizabilități, această capacitate este prezumată, conform documentelor de drept internațional și strategiilor naționale în acest domeniu, pentru fiecare persoană cu dizabilități.

persoanei pentru tranziția la viața în comunitate, transferul ei în comunitatea de destinație și cum se descurcă persoana (îndeplinirea aspirațiilor și obiectivele ei, precum și accesul la serviciile de sprijin pentru asigurarea dreptului la o viață independentă și inclusă în comunitate); și (2) o componentă cantitativă și anonimată, care colectează date despre calitatea vieții persoanelor în procesul de tranziție la o viață independentă și inclusă în comunitate și nivelul lor de satisfacție cu serviciile de sprijin primite, măsurate prin intermediul Chestionarului privind calitatea vieții.

Componenta 1: Monitorizarea calității și a implementării Planului individual

Monitorizarea calității Planului individual din punct de vedere al centrării pe persoană va fi realizată, în principal, de echipa de formatori în planificarea centrată pe persoană ai persoanelor implicate în elaborarea Planului individual, inclusiv ai angajaților din serviciul de management de caz DGASPC/SPAS/DAS (în categoria persoanelor formate se pot adăuga, în funcție de aranjamentele instituționale, și o serie de furnizori privați de management de caz). Pe lângă faptul că va asigura formarea în metoda managementului de caz prin planificarea centrată pe persoană, această echipă va continua să reprezinte o resursă pentru procesul de dezinstituționalizare: (1) va coproduce împreună cu manageri de caz DGASPC/SPAS/DAS sau contractați de la furnizori privați de servicii primele planuri centrate pe persoană; (2) va continua să reprezinte o resursă pentru managerii de caz, prin supervizarea elaborării Planurilor individuale; și (3) va monitoriza, pe baza unor eșantioane statistice, calitatea Planurilor individuale.

Monitorizarea calității Planului individual vizează, conform Strategiei dezinstituționalizării, printre altele, să evalueze dacă:

- Elaborarea planurilor este ghidată de către persoanele cu dizabilități;
- Persoanele cu dizabilități sunt implicate în activități de dezvoltare a abilităților necesare pentru traiul independent desfășurate în comunitățile de destinație;
- Rețeaua de servicii de sprijin din comunitatea de destinație este identificată, în funcție de nevoile și preferințele persoanelor cu dizabilități, pentru a fi accesate de acestea; persoanele sunt informate despre aceste servicii/resurse, și este discutat rolul fiecărui serviciu în parte;
- Sunt identificate oportunități de implicare a persoanelor cu dizabilități în activități în comunitate preferate de acestea, de exemplu școlarizare, ocupare sau desfășurarea oricărui alte activități în comunitate; și
- Tipurile, intensitatea și durata sprijinului post-transfer au fost evaluate într-o manieră centrată pe persoană, utilizând inclusiv datele de observație culese ca urmare a desfășurării unor activități în comunitate în perioada rezidenței în centre.

Monitorizarea implementării Planului individual va fi realizată de către managerii de caz, iar rezultatele vor fi raportate către echipa centrului și Comitetul județean. Obiectivele monitorizării sunt de a urmări: (1) măsura în care obiectivelor personale stabilite în planul inițial/etapa anterioară de planificare sunt în continuare relevante; (2) activitățile menite urmăririi aspirațiilor și obiectivelor de viață independentă în comunitate, și a accesului la servicii de bază și specifice de sprijin; și (3) necesitatea unor activități noi în funcție de schimbarea obiectivelor personale și a evoluției nevoilor de acces la servicii de bază și specifice. Este o monitorizare care trebuie planificată pornind de la aspirațiile și nevoile persoanei cu dizabilități care utilizează preponderent metode calitative, pe baza unor interviuri cu persoana cu dizabilități, a unor date de observație cu privire la evoluția vieții independente a acesteia în comunitate culese cu consimțământul persoanei cu dizabilități.

Precum Planul Individual în general, conținutul Planului personalizat pentru monitorizarea Planului individual are un caracter variabil²⁵ de la o persoană la alta și este supus schimbării după cum urmează: (1) întrebările de monitorizare relevante pentru fiecare persoană cu dizabilități sunt formulate în faza finală a elaborării Planului individual (și incluse într-o secțiune dedicată), astfel încât să reflecte aspirațiile, obiectivele de viață independentă, nevoile de sprijin și riscurile specifice cu care persoana este probabil să se confrunte în procesul de tranziție la viața în comunitate; în funcție de întrebările de monitorizare considerate relevante, se pot planifica activitățile de monitorizare corespunzătoare, responsabilități cu derularea acestora, frecvența și modalitatea lor de desfășurare; și (2) schimbările apărute în aspirațiile și situația persoanei și/sau disponibilitatea serviciilor, care trebuie, de asemenea, reflectate în Planul Individual pentru a actualiza conținutul Planului personal de monitorizare.

Având în vedere caracterul dinamic al nevoilor și aspirațiilor persoanei cu dizabilități, Planul personal de monitorizare a implementării Planului individual este actualizat după după minim 3 luni, ca parte a actualizării Planului individual sau ori de câte ori este nevoie, ca urmare a unor vizite de monitorizare desfășurate de managerul de caz, la care pot participa, cu consimțământul persoanei cu dizabilități, și organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități.

Monitorizarea la nivel de individ se împletește strâns cu sprijinul acordat persoanei pre-, post- și în timpul transferului. Monitorizarea are un caracter reactiv, în sensul în care poate declanșa, în funcție de constatările și recomandările rezultate: (1) propuneri de îmbunătățire a serviciilor de sprijin sau a activităților de pregătire a tranziției în comunitate (în cazul persoanelor care nu au fost încă dezinstituționalizate), atunci când se constată obstacole de includere a persoanei în comunitate cauzate de absența sau insuficiența anumitor servicii (în cazul persoanelor care au ajuns în comunitățile de destinație); (2) revizuirea Planului individual, dacă persoana adaugă noi obiective de viață sau dacă se constată că serviciile sunt inadecvate nevoilor în evoluție ale persoanei cu dizabilități; și (3) activarea Planului de contingență și altor măsuri de sprijin de urgență, în cazul în care persoana cu dizabilități trece printr-o situație în comunitate care îi periclitează siguranța fizică, psihică sau economică. Orice sugestii sau revizii trebuie mai întâi discutate cu persoana și puse în aplicare doar cu consimțământul său.

Monitorizarea implementării Planului individual este de tip calitativ, fiind bazată pe **un set de întrebări personalizate și relevante în funcție de situația specifică a persoanei cu dizabilități**. În cadrul Planului personal de monitorizare inițial, se dezvoltă împreună cu persoana cu dizabilități un set de întrebări pentru a aprecia modul în care aceasta trăiește independent în comunitate: asigurarea faptului că aceasta are condiții adecvate de trai și nu există riscuri din punct de vedere al bunăstării sale psihice și fizice, inclusiv riscuri care ar putea să ducă la reinstituționalizare. Aceste întrebări trebuie propuse de managerul de caz și convenite împreună cu persoana cu dizabilități în Planul personal de monitorizare inițial, pentru a fi utilizate în cadrul vizitelor de monitorizare ulterioare.

Caseta 26: Formularea setului de întrebări personalizate pentru monitorizarea implementării Planului individual

Pentru formularea întrebărilor, managerul de caz din cadrul DGASPC va trebui să realizeze în prealabil o activitate de documentare. Documentarea ar trebui făcută cu privire la:

- Comunitatea de destinație și serviciile accesate de persoana cu dizabilități în afara comunității (de exemplu, angajatori), pentru a înțelege ce blocaje ar putea surveni.

²⁵ Singurele întrebări de monitorizare care pot rămâne aceleași, de la o persoană la alta, sunt cele privind accesul la servicii generale/de bază, oferite întregii populații, dar ele pot să lipsească în cazul persoanelor despre care se constată că nu au dificultăți de acces la aceste servicii de bază.

- Consultarea specialiștilor și a unor persoane-resursă din cercul de sprijin pentru a afla informații specifice despre dizabilitatea persoanei și posibile semne de degradări, criză, afecțiuni derivate/asociate etc.

De exemplu, persoana poate alege un serviciu de locuire în comun, dar își poate schimba opțiunea în viitor de a locui pe cont propriu, ca urmare a angajării într-un loc de muncă. Cele două situații reclamă, în funcție de momentul monitorizării, seturi de întrebări diferite. Întrebările legate de existența unei camere proprii, a unui spațiu personal amenajat pentru uzul exclusiv al persoanei sau de interacțiunile cu ceilalți locatari nu sunt aplicabile în condițiile în care persoana locuiește singură, dar pot fi importante în situația coabitării. Situația locativă, care determină formularea acestor întrebări, ar trebui să fie evidențiată în Planul de servicii inițial și actualizată ulterior dacă apar schimbări.

În funcție de răspunsul la întrebări, dacă apar dificultăți de asigurare a unor condiții adecvate pentru desfășurarea unei vieți independente în comunitate, anumite concluzii trebuie trase și ulterior discutate cu persoana cu dizabilități, cu echipa centrului rezidențial, cu coordonatorii managementului de caz din DGASPC și SPAS/DAS, cu asistentul personal profesionist și cu toți ceilalți actori decizionali sau comunitari și se vor lua măsuri noi de sprijin sau se vor face modificări cu privire la măsurile existente.

În ANEXA B1: SECȚIUNEA 4: PLANUL PERSONALIZAT PENTRU MONITORIZAREA IMPLEMENTĂRII PLANULUI INDIVIDUAL, este prezentat un exemplu de întrebări de monitorizare concepute pentru o persoană cu dizabilități ipotetică care urmează să facă tranziția la viața în comunitate concentrându-se astfel pe experiența sa cu privire la traiul independent în comunitate și accesul său la servicii (ANEXA B1. PLANUL INDIVIDUAL – ANEXĂ 2 ÎN SPRIJINUL MANAGEMENTULUI DE CAZ: SET DE ÎNTREBĂRI PRIVIND CALITATEA VIEȚII ȘI INCLUDEREA ÎN COMUNITATE A PERSOANEI CU DIZABILITĂȚI). Aceste întrebări trebuie formulate de către managerul de caz și consemnate în cadrul Planului personalizat de monitorizare, pentru a fi utilizate în vizitele de monitorizare ulterioare de către acesta sau alte persoane implicate în monitorizare, cum ar fi asistentul social SPAS/DAS. ANEXA B1: SECȚIUNEA 4 prevede și o serie de tabele centralizatoare ale concluziilor și recomandărilor vizitelor de monitorizare, care declanșează propuneri de intervenție. Aceste tabele centralizatoare, care au un format-cadru, dar al căror conținut trebuie personalizat pentru fiecare persoană cu dizabilități, se referă la două aspecte esențiale: (1) obiectivele de viață independentă ale persoanei cu dizabilități; și (2) accesul la servicii de bază și servicii de sprijin specializate.

Componenta 2: Evaluarea calității vieții și satisfacției

Ca parte a procesului de monitorizare și evaluare, este necesară desfășurarea unui studiu de analiză a impactului asupra calității vieții persoanelor cu dizabilități, inclusiv al satisfacției cu sprijinul primit, al planificării centrate de persoană și dezinstituționalizării în general. Studiul ar fi necesar să acopere toate persoanele cu dizabilități din centre, indiferent dacă acestea vor face tranziția în comunitate în perioada următoare. Managerii de caz ai persoanelor cu dizabilități din centrele rezidențiale ar trebui să administreze un chestionar de calitate a vieții care constă într-un set de întrebări standard închise (ANEXA B1. PLANUL INDIVIDUAL – ANEXĂ 2 ÎN SPRIJINUL MANAGEMENTULUI DE CAZ: SET DE ÎNTREBĂRI PRIVIND CALITATEA VIEȚII ȘI INCLUDEREA ÎN COMUNITATE A PERSOANEI CU DIZABILITĂȚI), elaborat pe baza instrumentelor folosite în acest scop pe plan internațional pentru a colecta date obiective și subiective despre calitatea vieții rezidenților în centre și satisfacția cu sprijinul primit. Indicatorii de calitate a vieții sunt calculați pe baza răspunsurilor persoanelor cu dizabilități și grupați pe dimensiuni ale calității vieții.

Răspunsurile tuturor persoanelor cu dizabilități ar putea fi culese în mai multe stadii:

1. De către o persoană special desemnată de conducerea centrului rezidențial, preferabil un asistent social sau un psiholog, înainte de etapa de implicare și consultare la nivel de centru, cu alte cuvinte înainte ca toate persoanele cu dizabilități rezidente să se familiarizeze cu metodele și beneficiile planificării centrate pe persoană și ale vieții independente și incluse în comunitate.
2. De către managerul de caz la finalul elaborării Planului individual, pentru a observa modificările survenite în nivelul și tipul de așteptări ale rezidenților la finalul procesului.
3. De către managerul de caz de la nivelul DGASPC, înainte de ieșirea persoanelor din centru, atunci când există un interval semnificativ de timp între stadiile 2 și 3, pentru a măsura schimbările în procesul de tranziție, inclusiv impactul planificării centrate pe persoană.
4. De către managerul de caz de la nivelul DGASPC, după transferul în comunitate, în cadrul vizitelor de monitorizare.

5.3. Monitorizarea post-transfer a calității serviciilor în comunitate

Va exista o monitorizare internă și una externă (independentă) a calității serviciilor. ANPIS va monitoriza calitatea serviciilor sociale din comunitate. În acest context va avea loc o revizuire amplă a standardelor de calitate și de cost ale serviciilor din comunitate, iar ANPIS va verifica, prin campanii de control dedicate, faptul că noile prevederi sunt implementate corespunzător și produc efectele scontate.

În plus, indicatorii interni de satisfacție a persoanelor cu dizabilități cu calitatea serviciilor oferite (un set de câteva întrebări, a căror aplicare, de către furnizorii de servicii, ar trebui să dureze doar câteva minute) trebuie să facă parte din standardele de calitate a acestor servicii, și să fie centralizați pentru a permite calcularea unor indicatori statistici agregați la diferite niveluri, pe diferite profiluri ale respondenților și pe tip de servicii primite.

Pentru a asigura un cadru independent de monitorizare a calității serviciilor în comunitate, vor fi luate măsuri, conform Planului de acțiune al Strategiei dezinstituționalizării, astfel încât: (1) cadrul independent de monitorizare să fie reglementat, cu precizarea metodologiei de evaluare; (2) reprezentanții Avocatului Poporului și ai Consiliului de Monitorizare implicați în monitorizarea calității serviciilor să fie instruiți cu privire la planificarea centrată pe persoană, viața independentă și includerea în comunitate; și (3) reprezentanții organizațiilor de drepturile omului să fie implicați în vizite de monitorizare în comunitate.

În acord cu prevederile Strategiei naționale care operaționalizează Art. 33 al CDPD, persoanele cu dizabilități și organizațiile lor reprezentative trebuie implicate în monitorizare. Participarea acestora la procesul de dezinstituționalizare este asigurată în mai multe dintre fazele planificării dezinstituționalizării la nivel de centru, inclusiv în monitorizare:

- Implicarea în formarea personalului din centru și în informarea inițială a rezidenților cu privire la planificarea centrată pe persoană
- Diseminarea fișei privind necesarul de servicii la nivel de centru către ONG-urile care furnizează servicii
- Colaborarea cu ONG-urile și organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități din comunitățile de destinație, pentru a identifica, cu participarea persoanelor cu dizabilități, modalități de sprijin al includerii lor în comunități și activități pregătitoare ale transferului și ale vieții independente
- Intensificarea activităților de monitorizare independentă în centre

- Facilitarea participării organizațiilor care reprezintă persoanele cu dizabilități și a altor ONG-uri, cu acceptul persoanelor cu dizabilități, în vizitele de monitorizare în comunitate și a serviciilor.

Anexa A. Plan propus de dezinstituționalizare.

PARTEA 1: Inițiere și pregătire

1. Informații generale și repere strategice la nivel de centru

1.1. Informații generale despre profilul centrului rezidențial în curs de dezinstituționalizare

[Această secțiune sprijină membrii Comitetului județean și alte părți interesate în procesul de înțelegere a unui profil pe scurt a centrului rezidențial. Datele sunt completate de către Coordonatorul de plan pe baza informațiilor furnizate de DGASPC și personalul centrului.]

CR1. Denumire centru rezidențial	
CR2. Reprezentant legal	
CR3. Adresa	
CR3.1. Județ	
CR3.2. Oraș/comună	
CR3.3. Sat (dacă e cazul)	
CR3.4. Stradă, nr.	
CR4. Tipul de furnizor	☐ ₍₁₎ Public ☐ ₍₂₎ Privat
CR5. Tipul de serviciu social rezidențial pentru care centrul a fost/este (re)licențiat/acreditat	☐ ₍₁₎ Centru de îngrijire și asistență ☐ ₍₂₎ Centru de abilitare și reabilitare ☐ ₍₃₎ Centru pentru viață independentă ☐ ₍₄₎ Locuință maxim protejată ☐ ₍₅₎ Locuință minim protejată ☐ ₍₆₎ Altul, care? CR5_ altul. Alt tip, și anume
CR6. Tipul licenței/acreditării deținute de centru	☐ ₍₁₎ Licență de 5 ani ☐ ₍₂₎ Licență provizorie ☐ ₍₃₎ În curs de (re)licențiere ☐ ₍₄₎ Fără licență
CR6.1. Data de emitere a licenței	[zz/ll/aaaa]
CR6.2. Data de expirare a licenței	[zz/ll/aaaa]
CR7. Centrul rezidențial...	☐ ₍₁₎ a trecut prin procesul de restructurare și l-a finalizat. ☐ ₍₂₎ a trecut prin procesul de reorganizare și l-a finalizat. ☐ ₍₃₎ urmează să înceapă restructurarea sau este în curs de restructurare. ☐ ₍₄₎ a fost înființat în urma procesului de restructurare a altui centru rezidențial. ☐ ₍₅₎ a fost înființat în afara procesului de restructurare.
CR7.1. Data estimată de finalizare a procesului de restructurare	[zz/ll/aaaa]
CR8. Centrul are aviz sanitar de funcționare valid	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
CR9. Centrul are aviz ISU valid	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu

☐⁽³⁾ Nu necesită aviz conform document ISUJ

CR10a. Nr. actual de angajați cu CIM

CR10b. Nr. actual de angajați cu Convenție civilă/Contract de mandat sau de prestări servicii/Raport de serviciu

CR11. Capacitatea centrului

CR12. Nr. de rezidenți la momentul T0

OBS. Observații

[Secțiunile 1.2, 1.3 și 1.4 se completează atunci când există un angajament la nivel de județ privind inițierea Planului de dezinstituționalizare și după ce au fost completate:

- ✓ Fișa individuală a angajatului din Evaluarea inițială: resurse umane (Anexa A2.1),
- ✓ Chestionarul cu privire la preferințele de viitor ale angajatului din Evaluarea inițială: resurse umane (Anexa A2.3),
- ✓ Fișa de evaluare inițială a resurselor materiale (Anexa A3),
- ✓ Fișa de evaluare inițială a resurselor financiare (Anexa A4),
- ✓ Fișa individuală pentru fiecare persoană cu dizabilități care locuiește în centrul rezidențial la momentul T0 (Anexa A5).]

1.2. Obiectivul general al Planului DI

[Obiectivul general vizează impactul final al Planului DI și trebuie să fie în concordanță cu Strategia dezinstituționalizării și principiile CDPD. Un exemplu de obiectiv general aplicabil tuturor Planurilor DI este: „Asigurarea că persoanele cu dizabilități din centrul rezidențial primesc tot sprijinul necesar pentru a face tranziția către a trăi independent în comunitate”. Acesta poate fi, însă, adaptat de fiecare DGASPC și Consiliu Județean.]

OBG. Obiectiv general

...

1.3. Obiectivele specifice ale Planului DI: Inițiere și pregătire

[Obiectivele specifice sprijină îndeplinirea obiectivului general. Ele trebuie să fie SMART (specifice, măsurabile, realizabile, și încadrate temporal). Exemple de obiective specifice, care ar putea fi aplicabile tuturor Planurilor DI, sunt: „1. Crearea cadrului instituțional pentru elaborarea și implementarea Planului DI” și „2. Pregătirea elaborării Planurilor Individuale pentru fiecare persoană din centrul rezidențial”. Acestea pot fi, însă, adaptate de fiecare DGASPC și Consiliu Județean, precum trebuie stabilite alte obiective specifice, cu detalii concrete în concordanță cu situația de la nivel de județ și centru rezidențial și cu țintele asumate.]

OBS.PLANDI1. Obiective specifice

OBS.PLANDI1.1. ...

OBS.PLANDI1.2. ...

...

OBS. Observații

1.4. Țintele Planului DI: Inițiere și pregătire

[Țintele Planului DI sunt completate de DGASPC și Consiliul Județean și sunt prezentate Comitetului județean.]

T. Ținte principale	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
T1. Nr. de angajați cuprinși în planul de instruire								
T2. Nr. de persoane cu dizabilități pentru care a fost desemnată echipa de elaborare și implementare a Planului Individual								

OBS. Observații

2. Crearea cadrului instituțional pentru elaborarea și implementarea Planului DI

2.1 Decizia de inițiere a Planului DI

[Această secțiune servește drept justificare pentru Hotărârea Consiliului Județean de inițiere a Planului DI, precum și pentru orice potențială cerere de finanțare. Constă într-o scurtă radiografie scrisă a situației generale a serviciilor sociale la nivel județean, care acoperă următoarele puncte: (1) obiectivele relevante din domeniul protecției persoanelor adulte cu dizabilități conform Strategiei județene de dezvoltare a serviciilor sociale/mențiuni cu privire la planul de a introduce noi obiective în acord cu obiectivele strategice legate de dezinstituționalizare, în cazul în care nu există încă; (2) valori actualizate ale indicatorilor principali cu privire la sistemul de protecție a adultului cu dizabilități la nivel de județ (nr. total centre rezidențiale și tipuri, nr. total rezidenți, nr. total angajați DGASPC care lucrează în centre rezidențiale, nr. total manageri de caz, nr. și tip de servicii publice sau private în comunitate disponibile, folosind date din Harta serviciilor); (3) orice referiri adiționale cu privire la Foile de parcurs județene sau documentele strategice naționale. Vedeați Capitolul 3.1. din Ghidul DI.]

SSDIZ_JUD. Scurtă prezentare a serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități, în contextul politicilor și strategiilor județene și naționale

...

T0. Data Hotărârii de Consiliu Județean/Local cu privire la inițierea Planului DI (momentul T0)		[zz/ll/aaaa]	
		Da	Nu
HCJ_PDI. Hotărârea Consiliului Județean de a iniția Planul DI include ...			
Angajamentul de a mobiliza de către DGASPC o echipă de coordonare a acestui demers în termen de o lună de la data semnării		☐ (1)	☐ (2)
Angajamentul de a finaliza Planul DI PARTEA 1: Inițiere și pregătire în termen de 4 luni de la data semnării		☐ (1)	☐ (2)
Adoptarea unei hotărâri cu privire la admiterile în centrul rezidențial în curs de dezinstituționalizare		☐ (1)	☐ (2)
Angajamentul de a implementa Planul DI cel târziu la 31 decembrie 2030		☐ (1)	☐ (2)



Atașați fizic copia după **Hotărârea Consiliului Județean, semnată, prin care a fost aprobată inițierea Planului DI.**

OBS. Observații

2.2. Mobilizarea echipei de coordonare a Planului DI

[DGASPC desemnează persoanele responsabile și completează informațiile despre fiecare membru al echipei de coordonare. A se vedea Capitolul 3.2 din Ghidul DI pentru atribuțiile complete ale fiecărui membru al echipei. Structura echipei prezentată în Capitolul 3.2, Caseta 9, are rol orientativ. Fiecare echipă se poate organiza în funcție de resursele alocate de DGASPC, în mod ideal păstrând setul de competențe recomandat de Ghid. Este recomandat transferul de expertiză între echipele mai multor centre.]

Rol în cadrul echipei	A fost mobilizat acest tip de membru al echipei?	Numele persoanei desemnate	Instituția de proveniență	Persoana participă la elaborarea mai multor Planuri DI
Coordonator de plan	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Specialist resurse umane	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Specialist comunicare	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Specialist fonduri europene	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Specialist monitorizare și evaluare	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Specialist financiar	☐ (1) Da ☐ (2) Nu		☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
Altul, și anume			☐ (1) DGASPC ☐ (2) Angajat al centrului ☐ (3) Expert extern sau contractat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu

OBS. Observații

--

2.3. Implicarea și consultarea părților interesate

[Coordonatorul de plan planifică și implementează activități de implicare și consultare cu sprijinul Specialistului în comunicare și DGASPC și în colaborare cu părțile interesate de la nivelul de comunității și alți parteneri relevanți. Unele dintre aceste activități pot fi coordonate la nivel județean, local sau național (de exemplu, ca parte a lansării unei campanii naționale prevăzute în Strategiaderezinstitucionalizării). A în cazul în care la nivelul unui județ sunt pregătite Planuri DI pentru mai multe centre, eforturile de comunicare trebuie coordonate.]



Puteți utiliza prezentarea inclusă în Anexa A7 în cadrul sesiunilor de implicare și consultare. Personalizați-o cu date relevante pentru județul și centrul în curs de dezinstituționalizare.



Completează **Lista centralizată a minuterelor pentru sesiunile organizate (L1)** și **Minutele** pentru fiecare eveniment/activitate organizată (folosind șablonul de minută din Anexa A1)



Vezi/Descarcă **Raportul agregat privind evenimentele/activitățile organizate**, care este autocompletat în baza minuterelor completate pentru fiecare sesiune (Anexa A1)

2.4. Parteneriate

[Coordonatorul de plan, cu sprijinul DGASPC și al Consiliului Județean trebuie să stabilească parteneriate specifice cu actori relevanți de la nivel județean. Acestea pot fi stabilite cu toate tipurile de părți interesate relevante care pot contribui la dezinstituționalizarea centrelor, descrise în Ghidul DI. Acești parteneri pot fi membri ai Comitetelor Județene de Coordonare sau alții. Pot fi specifici unui singur centru rezidențial sau pot acoperi mai multe centre din județ. Această secțiune include detalii privind parteneriatele specifice dezvoltate pentru implementarea Planului DI. Pot fi stabilite parteneriate **cheie** (de exemplu, cu instituțiile principale care oferă locuințe, sănătate, educație, locuri de muncă, servicii sociale) și parteneriate **adiționale** cu alte entități (de exemplu, ONG-uri, furnizori privați de servicii sociale, mass-media etc.).]

Informații cu privire la Comitetul Județean de Coordonare

PART.DATA. Data constituirii	[zz/ll/aaaa]
PART.COMP. Componența (instituții reprezentate)	

Parteneriate stabilite sau în curs de a fi stabilite pentru implementarea Planului DI

Nr.	Entitatea/Entitățile cu care se stabilește parteneriat	Membru al Comitetului Județean de Coordonare	Descrierea parteneriatului	Statusul parteneriatului
1	[Denumire instituție/organizație]	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu	[Detalii cu privire la angajamente/acțiuni]	☐ ₍₁₎ În curs de a fi stabilit ☐ ₍₂₎ Stabilit (semnat)
...				

OBS. Observații



Ataşați fizic copia **parteneriatelor contrasemnate**, odată stabilite.

2.5. Evaluarea inițială a resurselor

2.5.1. Evaluarea inițială a resurselor umane

[Specialistul în resurse umane, împreună cu Coordonatorul de plan, realizează evaluarea inițială a resurselor umane pe baza completării Anexei A2.1 privind evaluarea fiecărui angajat al centrului rezidențial. Datele populează automat Fișa de evaluare sintetică la nivel de centru (Anexa A2.2). Vezi secțiunea din Ghidul DI – Specialistul în resurse umane. După informarea angajaților cu privire la procesul de dezinstituționalizare, sunt realizate discuții individuale față în față cu fiecare angajat și se completează Chestionarul cu privire la preferințele de viitor ale angajaților centrului (Anexa A2.3).]



Completează **Lista nominală a personalului centrului rezidențial (L2)** și apoi completează **Fișa individuală (Anexa A2.1)** și **Chestionarul cu privire la preferințele de viitor (Anexa A2.3)** pentru fiecare persoană din listă



Vezi/Descarcă **Fișa de evaluare sintetică din Evaluarea inițială: resurse umane (Anexa A2.2)**, care a fost autocompletată pe baza datelor din Anexa A2.1

RUCR_DESCR. Descrieți compoziția resurselor umane pe baza informațiilor din Fișa de evaluare sintetică din Evaluarea inițială: resurse umane (Anexa A2.2).

...

Preferințele generale ale personalului cu privire la opțiunile de carieră în afara sistemului rezidențial

	Total personal
Transferul într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al DGASPC, deja existent sau care urmează să fie înființat	
Transferul într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al autorităților publice locale sau furnizorilor privați, deja existent sau care urmează să fie înființat	
Transferul în cadrul unui alt departament din aparatul propriu al DGASPC (inclusiv serviciu de management de caz)	
A deveni asistent personal profesionist	
Încetarea contractului de muncă, la cerere, și găsirea unui nou loc de muncă în alt domeniu decât cel al serviciilor sociale, după ce urmează, cu sprijinul AJOFM, cursuri de reconversie profesională	
Încetarea contractului de muncă la cerere și retragerea din activitatea profesională sau găsirea pe cont propriu a unui nou loc de muncă	

Notă: Tabelul este completat automat pe baza completării Chestionarului privind preferințele viitoare ale angajaților (Anexa A2.3) pentru fiecare angajat.

Preferințe generale cu privire la navetă

	Total personal
Personalul destul de interesat sau foarte interesat să facă naveta dacă apare oportunitatea unui loc de muncă în altă localitate decât cea în care locuiesc	

Notă: Tabelul este completat automat pe baza completării Chestionarului privind preferințele viitoare ale angajaților (Anexa A2.3) pentru fiecare angajat.

Interes de formare cu privire la calificări prevăzute de standardele minime de calitate privind serviciile sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități în comunitate

Personalul destul de interesat sau foarte interesat să urmeze cursuri de calificare în următoarele ocupații:	Total personal
Lucrător social	
Pedagog social	
Tehnician maseur	
Pedagog recuperare	
Asistent personal profesionist	

Notă: Tabelul este completat automat pe baza completării Chestionarului privind preferințele viitoare ale angajaților (Anexa A2.3) pentru fiecare angajat. Aceste calificări permit transferul/angajarea personalului necalificat în servicii sociale în comunitate. Alte tipuri de formare vor reprezenta module obligatorii pentru tot personalul care va lucra în comunitate (ex. planificare centrată pe persoană, aspecte legate de drepturile persoanelor cu dizabilități conform CDPD etc.).

Interes de formare cu privire la alte cursuri tematice relevante pentru serviciile sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități în comunitate

Personalul destul de interesat sau foarte interesat să urmeze următoarele instruiți:	Total personal
Instructor ergoterapie	
Tehnician evaluare, recomandare, furnizare și adaptare fotolii rulante	
Îngrijitor la domiciliu	
Animator socio-educativ	
Alt curs de specializare/perfecționare, și anume...	

Notă: Tabelul este completat automat pe baza completării Chestionarului privind preferințele viitoare ale angajaților (Anexa A2.3) pentru fiecare angajat. Aceste calificări permit transferul/angajarea personalului necalificat în servicii sociale în comunitate. Alte tipuri de formare vor reprezenta module obligatorii pentru tot personalul care va lucra în comunitate (ex. planificare centrată pe persoană, aspecte legate de drepturile persoanelor cu dizabilități conform CDPD etc.).

2.5.2. Evaluarea inițială a resurselor materiale

[Coordonatorul de plan realizează evaluarea inițială a resurselor materiale completând Anexa A3. Vezi secțiunea din Ghid DI. Proprietarul terenului și clădirilor, în mod ideal în urma întâlnirilor din comunitate, începe să dezbate opțiunile de utilizare alternativă a terenului și clădirilor. Opțiunile sunt prezentate în secțiunea dedicată a ghidului.]



Completează **Fișa de evaluare inițială a resurselor materiale** (Anexa A3)

RMCR.DESCR. Scurtă descriere a resurselor materiale pe baza informațiilor din Fișa de evaluare inițială a resurselor materiale (Anexa A3), inclusiv o prezentare a dimensiunii proprietății și a stării generale a terenului/clădirilor, descrierea vecinilor, accesul la transportul public și frecvența acestuia, facilitățile disponibile.

...

Potențiala utilizare viitoare a resurselor materiale ale centrului

RMCR1. Nr. de întâlniri desfășurate pentru a dezbate potențiala utilizare viitoare a resurselor materiale ale centrului (conform minutelor din secțiunea de evenimente)	
RMCR2. Până la trei scopuri principale pe care le-ar putea avea resursele materiale, pe baza rezultatelor dezbaterii (vezi secțiunea corespunzătoare din Ghidul DI)	1. ... 2. ... 3. ...
RMCR3. Soluțiile au fost prezentate Comitetului Județean de Coordonare	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
RMCR4. Hotărârea cu privire la noua utilizare a clădirilor sau a terenului a fost inclusă într-o hotărâre CJ/CL	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu, hotărârea nu este finală
RMCR5. Descrieți modul în care rezidenții vor beneficia de reutilizarea resurselor materiale în cadrul fiecărei opțiuni, dacă este cazul.	

2.5.3. Evaluarea inițială a resurselor financiare

[Specialistul financiar, împreună cu Coordonatorul de plan, realizează evaluarea inițială a resurselor financiare completând Anexa A4. Vezi secțiunea corespunzătoare din Ghid DI.]



Completează **Fișa de evaluare inițială a resurselor financiare** (Anexa A4)

FIN.DESCR. Scurtă descriere a resurselor financiare pe baza informațiilor din Fișa de evaluare inițială a resurselor financiare (Anexa A4), inclusiv costul mediu pe rezident, structura veniturilor, sursa veniturilor (bugetul de stat, județean, contribuția beneficiarilor), structura cheltuielilor pe categorii principale.

...

OBS. Observații

2.6. Evaluarea resurselor de la nivel județean/local

[Lista tuturor serviciilor sociale va fi pusă la dispoziție echipei de coordonare de către fiecare DGASPC. Managerii de caz o vor putea folosi pentru a identifica serviciile necesare rezidenților la transferul în comunitate, iar Coordonatorul de plan, împreună cu DGASPC și CJ, o vor putea folosi pentru planificarea noilor servicii în comunitate sau extinderea capacității celor existente. O listă a tuturor serviciilor sociale publice și private relevante pentru 2022 care trebuie actualizată este disponibilă în Anexa A8 a Planului DI. Lista trebuie actualizată cu suport din partea DGASPC în termen de 4 luni de la T0, dar și pe parcursul desfășurării procesului de dezinstituționalizare. Lista poate fi transpusă și în Google Maps, pentru ușurință în utilizare și vizualizare geografică a serviciilor.]



Actualizează **Lista serviciilor sociale publice și private de la nivel de județ** (Anexa A8)

SERV.SOC. Scurtă prezentare a serviciilor sociale publice și private la nivel de județ (numărul total de servicii publice și private, numărul pe tip de serviciu etc.).

...

OBS. Observații

3. Pregătirea elaborării Planurilor Individuale

3.1. Profilul persoanelor cu dizabilități care locuiesc în CR

[Managerul de caz completează Fișa individuală pentru fiecare persoană cu dizabilități care locuiește în centrul rezidențial la momentul T0 (Anexa A5), T0 reprezentând data Hotărârii de Consiliu Județean cu privire la inițierea Planului de dezinstituționalizare, sub coordonarea Coordonatorului de plan. În cazul versiunilor publice ale Planului DI, se va respecta Regulamentul General privind Protecția Datelor (RGPD) și nu se vor afișa date personale.]



Completează **Lista nominală a persoanelor cu dizabilități care locuiesc în centrul rezidențial la momentul T0 (L3)** și apoi completează **Fișa individuală** (Anexa A5) pentru fiecare persoană din listă

[După completarea Fișei individuale pentru fiecare persoană cu dizabilități care locuiește în centrul rezidențial (Anexa A5), se va genera automat Profilul rezidenților (pe scurt), pe care îl puteți descărca din instrumentul StartDI.]

PRS. Profilul rezidenților – pe scurt

	18-29 ani	30-64 ani	65-84 ani	85+ ani	Total (nr.)	Total (procent)
Femei						
Bărbați						
Tipul dizabilității ...						
Fizic						
Somatic						
Auditiv						
Vizual						
Mintal						

	Psihic	
	Asociat	
	HIV/SIDA	
	Boli rare	
	Surdocecitate	
	Rezidenți cu încadrare în grad de handicap ...	
	Ușor	
	Mediu	
	Accentuat	
	Grav	
	Grav cu asistent personal	
	Fără încadrare în grad de handicap	
	Rezidenți în funcție de perioada de timp petrecută în sistemul de protecție (pentru copii și adulți)	
	Între 0 - 5 ani	
	Între 6 - 10 ani	
	Între 11 - 15 ani	
	16 ani și peste	
	Rezidenți puși sub interdicție	
	Rezidenți cu familie sau rude cunoscute, cu care păstrează legătura	
	Rezidenți care au fost cuprinși într-o formă de învățământ	
	Rezidenți care lucrează sau cu capacitate de muncă care pot lucra	
	Rezidenți care au avut o sursă de venit constant în ultimele 6 luni, din orice fel de sursă	

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa A5 pentru fiecare persoană din centrul rezidențial la T0. Pentru centrele cu mai mult de 30 de rezidenți la T0 (în Secțiunea 1.1. Informații generale despre profilul centrului rezidențial în curs de dezinstituționalizare, pentru Nr. de rezidenți la momentul T0 a fost completat un număr mai mare de 30), tabelul afișează și totalul în procente.

3.2. Mobilizarea echipei de elaborare a Planurilor Individuale

[Coordonatorul de plan, cu sprijinul Serviciului Management de caz/departamentului DGASPC, furnizează informații despre fiecare membru al echipei care elaborează Planul Individual sub ghidajul persoanei cu dizabilități. Vezi secțiunea Ghidului de dezinstituționalizare pentru atribuțiile complete ale fiecărui membru al echipei. Persoana cu dizabilități trebuie să aleagă/să își dea acordul cu privire la echipa de pregătire și implementare.]

Rol în cadrul echipei de elaborare a Planurilor Individuale	Numele persoanei mobilizate în echipa de elaborare a Planurilor Individuale	Denumirea instituției de proveniență	Număr de rezidenți cărora persoana le oferă sprijin
Manager de caz		☐ ⁽¹⁾ DGASPC ☐ ⁽²⁾ Angajat al centrului ☐ ⁽³⁾ Expert extern sau contractat	
...	...		
Facilitator		☐ ⁽¹⁾ DGASPC ☐ ⁽²⁾ Angajat al centrului ☐ ⁽³⁾ Expert extern sau contractat	
...	...		
Specialist în comunicarea cu persoanele cu dizabilități		☐ ⁽¹⁾ DGASPC ☐ ⁽²⁾ Angajat al centrului ☐ ⁽³⁾ Expert extern sau contractat	
...	...		

OBS. Observații

--



Ar trebui să existe cel puțin 1 facilitator pentru fiecare 8-10 persoane cu dizabilități care locuiesc în centrul rezidențial. Facilitatorii vor urma un modul intensiv de formare în planificarea centrată pe persoană, în timp ce alți membri ai personalului centrului rezidențial vor urma o formare generală PCP.



Fiecare persoană care locuiește în centrul rezidențial trebuie să aibă un manager de caz din cadrul unui departament dedicat managementului de caz al DGASPC. Dacă există manageri de caz repartizați printre personalul centrului, aceștia trebuie să fie transferați la departamentul de management de caz DGASPC.

3.3. Planificarea formării

[Înainte de elaborarea Planurilor Individuale, membrii nucleului echipei (echipa de coordonare, managerii de caz și facilitatorii) trebuie să urmeze o formare în PCP (vezi secțiunea corespunzătoare din Ghidul DI). În plus, sunt relevante și alte tipuri de instruire pentru furnizarea de servicii în comunitate printr-o abordare centrată pe persoană și pentru implementarea Planului DI (vezi secțiunea corespunzătoare din Ghidul DI). Planificarea și implementarea formării vor fi pregătite de Specialistul în resurse umane sub coordonarea Coordonatorului de plan și în colaborare cu departamentul de Resurse Umane al DGASPC și furnizori privați de servicii, dacă este cazul. Specialistul în resurse umane furnizează, în coordonare cu furnizorii de formare și sub îndrumarea Coordonatorului de plan, date despre instruirea care urmează să fie oferită personalului centrului rezidențial, cu detalii despre obiectivele de formare, subiecte, categoria și numărul de personal instruit, data, ora și durata instruirii, buget și formatori pentru fiecare angajat. Activitățile de formare legate de PCP vor fi coordonate la nivel național de către ANPDPD.]

FORM.DESCR. Scurtă prezentare a activităților legate de formare (prezentați nevoia de formare identificată, atât în ceea ce privește nevoia de formare în PCP, cât și cea de formare pentru furnizarea de servicii în comunitate, descrieți planificarea activităților de formare în conformitate cu nevoia identificată, colaborări cu furnizori privați de servicii, dacă este cazul etc.).

...



Completează **Plan pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI** (Anexa A6)

3.4. Activități de autoreprezentare pentru rezidenții centrului

[Coordonatorul de plan împreună cu managerii de caz planifică și desfășoară activități cu privire la autoreprezentare în colaborare cu autoreprezentanți. Vezi secțiunile corespunzătoare din Ghidul DI. Aceste activități trebuie să se desfășoare înaintea elaborării planurilor centrate pe persoană pentru rezidenții centrului. O platformă cu scurtmetraje va fi disponibilă ca resursă de sprijin. O rețea de autoreprezentanți va fi dezvoltată în cadrul Strategiei dezinstituționalizării, printr-o măsură dedicată și un apel pentru propuneri.

AUTOR.DESCR. Scurtă prezentare a activităților de autoreprezentare (tipuri de activități, planificarea acestora etc.).

...



Completează **Lista centralizată a minuterelor pentru sesiunile organizate (L1)**) și **Minutele** pentru fiecare eveniment/activitate organizată (folosind șablonul de minută din Anexa A1)



Vezi/Descarcă **Raportul agregat privind evenimentele/activitățile organizate**, care este autocompletat în baza minuterelor completate pentru fiecare sesiune (Anexa A1)

**APROBAREA
PLANULUI
DI:
INIȚIERE ȘI
PREGĂTIRE**

Nume și prenume:

Funcție:

Data: [zz/ll/aaaa]

Semnătură:

Anexa A1. Fișă evenimente

Această anexă conține minutele tuturor tipurilor de evenimente organizate în timpul fazelor de pregătire, implementare și monitorizare și evaluare a Planului DI. Minutele sunt completate de Coordonatorul de plan. Anexa include și raportul agregat privind numărul total de activități și de actori relevanți care au participat la ele, care se autocompletează pe baza minutelor completate.

L1. Lista centralizată a minutelor completate pentru sesiunile organizate

Nr.	Data de început a activității	Data de finalizare a activității	Activitatea/evenimentul a fost organizat	Tip de activitate/eveniment
1	zz/ll/aaaa	zz/ll/aaaa	☐ ₍₁₎ În pregătirea Planului DI Partea 1: inițiere și pregătire ☐ ₍₂₎ În pregătirea și implementarea Planului DI Partea 2: implementare și actualizare ☐ ₍₃₎ În faza de monitorizare și evaluare a Planului DI	☐ ₍₁₎ Activități de informare și consultare ale actorilor interesați relevanți ☐ ₍₂₎ Activități de instruire ☐ ₍₃₎ Activități de autoreprezentare pentru rezidenții centrelor
...				

Șablon de minută

[Completați un șablon de minută pentru fiecare eveniment/activitate organizată.]

MIN.DATA. Data activității: zz/ll/aaaa până la zz/ll/aaaa

MIN.ETAPA. Activitatea/evenimentul a fost organizat	MIN.TIP. Tip de activitate/eveniment
1. În pregătirea Planului DI Partea 1: inițiere și pregătire	1. Activități de informare și consultare ale actorilor interesați relevanți
2. În pregătirea și implementarea Planului DI Partea 2: implementare și actualizare	2. Activități de instruire
3. În faza de monitorizare și evaluare a Planului DI	3. Activități de autoreprezentare pentru rezidenții centrelor

Locul unde a avut loc activitatea:

MIN.INST. Instituție:

MIN.ADRS. Adresă:

Moderator sau organizator al activității/evenimentului:

Nume	Funcție	Instituție
MIN.MOD1	MIN.MOD2	MIN.MOD3

Participanți

[Menționați numele și tipul de actor pentru fiecare participant la eveniment.]

Nr.	Numele participantului	Tipul de actor relevant
1	MIN.PART1	MIN.PART1_TIP
2	MIN.PART2	MIN.PART2_TIP
		

MIN.TOPICS. Subiect(e) discutat(e)

[Completați subiectele principale/până la 5 puncte cheie.]

MIN. Persoana care a completat Minuta (Anexa A1):

MIN.R. Nume și prenume	MIN.FR. Funcție	MIN.DATAC. Dată completare	MIN.TELR. Telefon
------------------------	-----------------	----------------------------	-------------------

		[zz/ll/aaaa]		
Raport agregat privind evenimentele/activitățile organizate				
	În faza de pregătire a Planului DI Partea 1: inițiere și pregătire	În faza de pregătire și implementare a Planului DI Partea 2: implementare și actualizare	În faza de monitorizare și evaluare a Planului DI	Total
Nr. total de activități, dintre care...				
Activități de informare și consultare ale actorilor interesați relevanți				
Activități de instruire				
Activități de autoreprezentare pentru rezidenții centrelor				

Numărul de participanți la activități după tipul de actori relevanți pentru procesul de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități și în funcție de faza în care au fost organizate activitățile:

Tipuri de actori relevanți	În faza de pregătire a Planului DI Partea 1: inițiere și pregătire	În faza de pregătire și implementare a Planului DI Partea 2: implementare și actualizare	În faza de monitorizare și evaluare a Planului DI	Total
1. Rezidenți din centrul în care se implementează Planul DI				
2. Autoreprezentanți				
3. Familii sau alți membri ai cercului de sprijin al rezidenților				
4. Membrii echipei de conducere				
5. Managerii de caz ai rezidenților				
6. Facilitatori ai rezidenților				
7. Alt personal al centrului				
8. Alți angajați DGASPC				
9. Reprezentanți ai personalului DGASPC (sindicate, asociații)				
10. Reprezentanții Consiliului Județean				
11. Instituții publice la nivel județean (AJOFM etc.)				
12. Instituții și autorități publice la nivel local (SPAS, școli etc.)				
13. Structuri de consiliere comunitară la nivel județean				
14. ONG-uri/societate civilă				
15. Mass media				
16. Reprezentanți unități medicale (spitale de urgență, spitale județene, municipale, orașenești, spitale de psihiatrie, etc)				
17. Alt tip de actor relevant				

Notă: Raportul agregat de evenimente este completat automat pe baza completării minutelor (conform șablonului) pentru fiecare eveniment/activitate organizată.

Anexa A2.1. Evaluarea inițială: Resurse umane – Fișa individuală a angajatului

L2. Lista nominală a personalului centrului rezidențial

[Lista este alcătuită din persoanele care lucrează efectiv în cadrul centrului rezidențial la momentul evaluării inițiale a resurselor umane. Este inclus și personalul contractat în baza altor tipuri de contracte decât cele individuale de muncă (prestări servicii, convenții etc.).]

Nr.	Nume	Prenume	Educație	Funcție	Fișă individuală (Anexa A2.1)	Chestionar preferințe (Anexa A2.3)
1					☐ ₍₁₎ Finalizat ☐ ₍₂₎ Parțial ☐ ₍₃₎ Neînceput	☐ ₍₁₎ Finalizat ☐ ₍₂₎ Parțial ☐ ₍₃₎ Neînceput
2						
...						

Fișa individuală a angajatului

SCOP: Datele colectate prin intermediul acestui instrument contribuie la informarea deciziilor echipei de coordonare în etapa de pregătire a procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial, prin evaluarea centrului rezidențial din perspectiva structurii, specificității și volumului resurselor umane pe care le are la dispoziție. Parte a evaluării inițiale a centrului rezidențial, instrumentul este utilizat pentru a colecta informațiile necesare pentru a analiza modul în care structura și volumul personalului sunt adecvate nevoilor de servicii ale rezidenților și pentru a implementa Planul DI, precum și pentru a stabili nevoile de formare și profilul ocupațional al personalului care își va asuma noi roluri, inclusiv prin transferul din serviciile rezidențiale la serviciile de sprijin în comunitate.

Modalitatea de completare: Acest instrument se completează individual pentru fiecare angajat care lucrează efectiv în cadrul centrului rezidențial la momentul evaluării inițiale a resurselor umane ale centrului rezidențial. Se include și personalul contractat în baza altor tipuri de contracte decât cele individuale de muncă (prestări servicii, convenții etc.).

Sursa informațiilor: Dosarele personalului CR.

Responsabil de completare: Specialistul în resurse umane, care face parte din echipa de coordonare angajat/desemnat/contractat pentru a elabora și a implementa Planul DI la nivel de centru rezidențial, împreună cu coordonatorul de plan și/sau personalul centrului, după caz.

RUI1. Nume:

RUI2. Prenume:

RUI3. Sexul: ☐₍₁₎ Masculin ☐₍₂₎ Feminin

RUI4. Vârsta: ani împliniți

RUI5. Ultimul nivel de învățământ de cel mai înalt grad absolvit

Mai puțin de 8 clase	☐ (1)
Școala gimnazială – 8 clase.....	☐ (2)
10 clase.....	☐ (3)
Școală profesională, de ucenici sau complementar	☐ (4)
Liceu terminat (12-13 clase), fără diplomă de bacalaureat.....	☐ (5)
Liceu terminat (12-13 clase), cu diplomă de bacalaureat.....	☐ (6)
Școală postliceală/școală de maiștri.....	☐ (7)
Studii superioare, nivel de licență	☐ (8)
Studii postuniversitare (master, doctorat).....	☐ (9)

RUI6. Care sunt calificările atestate prin diplomă/certificat/alt act de studii eliberat de instituții de învățământ sau de alte organizații autorizate?

Nicio calificare	☐ (77)
Asistent medical (inclusiv generalist, principal)	☐ (1)
Asistent medical de farmacie	☐ (2)
Asistent social/Licență/Master Asistență Socială	☐ (3)
Bucătar	☐ (4)
Cadru tehnic PSI	☐ (5)
Contabilitate	☐ (6)
Economist/Licențiat/Master Științe Economice	☐ (7)
Farmacist	☐ (8)
Formator/Formator de formatori	☐ (9)
Infirmier	☐ (10)
Îngrijitori bătrâni la domiciliu	☐ (11)
Inspector/referent resurse umane	☐ (12)
Instructor de ergoterapie	☐ (13)
Jurist/Licențiat/Master drept	☐ (14)
Kinetoterapeut (inclusiv, Balneofiziokinetoterapeut, Fiziokinetoterapeut etc.)	☐ (15)
Lucrător social	☐ (16)
Manager	☐ (17)
Mecanic	☐ (18)
Medic	☐ (19)
Pedagog de recuperare	☐ (20)
Psiholog/Licențiat/Master Psihologie/Psihologie clinică și psihoterapie	☐ (21)
Psihopedagogie specială	☐ (22)
Tehnician	☐ (23)
Altă calificare	☐ (24)

RUI6_24_alta. Altă calificare, și anume

RUI7. Stă în localitatea unde este CR sau face naveta de acasă la CR? ☐ (1) Stă în localitate ☐ (2) Face naveta

COMPLETEAZĂ RUI71, RUI72 ȘI RUI73 DOAR DACĂ FACE NAVETA

RUI71. Ce distanță parcurge din localitatea de domiciliu până la CR		km	RUI72. Cât timp îi ia să ajungă din localitatea de domiciliu la CR?		minute
RUI73. Îi sunt decontate costurile cu naveta, conform legislației în vigoare?	☐ (1) Da în totalitate ☐ (2) Da, parțial ☐ (3) Nu				

Experiența de muncă:

RUI8

COMPLETEAZĂ 0 (ZERO) DACĂ NU ARE EXPERIENȚĂ LA C. ȘI/SAU D.

Ani

a.

Vechimea totală în muncă

b.

Ani de experiență în sistemul de protecție a adultului

c.

Ani de experiență în sistemul de protecție a copilului

d.

Ani de experiență în servicii sociale în comunitate

e.

Ani de experiență în actualul centru

RUI9. Categoria de personal

Funcție publică de conducere	☐ (1)	Personal contractual	☐ (3)
Funcție publică de execuție	☐ (2)	Altă situație	☐ (4)

RUI10. Funcția deținută în cadrul CR

Personal de conducere: 101. Șef/Coordonator centru/Director

Personal de specialitate de îngrijire și asistență; personal de specialitate și auxiliar:

201. Medic

202. Asistent medical

203. Soră medicală

204. Infirmieră

205. Fiziokinetoterapeut

206. Kinetoterapeut

207. Fizioterapeut

208. Maseur

209. Pedagog de recuperare

210. Pedagog social

211. Psiholog

212. Psihoterapeut

213. Psihopedagog

214. Logoped/Instructor logoped

215. Interpret în limbaj mimico-gestual

216. Asistent social

217. Tehnician de asistență socială

218. Lucrător social

219. Nutriționist și/sau dietetician

220. Educator/Educator puericultor

221. Instructor-educator pentru activități de resocializare

222. Animator educativ

223. Instructor de ergoterapie

224. Terapeut ocupațional

225. Consilier vocațional

226. Specialist în evaluarea vocațională

227. Specialist în angajare asistată

228. Artterapeut

229. Consilier în domeniul adicțiilor

230. Alți specialiști

Personal administrativ, gospodărie, întreținere - reparații, deservire

301. Administrator

302. Funcționar administrativ

303. Contabil/Funcționar economic

304. Alte funcții administrative cu studii superioare

305. Casier

306. Magazinier

307. Îngrijitor, personal pentru curățenie spații

308. Spălătoreasă/Lenjereasă

309. Șofer

310. Bucătar

311. Fochist

312. Paznic

313. Muncitor calificat

314. Muncitor necalificat

315. Alte funcții administrative cu studii medii sau gimnaziale

RUI12. Grad/Treaptă profesională

☐ (9) Nu se aplică

☐ (1) I

☐ (2) II

☐ (3) III

☐ (4) IV

☐ (5) Principal

☐ (6) Specialist

☐ (7) Practicant

☐ (8) Debutant

RUI13. Tipul raportului juridic dintre angajat și instituția unde este angajat

- Contract de muncă pe perioadă nedeterminată..... ☐ (1)
- Contract de muncă pe perioadă determinată ☐ (2)
- Convenție civilă/contract de mandat/de prestări servicii..... ☐ (3)
- Raport de serviciu ☐ (4)

RUI14. Instituția cu care are raportul juridic:

- Acest CR ☐ (1)
- Alt CR/serviciu din județ..... ☐ (2)
- DGASPC ☐ (3)
- Altă instituție, care? ☐ (4)

RUI14_alta. Altă instituție, și anume**RUI15. Lucrează și în alte servicii ale DGASPC?** ☐ (1) Da ☐ (2) Nu**RUI16. Programul obișnuit de lucru este...?** ☐ (1) Complet (normă întreagă) ☐ (2) Parțial**RUI17. Lucrează în ture?** ☐ (1) Da ☐ (2) Nu**RUI18. Durata obișnuită a săptămânii de lucru în CR** Ore/săptămână**RUI19. Din care, câte ore lucrează direct cu rezidenții din CR pe săptămână?** Ore/săptămână ☐ (77) Nu e cazul**RUI20. Număr de rezidenți cu care lucrează direct într-o zi (medie pe tură de zi, acolo unde este cazul)** Rezidenți/zi ☐ (77) Nu e cazul**RUI21. Este membru în echipa multidisciplinară?** ☐ (1) Da ☐ (2) Nu**RUI22. Este manager de caz?** ☐ (1) Da ☐ (2) Nu**COMPLETEAZĂ RUI22.1 ȘI RUI22.2 DOAR DACĂ DA LA RUI22, ALTFEL TRECI LA RUI23.****RUI22.1. Pentru câți rezidenți este manager de caz?** rezidenți**RUI22.2. A absolvit cursuri de pregătire în management de caz?** ☐ (1) Da ☐ (2) Nu

RUI23. În ultimii cinci ani au existat reclamații, sesizări cu privire la fapte de abuz, neglijare, rele tratamente sau alte tipuri de violență realizate de angajat?					DACĂ LA RUI23 A FOST INDICAT CODUL 2		DACĂ DA LA RUI24
					RUI24. Au fost luate măsuri împotriva angajatului?		RUI24.1. Ce măsuri s-au luat împotriva angajatului?
		Nu	Da și s-au confirmat	Da, dar nu s-au confirmat	Nu	Da	
a	Abuz verbal	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (1)	☐ (2)	
b	Abuz fizic	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (1)	☐ (2)	
c	Abuz psihologic	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (1)	☐ (2)	
d	Abuz sexual	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (1)	☐ (2)	
e	Abuz economic	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (1)	☐ (2)	

	RUI23. În ultimii cinci ani au existat reclamații, sesizări cu privire la fapte de abuz, neglijare, rele tratamente sau alte tipuri de violență realizate de angajat?	DACĂ LA RUI23 A FOST INDICAT CODUL 2 RUI24. Au fost luate măsuri împotriva angajatului?			DACĂ DA LA RUI24 RUI24.1. Ce măsuri s-au luat împotriva angajatului?	
		Nu	Da și s-au confirmat	Da, dar nu s-au confirmat	Nu	Da
f	Neglijare fizică	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
g	Neglijare emoțională	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
h	Exploatare	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
i	Tortură, tratamente crude, inumane sau degradante	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
j	Alte tipuri de violență	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎

RUI25. S-au luat măsuri disciplinare împotriva angajatului sau a fost sancționat pentru alte comportamente neadecvate la locul de muncă? ☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu

COMPLETEAZĂ RUI25.1 DOAR DACĂ DA LA RUI25. ALTFEL TRECI LA RUI26.

RUI25.1. Pentru ce anume a fost sancționat?

RUI26. A urmat cursuri de formare continuă/perfecționare/specializare în ultimii 5 ani? ☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu

RUI. Persoana care a completat Fișa individuală a angajatului (Anexa A2.1):

RUI.R. Nume și prenume	RUI.FR. Funcție	RUI.DATA. Dată completare	RUI.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa A2.2. Evaluarea inițială: Resurse umane – Fișa de evaluare sintetică

Fișa de evaluare sintetică a resurselor umane din centrul rezidențial se autocompletează pe baza datelor din Anexa A2.1.

A.	Personal de îngrijire și asistență specializat; personal specializat și auxiliar	Nr. total de posturi ocupate	Dintre care ...			
			Funcționari publici	Personal contractat	Cu normă întreagă	Cu normă parțială
1.	Medic (orice tip)					
2.	Asistent medical					
3.	Soră medicală					
4.	Infirmier					
5.	Fiziokinetoterapeut					
6.	Kinetoterapeut					
7.	Fizioterapeut					
8.	Maseur					
9.	Pedagog de recuperare					
10.	Pedagog social					
11.	Psiholog					
12.	Psihoterapeut					
13.	Psihopedagog					
14.	Logoped/instructor logoped					
15.	Interpret în limbaj mimico-gestual					
16.	Asistent social					
17.	Tehnician de asistență socială					
18.	Lucrător social					
19.	Nutriționist și/sau dietetician					
20.	Educator/Educator puericultor					
21.	Instructor - educator pentru activități de resocializare					
22.	Animator educativ					
23.	Instructor de ergoterapie					
24.	Terapeut ocupațional					
25.	Consilier vocațional					
26.	Specialist evaluare vocațională					
27.	Specialist angajare asistată					
28.	Artterapeut					
29.	Consilier în domeniul adicțiilor					
30.	Alți specialiști					
31.	Subtotal					
			Dintre care ...			

A.	Personal de îngrijire și asistență specializat; personal specializat și auxiliar	Nr. total de posturi ocupate	Dintre care ...			
			Funcționari publici	Personal contractat	Cu normă întreagă	Cu normă parțială
B.	Personal administrativ, curățenie, întreținere – reparații, întreținere	Nr. total de posturi ocupate	Funcționari publici	Personal contractat	Cu normă întreagă	Cu normă parțială
1.	Șef/Coordonator centru/Director					
2.	Administrator					
3.	Funcționar administrativ/inspector de specialitate					
4.	Contabil/Funcționar economic					
5.	Alte posturi administrative cu studii superioare					
6.	Casier					
7.	Magaziner					
8.	Îngrijitor, personal pentru curățenie spații					
9.	Spălătoreasă/Lenjereasă					
10.	Șofer					
11.	Bucătar					
12.	Fochist					
13.	Paznic					
14.	Muncitor calificat					
15.	Muncitor necalificat					
16.	Alte posturi administrative cu studii medii sau gimnaziale					
17.	Subtotal					
C.	Total					

Nr. total de persoane care lucrează în prezent în centrul rezidențial cu alt tip de contract decât contract individual de muncă	
---	--

Completați tabelul următor pentru toți angajații CR cu contract individual de muncă

		Personal specializat cu studii superioare	Personal specializat cu studii postliceale	Personal specializat cu cel mult studii medii	Personal administrativ, curățenie, întreținere – reparații, întreținere
	Sex				
1.	Femei				
2.	Bărbați				
	Vârstă				
1.	<=29 de ani				
2.	30-39 de ani				
3.	40-49 de ani				
4.	50-59 de ani				
5.	60-64 de ani				
6.	65 de ani și peste				
	Experiență de muncă în sistemul de protecție a copilului și/sau a adultului				

		Personal specializat cu studii superioare	Personal specializat cu studii postliceale	Personal specializat cu cel mult studii medii	Personal administrativ, curăţenie, întreţinere – reparaţii, întreţinere
1.	0-3 ani				
2.	4-9 ani				
3.	10-19 ani				
4.	20 de ani şi peste				
	Experienţă de muncă în servicii în comunitate				
1.	0-3 ani				
2.	4-9 ani				
3.	10-19 ani				
4.	20 de ani şi peste				
	Contract de muncă				
1.	Pe perioadă nedeterminată				
2.	Pe perioadă determinată				
	Alte criterii				
1.	Câte persoane au urmat cursuri de formare continuă/perfecţionare/specializare în ultimii 5 ani				
2.	Câte persoane au fost sancţionate pentru comportament nepotrivit faţă de rezidenţi				
3.	Câte persoane au fost sancţionate pentru alte tipuri de abateri la locul de muncă				

Anexa A2.3. Evaluarea inițială: Resurse umane – Chestionar cu privire la preferințele de viitor ale angajatului

SCOP: Datele colectate prin intermediul acestui instrument contribuie la informarea deciziilor echipei de coordonare în etapa de pregătire a procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului rezidențial, prin înțelegerea preferințelor personalului care își va asuma noi roluri, inclusiv prin transferul din serviciile rezidențiale la serviciile de sprijin în comunitate.

Modalitatea de completare: Acest instrument se completează în cadrul unei întâlniri față în față cu fiecare angajat în parte. În transformarea serviciilor rezidențiale, vor putea fi înființate sau redimensionate servicii în comunitate atât de DGASPC, cât și de autoritățile publice locale. Este obligatorie organizarea unor sesiuni de informare și conștientizare a angajaților înainte de aplicarea acestui instrument, pentru a putea permite angajaților să ofere răspunsuri informate la întrebări. Este recomandată reaplicarea periodică a instrumentului sau încurajarea angajaților să semnaleze dacă își schimbă opțiunile de răspuns, întrucât este posibil ca angajații să își schimbe preferințele pe parcursul implementării procesului.

Sursa informațiilor: Interviu cu fiecare angajat al centrului rezidențial.

Responsabil de completare: Specialistul în resurse umane.

RUV1. Numele angajatului:		RUV2. Prenumele angajatului:	
-------------------------------------	--	--	--

	RUV3. Cât de mulțumit sunteți de...?	Foarte nemulțumit	Nemulțumit	Nici mulțumit, nici nemulțumit	Mulțumit	Foarte mulțumit
a	Locul dvs. de muncă, pe ansamblu	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
b	Sarcinile și responsabilitățile pe care le aveți	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
c	Programul de lucru	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
d	Salariul și alte beneficii pe care le primiți	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
e	Mediul de lucru	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
f	Relațiile cu colegii dvs. de serviciu	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
g	Relațiile cu superiorii ierarhici	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
h	Oportunitățile de dezvoltare profesională	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)

RUV4. Ați prefera să lucrați în continuare în domeniul serviciilor sociale?

☐ (1) Da ☐ (2) Nu

RĂSPUNDE LA RUV5 – RUV8 DACĂ DA LA RUV4. ALTFEL TRECI LA RUV9.

RUV5. Ați prefera să lucrați... [RĂSPUNS MULTIPLU]

Într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al DGASPC, deja existent sau care urmează să fie înființat ☐ (1)

Într-un serviciu din comunitate pentru adulți cu dizabilități al autorităților publice locale sau furnizorilor privați, deja existent sau care urmează să fie înființat ☐ (2)

În cadrul unui departament din aparatul propriu al DGASPC (inclusiv serviciu de management de caz) ☐ (3)

Ca asistent personal profesionist ☐ (4)

Altceva, menționați ce ☐ (5)

RUV5_alta. Altă opțiune, și anume

RĂSPUNDE LA RUV5.1 DACĂ 1 SAU 2 LA RUV5. ALTFEL TRECI LA RUV6.

RUV5.1. În măsura în care sunteți interesat să vă continuați activitatea profesională într-un serviciu în comunitate pentru persoane adulte cu dizabilități, ce preferințe ați avea în legătură cu un astfel de serviciu?

RĂSPUNDE LA RUV6 ȘI RUV7 DACĂ A ABSOLVIT CEL PUȚIN NIVELUL DE ÎNVĂȚĂMÂNT GENERAL OBLIGATORIU (10 CLASE). ALTFEL TRECI RUV8.

RUV6	În ce măsură ați fi interesat să urmați cursuri de calificare în următoarele ocupații?	Deloc interesat	Nu prea interesat	Destul de interesat	Foarte interesat
a	Lucrător social	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
b	Pedagog social	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
c	Tehnician maseur	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
d	Pedagog recuperare	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
e	Asistent personal profesionist	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)

RUV7	În ce măsură ați fi interesat să urmați cursuri tematice?	Deloc interesat	Nu prea interesat	Destul de interesat	Foarte interesat
a	Instructor ergoterapie	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
b	Tehnician evaluare, recomandare, furnizare și adaptare fotolii rulante	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
c	Îngrijitor la domiciliu	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
d	Animator socio-educativ	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
e	Alt curs de specializare/perfecționare, care...	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)
RUV7e_altul. Alt tip de curs, și anume					

RUV8. În ce măsură ați fi interesat să faceți naveta în cazul în care ar exista un loc de muncă disponibil pentru dvs. într-un serviciu în comunitate într-o altă localitate decât cea de domiciliu?

☐ (1) Deloc interesat ☐ (2) Nu prea interesat ☐ (3) Destul de interesat ☐ (4) Foarte interesat

RĂSPUNDE LA RUV9 DACĂ NU LA RUV4.

RUV9. Ați dori să primiți sprijin din partea AJOFM pentru urmarea unor cursuri de reconversie profesională sau intenționați să vă retrageți din activitate/să vă pensionați?

Îmi doresc să urmez cursuri de reconversie profesională prin AJOFM ☐ (1)

Intenționez să mă retrag din activitatea profesională/să mă pensionez sau să îmi găsesc pe cont propriu un nou loc de muncă ☐ (2)

RĂSPUNDE LA RUV10 DACĂ 1 LA RUV9.

RUV10. Spre ce domeniu doriți să vă orientați în vederea recalificării?

[MENȚIONAȚI MAXIM 3 DOMENII DE RECONVERSIE PROFESIONALĂ]

Domeniu 1:

Domeniu 2:

Domeniu 3:

RUV. Persoana care a completat Chestionarul cu privire la preferințele de viitor ale angajatului (Anexa A2.3):

RUV.R. Nume și prenume	RUV.FR. Funcție	RUV.DATA. Dată completare	RUV.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa A3. Evaluarea inițială: Fișa de evaluare a resurselor materiale

SCOP: Datele colectate prin intermediul acestui instrument contribuie la informarea deciziilor echipei de coordonare în etapa de pregătire a procesului de dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial, prin evaluarea centrului rezidențial din perspectiva resurselor materiale disponibile, în vederea planificării modului în care acestea pot fi utilizate în procesul de dezinstituționalizare. Fiind o componentă a evaluării inițiale a centrului rezidențial, instrumentul este utilizat în scopul colectării informațiilor necesare pentru detalierea, în Planul de Dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial, a modului de folosire/refolosire a tuturor resurselor materiale, în funcție de circumstanțele și nevoile specifice din cadrul centrului rezidențial și din proximitatea acestuia, inclusiv sub aspectul serviciilor de sprijin în comunitate planificate a fi dezvoltate.

Mod de completare: Acest instrument se completează pentru fiecare centru rezidențial care este în curs de elaborare a Planului de Dezinstituționalizare

Sursa informațiilor: Documentele administrative ale centrului rezidențial

Responsabil de completare: Echipa de coordonare angajată/desemnată/contractată în vederea elaborării și implementării Planului de Dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial, alături de conducerea DGASPC, prin implicarea serviciului administrativ din centrul rezidențial și/sau DGASPC.

1. Localizare și accesibilitate

RM1.1 Județul _____

RM1.2 Orașul/Comuna _____

RM1.3. Satul
(dacă e cazul) _____

RM1.4. Adresa (Strada, nr.) _____

RM2. Centrul are în imediata vecinătate (la mai puțin de 100 m de limitele CR)

Da Nu

a.	Locuințe ale populației	☐ (1)	☐ (2)
b.	Spații comerciale și de servicii	☐ (1)	☐ (2)
c.	Spații industriale, depozite	☐ (1)	☐ (2)
d.	Servicii publice (școală, spital, primărie, poliție etc)	☐ (1)	☐ (2)
e.	Alte servicii sociale publice sau private cu găzduire, indiferent de categoria de beneficiari	☐ (1)	☐ (2)
f.	Terenuri agricole	☐ (1)	☐ (2)
g.	Pădure	☐ (1)	☐ (2)
h.	Zone cu alte funcțiuni, menționați care	☐ (1)	☐ (2)
RM2h_alta. Zonă cu alte funcțiuni, și anume			

RM3. Drumul de acces către CR este practicabil în condiții de vreme rea?

☐ (1) Da ☐ (2) Nu

RM4 Care este distanța de la CR până la cel mai apropiat/cea mai apropiată...?

**Distanța în
Km**

a Magazin alimentar/supermarket/piață agro-alimentară

RM4 Care este distanța de la CR până la cel mai apropiat/cea mai apropiată...?

**Distanța în
Km**

b	Stație de autobuz/microbuz	
c	Gară/haltă	
d	Oficiu poștal	
e	Bancă.....	
f	Parc.....	
g	Biserică.....	
h	Secție de poliție	
i	Unitate de învățământ.....	
j	Spital.....	
k	Unitate care oferă servicii de abilitare/reabilitare	
l	Cabinet de medicină de familie	
m	Primăria localității	
n	Judecătoria.....	

RM5.	Care este frecvența cu care circulă în timpul zilei mijlocul de transport în comun cel mai ușor accesibil (are stația cea mai apropiată de CR)?	
	• O dată la jumătate de oră sau mai des	☐ (1)
	• Din oră în oră	☐ (2)
	• O dată la 2-3 ore.....	☐ (3)
	• Există cel puțin 2 curse pe zi, dar vin mai rar de o dată la 3 ore	☐ (4)
	• Nu există curse deloc	☐ (5)

2. Terenuri, clădiri și dotări

RM6. Care este suprafața totală a terenului pe care este amplasat centrul?

mp

RM7.	Cine deține proprietatea asupra terenului pe care este amplasat centrul?	
	• Consiliul Județean/DGASPC	☐ (1)
	• Consiliul Local.....	☐ (2)
	• Centrul rezidențial.....	☐ (3)
	• Terenul este în litigiu	☐ (4)
	• Altă instituție/situație, menționați care..... RM7 alta. Altă instituție/situație, și anume	☐ (5)

Spațiul construit al centrului rezidențial

RM8a Numărul de clădiri de care dispune CR

RM8b Numărul de clădiri în care sunt cazați rezidenții CR

Pentru fiecare dintre clădirile de care dispune CR, completați informațiile cerute în următorul tabel

	Proprietarul (vezi coduri)	Amprenta la sol (mp)	Regim de înălțime (ex. P+2)	Suprafața utilă totală (mp)	Anul construirii	Anul celor mai recente lucrări de consolidare, extindere, reparații capitale sau modernizare	Grad de accesibilizare (vezi coduri)	Este clădire de patrimoniu	Clasa de risc seismic (vezi coduri)
Clădire 1								☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu	
Clădire 2								☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu	
Clădire 3								☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu	
...									

Coduri proprietar:

1. Consiliul Județean/DGASPC
2. Consiliul local
3. Centrul rezidențial
4. Altă instituție
5. Clădirea este în litigiu

Coduri clasa de risc seismic

1. Clasa I (RS I)
2. Clasa a II-a (RS II)
3. Clasa a III-a (RS III)
4. Fără risc (RS IV)
5. Fără încadrare/Neexpertizată

Coduri grad de accesibilizare:

1. În totalitate (respectă toate standardele privind accesibilizarea mediului fizic și informațional)
2. Parțial accesibilizată
3. Deloc accesibilizată

RM10. Ce amenajări există pe terenul aferent CR (în curtea CR)?

		Da	Nu
a	Spațiu de recreere cu bănci, foișoare etc.....	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
b	Teren de sport	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
c	Echipamente de relaxare și mișcare (aparate de fitness, coșuri de baschet, leagăne etc).	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
d	Spațiu verde	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
e	Capelă	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
f	Grădină de legume	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
g	Seră/solar	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
h	Grajd/coteț/padoc pentru animale/păsări de curte.....	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
i	Livadă	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
j	Altele, menționați ce anume	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
	RM10j_alta. Alte amenajări, și anume		

RM11	Referitor la starea generală a clădirilor, cum apreciați starea următoarelor?	Foarte proastă	Proastă	Nici, nici	Bună	Foarte bună
a	Fațada clădirii.....	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
b	Acoperișul	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
c	Elementele de tâmplărie (ferestre, uși).....	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
d	Instalațiile sanitare.....	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
e	Canalizarea	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
f	Instalațiile electrice	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
g	Instalațiile de încălzire	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
h	Spațiile interioare comune (holuri, scări etc.)...	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
i	Izolația termică.....	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)
j	Dormitoare	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)

RM12.

Cum este asigurată încălzirea spațiului de cazare din centrul rezidențial?

•	Centrală proprie.....	☐ (1)
•	Rețeaua publică de termoficare	☐ (2)
•	Sobe cu gaz	☐ (3)
•	Sobe cu lemne	☐ (4)
•	Alte mijloace	☐ (5)

RM13.

În spațiul de cazare al centrului rezidențial alimentarea cu apă curentă este...

•	Din rețeaua publică	☐ (1)
•	Din surse proprii.....	☐ (2)

RM14.

Canalizarea este asigurată prin...?

•	Rețeaua publică	☐ (1)
•	Fosă septică	☐ (2)
•	Bazin vidanjabil.....	☐ (3)
•	Alt sistem	☐ (4)

RM15.

În cadrul CR există spații cu dotările necesare pentru...

DaNu

a	Masaj.	☐ (1)	☐ (2)
b	Kinetoterapie	☐ (1)	☐ (2)
c	Fizioterapie	☐ (1)	☐ (2)
d	Hidroterapie/termoterapie/balneoterapie	☐ (1)	☐ (2)
e	Gimnastică.....	☐ (1)	☐ (2)
f	Stimulare psiho-senzorio-motorie	☐ (1)	☐ (2)
g	Alte tehnici de recuperare-abilitare/reabilitare, menționați care	☐ (1)	☐ (2)

RM15g_altul. Spațiu cu alte tehnici de recuperareabilizare/reabilitare, și anume

RM.

Persoana care a completat Fișa de evaluare a resurselor materiale (Anexa A3):

Anexa A4. Evaluarea inițială: Fișa de evaluare a resurselor financiare

SCOP: Datele colectate prin intermediul acestui instrument contribuie la informarea deciziilor echipei de coordonare în etapa de pregătire a procesului de dezinstituționalizare la nivel de centru rezidențial, prin evaluarea centrului rezidențial din perspectiva resurselor financiare alocate și utilizate pentru furnizarea serviciilor sociale persoanelor cu dizabilități. Fiind o componentă a evaluării inițiale a centrului rezidențial, instrumentul este utilizat în scopul colectării informațiilor necesare pentru a analiza structura cheltuielilor și costurilor per rezident, pentru eficientizarea acestora.

Mod de completare: Acest instrument se completează pentru fiecare centru rezidențial care este în curs de elaborare a Planului de Dezinstituționalizare.

Sursa informațiilor: Documentele contabile ale centrului rezidențial/DGASPC.

Responsabil de completare: Specialiști/manageri financiari din centrul rezidențial și/sau din departamentul de contabilitate DGASPC, angrenați de către Specialistul financiar și Coordonatorul de plan.

Veniturile centrului în anul anterior

V0. Anul pentru care sunt raportate veniturile:

V1.	Statut legal	Da	Nu
a.	CR are personalitate juridică	☐ (1)	☐ (2)
b.	Directorul CR este ordonator terțiar de credite	☐ (1)	☐ (2)

V2.	Care a fost costul mediu lunar total per rezident din CR, stabilit prin hotărârea Consiliului Județean pentru anul anterior?	Lei/lună/rezident
a.	Cost mediu lunar total/rezident în anul anterior, din care:	
b.	Cost mediu lunar pentru cheltuieli cu bunuri și servicii/rezident în anul anterior	

V3.	Care a fost venitul total al CR în anul anterior pe surse de finanțare?	Lei
	<i>Completează 0 (zero) dacă nu există o categorie de venit.</i>	
a.	Bugetul de stat	
b.	Bugetul Consiliului Județean/Consiliului Local	
c.	Contribuțiile rezidenților/apartenențelor	
d.	Proiecte cu fonduri europene	
e.	Donații, sponsorizări în bani	
f.	Venituri proprii	
g.	Alte surse	
h.	Total venituri (a+b+c+d+e+f+g)	

Bugetul de cheltuieli aferent anului anterior

Cod indicator	Denumirea indicatorilor	Cheltuieli realizate în anul anterior
TOTAL CHELTUIELI (SECȚIUNEA DE FUNCȚIONARE+SECȚIUNEA DE DEZVOLTARE)		
TOTAL CHELTUIELI DE FUNCȚIONARE (cod 01)		
01	TOTAL CHELTUIELI CURENTE (cod 10+20+57+59)	
10	TOTAL CHELTUIELI DE PERSONAL (cod 10.01+10.02+10.03)	
10.01	Cheltuieli salariale în bani (cod 10.01.01+...+10.01.30)	
10.01.01	Salarii de bază	
10.01.05	Sporuri pentru condiții de muncă	
10.01.06	Alte sporuri	
10.01.12	Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	
10.01.13	Drepturi de delegare	
10.01.17	Indemnizații de hrană	
10.01.29	Stimulent de risc	
10.01.30	Alte drepturi salariale în bani (10.01.30+10.01.07+...+10.01.11+10.01.14+...+10.01.16)	
10.02	Cheltuieli salariale în natură (cod 10.02.01+...+10.02.30)	
10.02.02	Norme de hrană	
10.02.05	Transportul la și de la locul de muncă	
10.02.06	Vouchere de vacanță	
10.02.30	Alte drepturi salariale în natură (cod 10.02.01+10.02.03+10.02.04+10.02.30)	
10.03	Contribuții (cod 10.03.01 la 10.03.08)	
10.03.07	Contribuția asiguratorie pentru muncă	
20	CHELTUIELI CU BUNURI SI SERVICII (cod 20.01 la 20.06+20.09 la 20.16+20.18 la 20.25+20.27+20.30)	
20.01	Bunuri si servicii (cod 20.01.01 la 20.01.09+20.01.30)	
20.01.01	Furnituri de birou	
20.01.02	Materiale pentru curățenie	
20.01.03	Încălzit, Iluminat și forță motrică	
20.01.04	Apa, canal și salubritate	
20.01.05	Carburanți și lubrifianți	
20.01.06	Piese de schimb	
20.01.07	Transport	
20.01.08	Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	
20.01.09	Materiale si prestări de servicii cu caracter funcțional	
20.01.30	Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	
20.02	Reparații curente	
20.03	Hrană (cod 20.03.01+20.03.02)	
20.03.01	Hrana pentru oameni	
20.04	Medicamente si materiale sanitare (cod 20.04.01 + ... + 20.04.04)	
20.04.01	Medicamente	
20.04.02	Materiale sanitare	
20.04.03	Reactivi	
20.04.04	Dezinfectanți	

20.05	Bunuri de natura obiectelor de inventar (cod 20.05.01+20.05.03+20.05.30)	
20.05.01	Uniforme și echipament	
20.05.03	Lenjerie și accesorii de pat	
20.05.30	Alte obiecte de inventar	
20.06	Deplasări, detașări, transferări (cod 20.06.01+20.06.02)	
20.09	Materiale de laborator	
20.10	Cercetare-dezvoltare	
20.11	Cărți, publicații și materiale documentare	
20.12	Consultanță și expertiză	
20.13	Pregătire profesională	
20.14	Protecția muncii	
20.25	Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	
20.27	Tichete cadou	
20.30	Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	
20.30.03	Prime de asigurare non-viață	
20.30.04	Chirii	
20.30.30	Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	
57	ASISTENȚĂ SOCIALĂ (57.02)	
57.02	Ajutoare sociale	
57.02.01	Ajutoare sociale în numerar	
57.02.02	Ajutoare sociale în natură	
59	ALTE CHELTUIELI DE FUNCȚIONARE	
TOTAL CHELTUIELI DE DEZVOLTARE (COD 71.01+71.03)		
71.01	Active fixe (cod 71.01.01 la 71.01.03+71.01.30)	
71.01.01	Construcții	
71.01.02	Mașini, echipamente și mijloace de transport	
71.01.03	Mobilier, aparatură birotică și alte active corporale	
71.01.30	Alte active fixe	
71.03	Reparații capitale aferente activelor fixe	

10	TOTAL CHELTUIELI DE PERSONAL (cod 10.01+10.02+10.03)	
10.a	Personal de conducere	
10.b	Personal de specialitate de asistență și îngrijire	
10.c	Personal administrativ, gospodărie, întreținere – reparații, deservire	

RF. Persoana care a completat Fișa de evaluare a resurselor financiare (Anexa A4):

RF.R. Nume și prenume	RF.FR. Funcție	RF.DATA. Dată completare	RF.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa A5. Fișă individuală pentru fiecare persoană cu dizabilități din centrul rezidențial

L3. Lista nominală a persoanelor cu dizabilități care locuiesc în centrul rezidențial la momentul T0

[Lista este alcătuită din persoanele prezente în centru la data Hotărârii de Consiliu Județean de a iniția pregătirea Planului DI (momentul T0). În baza acestor informații, este oferită o privire de ansamblu asupra colectivității de persoane cu dizabilități găzduite în centrul rezidențial (cu sau fără măsură de protecție).]

Nr .	Num e	Prenume	Măsură de protecție	Manager de caz	Profil rezident (Anexa A5)	Precondiții PI (Anexa B1)	Necesarul de sprijin (Anexa B1. S2)
1					☐ (1) Finalizat ☐ (2) Parțial ☐ (3) Neînceput	☐ (1) Finalizat ☐ (2) Parțial ☐ (3) Neînceput	☐ (1) Finalizat ☐ (2) Parțial ☐ (3) Neînceput ☐ (4) Precondiții neîndeplinite
...							

Fișă individuală pentru fiecare persoană cu dizabilități din centrul rezidențial

SCOP: Informațiile cuprinse în acest instrument sprijină managerul de caz și alte persoane care vor lucra cu rezidentul și generează profilul rezidenților.

Mod de completare: Acest instrument se completează pentru fiecare rezident prezent în centru la momentul T0 (data Hotărârii de Consiliu Județean cu privire la inițierea Planului de dezinstituționalizare).

Sursa informațiilor: Informații existente în dosarele rezidenților.

Responsabil de completare: Personalul centrului (asistent social, psiholog, după caz), sub coordonarea șefului de centru și/sau a Coordonatorului de plan.

T0. Data Hotărârii de Consiliu Județean cu privire la inițierea Planului DI	[zz/ll/aaaa]
---	--------------

REZ1. Nume						
REZ2. Prenume						
REZ3. Cod anonimizat de identificare a rezidentului						

PRIMA LITERĂ A PRENUMELUI, PRIMA LITERĂ A NUMELUI, ULTIMELE 4 NUMERE ALE CODULUI NUMERIC PERSONAL						
REZ4. Persoana este prezentă la momentul T0? A DORMIT ÎN CENTRU NOAPTEA ANTERIOARĂ T0 ȘI URMEAZĂ SĂ DOARMĂ NOAPTEA T0	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	REZ4.1. DACĂ 2 LA REZ4. Dacă nu este prezentă, precizați motivul: ☐ (1) Este internată în spital ☐ (2) Este într-o călătorie (ex. vizită la familie) ☐ (3) Altă situație REZ4.1_alta. Altă situație, și anume...				
REZ5. Persoana are o măsură de protecție activă la momentul T0?	☐ (1) Da, în acest centru ☐ (2) Da, dar în alt centru ☐ (3) Nu ☐ (4) Da, dar urmează să fie mutată într-un alt serviciu rezidențial ca parte din procesul de restructurare.					
REZ6. Persoana este planificată să își schimbe măsura de protecție în următoarele 3 luni cu un alt serviciu social rezidențial?	☐ (1) Da ☐ (2) Nu					
REZ7. Managerul de caz desemnat						
REZ8. Genul persoanei	☐ (1) Masculin ☐ (2) Feminin					
REZ9.DN. Data de naștere a persoanei	[zz/ll/aaaa]					
REZ9. Vârsta la T0 (în ani împliniți)						
REZ10. Gradul de handicap în care este încadrat	☐ (1) Ușor ☐ (4) Grav ☐ (2) Mediu ☐ (5) Grav cu asistent personal ☐ (3) Accentuat ☐ (6) Nu este încadrat în grad de handicap					
REZ11. Tipul dizabilității	☐ (1) Fizic ☐ (6) Psihic ☐ (2) Somatic ☐ (7) Asociat ☐ (3) Auditiv ☐ (8) HIV/SIDA ☐ (4) Vizual ☐ (9) Boli rare ☐ (5) Mintal ☐ (10) Surdocecitate					
REZ12. Traseul instituțional al persoanei, atât în sistemul de protecție a copilului, cât și în sistemul de protecție pentru persoanele adulte cu dizabilități. <i>Este considerată o nouă etapă a traseului instituțional al persoanei cu dizabilități orice modificare a tipului de serviciu în care persoana a fost plasată și/sau a locației (adresei) la care persoana a locuit pe perioada cât a fost plasată într-un anumit tip de serviciu.</i> Tip de serviciu: (1) Copil - centru de plasament/casă de copii/leagăn, (2) Copil – casă de tip familial/apartament, (3) Copil – asistent maternal profesionist/plasament familial, (4) Adult – centru						

rezidențial, (5) Adult – centru rezidențial de tip locuință protejată, (6) Adult – asistent personal profesionist, (7) Adult – asistent personal, (8) Informație necunoscută.							
Nr. etapă	(A) De la data ...		(B) Până la data ...		(C) Tipul de serviciu în care a fost plasată persoana	(D) Orașul/comuna	(E) Județul
	Lună	An	Lună	An			
1.							
2.							
3.							
...							
REZ13. Persoana are hotărâre judecătorească de punere sub interdicție?					☐ (1) Da ☐ (2) Nu, dar are dosar pe rol pentru punere sub interdicție ☐ (3) Are dosar pe rol pentru reevaluare ☐ (4) Nu		
DACĂ 1 LA REZ13 REZ13.1. Cine este reprezentantul legal/tutorele persoanei/consilierul judiciar?					☐ (1) Un membru al familiei ☐ (2) Reprezentant al administrației publice locale ☐ (3) Reprezentant al Autorității Tutelare ☐ (4) Șeful centrului rezidențial ☐ (5) Alt angajat al centrului rezidențial ☐ (6) Directorul DGASPC/ONG? ☐ (7) Altă persoană ☐ (8) Momentan nu există unul desemnat REZ13.1_alta. Altă persoană, și anume		
REZ14. Persoana a fost vreodată cuprinsă într-o formă de învățământ?					☐ (1) Da, în învățământ de masă ☐ (2) Da, în învățământ special ☐ (3) Da, în ambele forme ☐ (4) Nu, n-a fost niciodată la școală ☐ (5) Nu se cunoaște/nu există date la dosarul rezidentului		
DACĂ 1-3 LA REZ14 REZ14.1. Ultimul nivel de educație absolvit					☐ (1) Școală primară (clasele 1-4) ☐ (2) Școală gimnazială (clasele 5-8) ☐ (3) Școală profesională ☐ (4) Liceu neterminat (9-11 clase) ☐ (5) Liceu terminat, fără diplomă de bacalaureat ☐ (6) Liceu terminat, cu diplomă de bacalaureat ☐ (7) Școală post-liceală ☐ (8) Studii superioare		

	☐ ⁽⁹⁾ Altul, care? REZ14.1 _altul. Alt nivel de educație absolvit, și anume...
REZ15.1 Persoana știe să citească?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu
REZ15.2 Persoana știe să scrie?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu
REZ15.3 Persoana știe să facă operații aritmetice de bază/să socotească?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu
REZ16. Statutul ocupațional actual	☐ ⁽¹⁾ Pensionar de invaliditate grad I sau II ☐ ⁽²⁾ Pensionar de invaliditate grad III ☐ ⁽³⁾ Pensionar pentru limită de vârstă ☐ ⁽⁴⁾ Persoană care nu poate lucra, fără evaluare a capacității de muncă ☐ ⁽⁵⁾ Persoană fără drept de muncă din cauza punerii sub interdicție ☐ ⁽⁶⁾ Persoană cu capacitate de muncă care nu lucrează ☐ ⁽⁷⁾ Angajat cu normă întreagă ☐ ⁽⁸⁾ Angajat cu normă parțială ☐ ⁽⁹⁾ Altul, care? REZ16 _altul. Alt statut ocupațional, și anume
DACĂ 2, 6, 7, 8 SAU 9 LA REZ16 REZ16.1. Deține un certificat/atestat de calificare profesională?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu ☐ ⁽³⁾ Nu se cunoaște/nu există date la dosarul rezidentului
DACĂ 1 LA REZ16.1 REZ16.1 _1. Ce calificare profesională are?	
DACĂ 2, 6 SAU 9 LA REZ16 REZ16.2. A fost vreodată angajat?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu ☐ ⁽³⁾ Nu se cunoaște/nu există date la dosarul rezidentului
DACĂ 2 LA REZ16.2 REZ16.2 _1. Are vreun fel de experiență în muncă (cu ziua, la negru, voluntariat etc.)?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu ☐ ⁽⁹⁾ Nu se știe
REZ17. În ultimele 6 luni, persoana a avut o sursă regulată de venit?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu
DACĂ 1 LA REZ17 REZ17.1. Din ce surse au provenit veniturile? RĂSPUNS MULTIPLU	☐ ⁽¹⁾ Salariu ☐ ⁽²⁾ Pensie ☐ ⁽³⁾ Pensie de invaliditate

	☐ ⁽⁴⁾ Pensie de urmaș ☐ ⁽⁵⁾ Activități independente ☐ ⁽⁶⁾ Alte surse, care? REZ17.1_alta. Alte surse de venit, și anume
DACĂ 1 LA REZ17	
REZ17.2. Suma obținută de persoana cu dizabilități, din toate sursele de venit, în luna calendaristică anterioară lunii lui T0	
REZ18. Relația cu familia	☐ ⁽¹⁾ Persoana are familie sau rude cunoscute cu care păstrează legătura ☐ ⁽²⁾ Persoana are familie sau rude cunoscute, dar aceștia nu au menținut legătura cu el/ea ☐ ⁽³⁾ Persoana nu are familie sau rude cunoscute
REZ19. Statut marital actual	☐ ⁽¹⁾ Singur, nu fost niciodată căsătorit ☐ ⁽²⁾ Căsătorit ☐ ⁽³⁾ În concubinaj/relație cu un partener ☐ ⁽⁴⁾ Divorțat/Separat ☐ ⁽⁵⁾ Văduv
BIFAȚI UN SINGUR RĂSPUNS	
DACĂ 2 SAU 3 LA REZ19	
REZ19.1. Soțul/Soția/Partenerul/Partenera	☐ ⁽¹⁾ Este rezident în același serviciu social rezidențial ☐ ⁽²⁾ Este rezident în alt serviciu rezidențial ☐ ⁽³⁾ Trăiește independent în comunitate ☐ ⁽⁴⁾ Altă situație, care? REZ19.1_alta. Altă situație, și anume
REZ20. Persoana are în co/proprietate o locuință?	☐ ⁽¹⁾ Da ☐ ⁽²⁾ Nu ☐ ⁽³⁾ Nu se cunoaște/nu există date la dosarul rezidentului

REZ. Persoana care a completat Fișa individuală pentru persoana cu dizabilități din centrul rezidențial (Anexa A5):

REZ.R. Nume și prenume	REZ.FR. Funcție	REZ.DATA. Dată completare	REZ.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa A6. Plan pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI

[Acest plan este completat de Specialistul în resurse umane, împreună cu Coordonatorul de plan și este finalizat în urma unei discuții cu conducerea DGASPC. Vizează formarea inițială și continuă a personalului din CR cu scopul transferului acestuia către servicii în comunitate, cât și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI al acestui centru (manageri de caz, membri ai echipei de coordonare în cazul în care au fost desemnați din partea DGASPC, viitori angajați ai serviciilor din comunitate, dacă sunt deja cunoscuți). Formarea personalului poate fi gândită personalului poate fi gândită progresiv cu ritmul tranziției persoanelor către comunitate (țintele asumate). În cazul formării legate de abordarea centrată pe persoană, DGASPC centralizează întreaga nevoie la nivel de județ și o transmite ANPDPD. Toate modulele ar trebui să fie reaplicate periodic. În cazul nevoii de recalificare (de exemplu, a personalului administrativ care alege să se recalifice), este recomandat ca DGASPC să ia măsuri rapide din fonduri proprii pentru a asigura recalificarea personalului astfel încât acesta să poată activa în serviciile din comunitate conform standardelor minime de calitate ale acestora. Categoria de participanți se referă la rolurile pe care persoanele le vor avea în procesul de dezinstituționalizare.]

TRAIN.AN. An	
TRAIN.TEMA. Temă formare	☐ (1) Formare destinată șefilor de centre, echipei de coordonare a Planului DI, personalului care va avea rolul de a furniza servicii punctuale persoanelor cu dizabilități (ex. kinetoterapeuți, maseuri, etc.) (Pregătirea pentru schimbare) ☐ (2) Formare destinată specialiștilor și managerilor de caz pentru implementarea abordării centrate pe persoană ☐ (3) Formare destinată șefilor de centre și specialiștilor pentru implementarea abordării centrate pe persoană (mentorat în furnizarea sprijinului activ) ☐ (4) Formare pentru personalul care lucrează în serviciile din comunitate pentru a oferi sprijin activ pentru o viață independentă ☐ (5) Formare inițială în comunicare destinată personalului care va avea rolul de a furniza servicii punctuale persoanelor cu dizabilități (ex. kinetoterapeuți, maseuri, etc.) ☐ (6) Formare avansată destinată specialiștilor în metode și tehnici de comunicare ☐ (7) Formare avansată destinată specialiștilor cu privire la situații dificile sau comportament dificil ☐ (8) Recalificare profesională, pentru personalul pentru care este necesară la transferul în servicii din comunitate ☐ (9) Alt tip de formare, și anume TRAIN.TEMA ALTA
TRAIN.CAT. Categorie/i participanți RĂSPUNS MULTIPLU	☐ (1) Șef al centrului rezidențial ☐ (2) Membru(i) în echipa de coordonare a Planului DI ☐ (3) Manager(i) de caz ☐ (4) Personal de specialitate care va avea rolul de facilitator ☐ (5) Alt personal de specialitate ☐ (6) Personal care va avea rolul de a furniza sprijin activ pentru viața independentă a persoanelor cu dizabilități ☐ (7) Personal care va avea rolul de a furniza servicii punctuale persoanelor cu dizabilități (ex. kinetoterapeuți, maseuri, etc.)

	☐ ⁽⁸⁾ Altă categorie, și anume TRAIN.CAT_ALTA
TRAIN.PERS. Nr. de participanți	
TRAIN.PER. Perioada de formare (dacă este cunoscută)	
TRAIN.FIN. Sursă finanțare (dacă este cunoscută)	
TRAIN.RESP. Furnizor formare (dacă este cunoscut)	
TRAIN.LIST. Participanți la sesiunea de formare (nume, prenume)	
.....	

TRAIN. Persoana care a completat Planul pentru instruire (Anexa A6).

Se actualizează datele persoanei care a completat (dacă este cazul), după fiecare introducere de noi informații despre fiecare sesiune de instruire/formare.

TRAIN.R. Nume și prenume	TRAIN.FR. Funcție	TRAIN.DATA. Dată completare	TRAIN.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa A7. Lista serviciilor sociale publice și private de la nivel de județ



Anexa B. Plan propus de dezinstituționalizare.

PARTEA 2: Implementare și actualizare



Plan de dezinstituționalizare PARTEA 2: IMPLEMENTARE ȘI ACTUALIZARE

Acest plan este bazat pe:

- ☐ ☐ Planurile Individuale ale tuturor rezidenților din centru (recomandat în special pentru serviciile rezidențiale de mici dimensiuni).
- ☐ ☐ Planurile Individuale pentru minim 20 de rezidenți (recomandat pentru serviciile rezidențiale cu peste 40 de persoane). Planul se va actualiza constant, dar cel puțin la fiecare 3 luni sau când se finalizează Planurile Individuale pentru încă minim 20 de rezidenți.

Câte grupuri de rezidenți au fost planificate pentru realizarea Planului DI? _____

Se recomandă ca aceste grupuri să fie cât mai diverse în ceea ce privește tipul și gradul de dizabilitate, gen, vârstă sau perioada de timp petrecută în cadrul sistemului de protecție, reflectând diversitatea de persoane rezidente în centru, ceea ce va permite dezvoltarea treptată a serviciilor în comunitate pentru a răspunde unei game variate și complexe de nevoi. Această recomandare sprijină, în contextul evidențierii diversității persoanelor, eliminarea oricărei suspiciuni de discriminare.

1. Informații generale și repere strategice

1.1. Obiectivele specifice ale Planului DI: Implementare și actualizare

[Obiectivele specifice sprijină îndeplinirea obiectivului general specificat în Planul DI PARTEA 1: Inițiere și pregătire. Ele trebuie să fie SMART (specifice, măsurabile, realizabile, și încadrate temporal). Exemple de obiective specifice, care ar putea fi aplicabile tuturor Planurilor DI Implementare și actualizare, sunt: „1. Creșterea capacității serviciilor sociale din comunitate cu [...] locuri per tip de serviciu prin dezvoltarea unui număr de [...] servicii sociale în comunitate de tipurile [...]” și „2. Asigurarea traiului independent al persoanelor cu dizabilități dezinstituționalizate pe baza Planului Individual și cu sprijinul serviciilor în comunitate”. Acestea trebuie, însă, adaptate de fiecare DGASPC și Consiliu Județean, precum trebuie stabilite și alte obiective specifice, cu detalii concrete, în concordanță cu situația de la nivel de județ și centru rezidențial și cu țintele asumate.]

OBS.PLANDI2. Obiective specifice

OBS.PLANDI2_1
OBS.PLANDI2_2
...

OBS. Observații

--

1.2. Țintele Planului DI: Implementare și actualizare

[Țintele Planului DI: Implementare și actualizare sunt completate de DGASPC împreună cu echipa de coordonare și Consiliul Județean și sunt prezentate Comitetului județean. Țintele sunt (re)evaluate la depunerea fiecărui Plan DI: Implementare și actualizare. Aceste ținte sunt corelate cu indicatorii Foi de parcurs județean de dezinstituționalizare.]

Ținte principale	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
T1. Nr. de angajați ai centrului rezidențial instruiți							
T2. Nr. persoane cu dizabilități ale căror manageri de caz sunt instruiți în planificare centrată pe persoană							
T3. Nr. persoane cu dizabilități ale căror facilitatori sunt instruiți în planificare centrată pe persoană							
T4. Nr. de planuri individuale realizate							
T5. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate							
T5a. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii de asistență și suport							
T5b. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii de îngrijire la domiciliu							
T5c. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii de tip echipă mobilă							
T5d. Nr. de persoane cu dizabilități							

instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii de tip respiro								OBS.
T5e. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc servicii în centre de zi								
T5f. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate transferate în comunitate la asistent personal profesionist								
T5g. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate, cu asistent personal								
T5h. Nr. de persoane cu dizabilități instituționalizate mutate în comunitate care primesc alte tipuri de servicii T5h_ altul. Alt serviciu, și anume								
T6. Nr. de angajați transferați în servicii în comunitate, <i>din care</i>								
T6a. transferați în servicii în comunitate ale DGASPC								
T6b. transferați în servicii în comunitate ale APL								
T6c. transferați în servicii în comunitate private								
T7. Nr. de angajați transferați în alte departamente ale DGASPC								

Observații

--

2. Elaborarea Planurilor Individuale

2.1. Desfășurarea formării personalului

[Include activitățile necesare pentru implementarea formării persoanelor implicate în elaborarea Planului individual și a personalului din centrul rezidențial pentru a furniza persoanelor cu dizabilități sprijin adecvat atât pe perioada tranziției la viața în comunitate, cât și în serviciile din comunitate (vezi Ghidul DI). Nevoia de formare pentru schimbarea calificării personalului centrelor rezidențiale, acolo unde este cazul, astfel încât acesta să se poată angaja în servicii sociale în comunitate (spre exemplu, recalificare în ocupația de lucrător social), este acoperită de DGASPC.]



Planul pentru instruirea personalului CR și a persoanelor din afara CR cu rol în procesul DI (Anexa A6) va fi revizuit în mod regulat pe parcursul implementării, pentru a surprinde schimbări, cum ar fi personalul interesat să lucreze în serviciile din comunitate etc.



Completează **Planul de punere în aplicare a unui program de supervizare privind PCP** (Anexa B2)

OBS. Observații

2.2. Elaborarea Planurilor Individuale

[Planurile Individuale vor fi întocmite conform principiilor planificării centrate pe persoană, de către facilitatori care au urmat instruire dedicată în metodele și practicile PCP (vezi Ghidul DI), în coproducție cu managerii de caz (care, în prealabil, au fost formați în PCP), cu contribuția cercului de sprijin și îndrumați de fiecare persoană cu dizabilități. Facilitatorii vor lucra sub coordonarea generală a Coordonatorului de plan. În cadrul fiecărui Plan DI se poate decide ca planificarea să fie realizată progresiv, adică pentru minim 20 de persoane odată. Se recomandă ca aceste grupuri să fie cât mai diverse în ceea ce privește tipul și gradul de dizabilitate, gen, vârstă sau perioada de timp petrecută în cadrul sistemului de protecție, reflectând diversitatea de persoane rezidente în centru, ceea ce va permite dezvoltarea treptată a serviciilor în comunitate pentru a răspunde unei game variate și complexe de nevoi. Minutele întâlnirilor cercului de sprijin vor fi consemnate de facilitatori, împreună cu informații privind componența participanților, teme discutate. Se folosesc documentele din Anexa B1: Planul Individual.]

Numărul de rezidenți pentru care sunt elaborate Planuri Individuale

Pentru centrele în care elaborarea Planului DI presupune elaborarea într-o singură etapă a Planurilor Individuale ale tuturor rezidenților din centru (recomandat în special pentru serviciile rezidențiale de mici dimensiuni), se completează doar Grupul 1.
Pentru centrele în care elaborarea Planului DI presupune elaborarea etapizată a Planurilor Individuale, pentru grupuri de minimum 20 de rezidenți, numărul de grupuri completate aici trebuie să fie egal cu cel completat la întrebarea <i>Câte grupuri de rezidenți au fost planificate pentru elaborarea Planului DI?</i> .
NRPI.G1. Grupul 1. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G2. Grupul 2. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G3. Grupul 3. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G4. Grupul 4. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale

NRPI.G5. Grupul 5. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G6. Grupul 6. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G7. Grupul 7. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G8. Grupul 8. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G9. Grupul 9. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G10. Grupul 10. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G11. Grupul 11. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G12. Grupul 12. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G13. Grupul 13. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale
NRPI.G14. Grupul 14. Număr de rezidenți pentru care se elaborează Planuri individuale

Precondiții pentru elaborarea Planurilor Individuale

Elaborarea Planului Individual pentru o persoană poate să înceapă doar după ce facilitatorul și managerul de caz au fost formați în PCP și după ce persoana cu dizabilități are stabilit un cerc de sprijin. Precondițiile pentru elaborarea Planurilor Individuale sunt completate pentru fiecare rezident de către managerul său de caz. Dacă la momentul completării, răspunsul nu este DA la întrebările privind formarea facilitatorului și managerului de caz și stabilirea cercului de sprijin, fișa trebuie actualizată și finalizată atunci când cele 3 condiții sunt îndeplinite (1. Facilitatorul a fost format în PCP; 2. Managerul de caz a fost format în PCP; 3. Persoana are cerc de sprijin). Îndeplinirea acestor condiții poate fi realizată în termene diferite pentru persoane diferite. Este recomandată începerea elaborării Planului Individual pentru o persoană imediat ce condițiile sunt îndeplinite pentru ea.

Atenție! Fișa privind Necesarul de sprijin pentru o viață independentă (Anexa B1. Planul Individual - SECȚIUNEA 2) aferentă unei persoane nu este activată/nu poate fi completată decât dacă cele trei condiții sunt îndeplinite.



Completează **Precondiții de îndeplinit pentru elaborarea Planurilor Individuale** (Anexa B1. Planul Individual) pentru fiecare persoană din centrul rezidențial pentru care Planul Individual este în proces de elaborare

OBS. Observații

2.3. Pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție

[Descrieți activitățile planificate sub coordonarea managerilor de caz cu contribuția facilitatorilor și a cercurilor de sprijin și în baza îndrumărilor primite de la persoanele cu dizabilități în vederea pregătirii transferului în comunitate. Acțiunile acoperă pregătirea emoțională, psihologică, pregătirea mutării efective și toate acțiunile pe termen scurt identificate prin elaborarea Planului individual. Acțiunile trebuie să continue dezvoltarea abilităților de autodeterminare și autoreprezentare în rândul persoanelor cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial, prin colaborare cu autoreprezentanți care au trăit în centre rezidențiale și în prezent trăiesc în comunitate, sau organizații ale acestora. Mai specific, conform Ghidului DI, descrieți activitățile desfășurate pentru pregătirea persoanelor pentru tranziție pe baza elementelor descrise(ex. câte persoane au desfășurat activități în comunitate, inclusiv cea de destinație, câte persoane și-au vizitat viitoarea locuință, câte persoane și-au cunoscut viitorii furnizori de servicii în comunitate, câte persoane au identificat cu ajutorul echipei posibile oportunități de educație sau ocupare). Descrieți continuarea activităților de autoreprezentare și tipurile de activități realizate în acest sens.]

PREG.TRANZ. Descrieți activitățile desfășurate pentru pregătirea persoanelor cu dizabilități pentru tranziție și activitățile de autoreprezentare

....

OBS. Observații

2.4. Necesarul de sprijin pentru o viață independentă

[Fișa privind necesarul de sprijin pentru o viață independentă este completată pentru fiecare persoană din centrul rezidențial de către managerii de caz, împreună cu persoana cu dizabilități și facilitator. Fișa este, de asemenea, completată cu informații primite din partea persoanelor apropiate persoanei cu dizabilități (membri ai cercului de sprijin, alte persoane apropiate) și specialiștilor (asistent social, psiholog, asistent medical etc.). Informațiile cheie din fișele completate sunt agregate; datele agregate vor reprezenta punctul de pornire în planificarea dezvoltării de noi servicii sociale în comunitate, precum și în determinarea nevoii de locuințe pentru persoanele cu dizabilități. Nevoia de locuințe identificată pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial este completată de Coordonatorul de plan în colaborare cu managerii de caz. În funcție de organizarea fiecărui județ, informația este transmisă Compartimentului de locuire incluzivă, care sprijină managerii de caz cu identificarea locuințelor urmând principiile locuirii incluzive descrise în Ghidul DI.]



Vezi/Descarcă **Raportul agregat privind necesarul de sprijin pentru o viață independentă**, care este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2

Sprijin permanent în desfășurarea activităților

		Nr. de persoane cu această nevoie
Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților		
Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților		
Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2. Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților – nevoie de sprijin zilnic pentru mai mult de jumătate din activități, din total activități pentru care o persoană are nevoie de sprijin. Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților – nevoie de sprijin zilnic doar pentru jumătate sau mai puțin dintre activitățile pentru care o persoană are nevoie de sprijin.		

Sprijin pentru utilizarea sau achiziționarea de dispozitive asistive

Dispozitive/tehnologie asistivă	Nr. persoane care au nevoie să utilizeze, dar nu utilizează, din care:	Nr. persoane care nu utilizează pentru nu-și permit achiziția	Nr. persoane care nu utilizează pentru nu știu să-l/să o utilizeze
Ochelari sau lentile ajutoare			
Orteze			
Proteze			
Alte dispozitive pentru înlocuirea, suplinirea sau stimularea unor organe, funcții, părți ale organismului			
Scaun rulant manual			
Scaun rulant motorizat/electric			
Alte dispozitive asistive de deplasare pe roți decât scaune rulante			

Dispozitive/tehnologie asistivă	Nr. persoane care au nevoie să utilizeze, dar nu utilizează, din care:	Nr. persoane care nu utilizează pentru nu-și permit achiziția	Nr. persoane care nu utilizează pentru nu știu să-l/să o utilizeze
Cârje, cadre de mers			
Alte dispozitive pentru persoane cu mobilitate scăzută (lifturi, dispozitive de transfer, pentru mobilitate verticală)			
Baston			
Aparat auditiv			
Dispozitive de navigație, ghidare, identificare sau recunoaștere a mediului înconjurător			
Produse asistive pentru desenare și scriere			
Produse asistive pentru citire			
Produse asistive pentru utilizarea calculatorului			
Alte dispozitive			

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2.

Servicii necesare

	Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care	Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate
Psihologic și social		
Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială		
Consiliere psihologică și sprijin emoțional		
Terapii specifice, altele decât cele de consiliere psihologică și sprijin emoțional		
Asistență și suport pentru luarea unei decizii		
Facilitarea independenței persoanei cu dizabilități		
Suport individual/grup de suport		
Dezvoltarea deprinderilor de viață independentă (învățarea și aplicarea cunoștințelor; sarcinile și solicitările generale; comunicarea; mobilitatea; autoîngrijirea; autogospodărirea; interacțiunile și relațiile interpersonale; educația; munca; viața economică; viața civică și socială)		
Integrare și participare socială și civică		
Abilitare și reabilitare		
Recuperare neuro-motorie/Menținerea și dezvoltarea mobilității personale (kinetoterapie, fizioterapie, hidro/balneo/termoterapie, stimulare psiho-senzorio-motorie, masaj, logopedie etc.)		
Îngrijire și asistență		
Îngrijire personală (igienă zilnic, transfer și mobilizare, menaj ușor, tratarea escarelor, administrarea medicației, sprijin pentru efectuarea analizelor etc.)		
Hrănire și hidratare (efectuarea de cumpărături, pregătirea alimentelor și meselor, sprijin pentru hrănire și hidratare inclusiv cu ajutorul tehnologiilor asistive etc.)		
Educație		
Programe de educație formală, inclusiv programul “A doua șansă”		
Programe de educație non-formală		
Programe de alfabetizare		

	Nr. de persoane care au nevoie de serviciu, din care	Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate
Ocupare		
Informare și consiliere profesională		
Consiliere vocațională		
Formare profesională/obținerea unui certificat sau atestat de calificare profesională		
Medierea muncii (în vederea obținerii unui loc de muncă)		
Consiliere pre- și post-angajare		
Programe de pregătire pentru muncă		
Angajare asistată (sprijin pentru a merge la locul de muncă și/sau pe parcursul desfășurării activității lucrative)		
Sănătate		
Monitorizarea stării de sănătate		
Servicii de medicină primară		
Servicii medicale specializate		
Alte servicii		

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2.

Localizarea locuințelor în care vor locui persoane cu dizabilități din centru, după mutarea în comunitate

Județ	Localitate
Nr. persoane care vor locui în localitate, din care	
Nr. persoane cu nevoie de sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților	
Nr. persoane cu nevoie de sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților	

....

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2. Tabelul agregă date pentru persoanele cu dizabilități care au locuință în comunitate identificată și se folosește în planificarea localizării serviciilor sociale. Sprijin zilnic, pentru majoritatea activităților – nevoie de sprijin zilnic pentru mai mult de jumătate din activități, din total activități pentru care o persoană are nevoie de sprijin. Sprijin zilnic, dar nu pentru majoritatea activităților – nevoie de sprijin zilnic doar pentru jumătate sau mai puțin dintre activitățile pentru care o persoană are nevoie de sprijin.

Localizarea locuințelor care trebuie identificate pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centru

Județ	Localitate
Nr. persoane pentru care trebuie identificată o locuință	
Județ	Localitate
Nr. persoane pentru care trebuie identificată o locuință	

....

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2. Tabelul agregă date pentru persoanele cu dizabilități care nu au (încă) locuință identificată în comunitate Localitățile sunt cele menționate de persoanele cu dizabilități ca fiind locul în care își doresc să locuiască.

Nevoia de locuințe identificată pentru persoane cu dizabilități care trăiesc în centrul rezidențial

Completați, pentru fiecare localitate în care trebuie identificate locuințe, numărul acestora în funcție de tip și de numărul de dormitoare necesare per locuință.

COMPLETAȚI 0 (ZERO) DACĂ NU ESTE NEVOIE DE UN ANUMIT TIP DE LOCUINȚĂ PENTRU A SE PUTEA CALCULA AUTOMAT TOTALUL PE LOCALITATE.

PENTRU NUMĂR DORMITOARE LUAȚI ÎN CALCUL, DACĂ E CAZUL, ȘI DORMITORUL PERSOANEI CARE OFERĂ ÎNGRIJIRE (PENTRU PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI CARE AU NEVOIE DE ÎNGRIJIRE PERMANENTĂ).

NL1. Județ	NL2. Localitate
NL3. Nr. de locuințe care trebuie identificate în localitate	
NL4. Nr. garsoniere	
NL5. Nr. apartamente cu 1 dormitor	
NL6. Nr. apartamente cu 2 dormitoare	
NL7. Nr. apartamente cu 3 dormitoare	
NL8. Nr. apartamente cu 4 dormitoare	
NL9. Nr. case cu 1 dormitor	
NL10. Nr. case cu 2 dormitoare	
NL11. Nr. case cu 3 dormitoare	
NL12. Nr. case cu 4 dormitoare sau mai multe	
....	

Servicii sociale pentru care managerii/managerul de caz propun(e) modificarea măsurii de protecție:

	Nr. de persoane, din care	Nr. de persoane pentru care serviciul nu există în localitatea în care doresc să se mute sau în proximitate
Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități		
Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități		
Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități		
Asistent personal al persoanei cu handicap grav		
Asistent personal profesionist		
Centru de zi		
Centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu		

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2.

Aplicații pentru beneficiul de locuire și beneficiul de tranziție

	Nr. de aplicanți	Suma estimată pentru beneficiu
Beneficiul pentru locuire		
Beneficiul pentru locuire – componenta chirie		
Beneficiul pentru locuire – componenta cheltuieli de întreținere		
Beneficiul de tranziție		

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2.

OBS. Observații

2.5. Nevoile de sprijin ale familiei sau altor persoane apropiate

[Managerii de caz realizează interviuri cu persoanele care mențin legătura regulat (prin vizite, discuții telefonice, online) cu persoane cu dizabilități rezidente în centru. Aceste persoane pot fi membri ai familiilor, prieteni sau cunoștințe ale persoanelor cu dizabilități. Prin aceste interviuri se determină: (1) măsura în care persoanele din comunitate (cu care persoanele cu dizabilități păstrează regulat legătura) doresc și au posibilitatea să sprijine viața independentă a persoanelor cu dizabilități care urmează să se mute în comunitate, (2) tipul de sprijin pe care îl pot oferi, precum și (3) tipul de sprijin de care ele însele ar avea nevoie, pentru a putea reprezenta o resursă pentru persoanele cu dizabilități după mutarea în comunitate. Pentru realizarea interviurilor, managerii de caz vor utiliza Ghidul de interviu cu persoane resursă.

După realizarea interviurilor, managerii de caz completează Secțiunea D din cadrul fișei Necesarul de sprijin pentru o viață independentă (Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2). Dacă este necesar, alte secțiuni ale fișei vor fi actualizate în conformitate cu informațiile obținute în urma realizării interviurilor (de exemplu, secțiunea privind locuirea). În cazurile în care nu au fost identificate persoane resursă sau nu au fost realizate interviuri (cu toate că există persoane identificate), în secțiune se completează (după caz) prima sau primele două variabile.]



Completează **Secțiunea D. Nevoile persoanelor resursă, inclusiv cele ale îngrijitorilor informali** din cadrul fișei **Necesarul de sprijin pentru o viață independentă** (Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2)



Vezi/Descarcă **Raportul agregat privind persoanele resursă din comunitate**, care este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2

Deschiderea de a oferi sprijin persoanei cu dizabilități	Nr. persoane
Persoane cu dizabilități din CR care păstrează legătura regulat cu membri ai familiei, prieteni sau cunoștințe din comunitate	
Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost realizate interviuri cu membri ai familiei, prieteni sau cunoștințe din comunitate	
Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost identificate persoane resursă care doresc să le sprijine (în orice fel) după mutarea în comunitate, <i>din care</i>	
Persoane cu dizabilități din CR pentru care au fost identificate persoane resursă care doresc să le ofere posibilitatea de a locui împreună	

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2.

Servicii necesare familiei și/sau altor persoane din comunitate pentru a sprijini persoanele cu dizabilități	Nr. persoane resursă care au nevoie de serviciu, din care	Nr. persoane resursă pentru care serviciul nu există în proximitate
Consiliere și informare despre beneficii și servicii destinate persoanelor cu dizabilități		
Informare și consiliere cu privire la drepturile și facilitățile sociale existente, precum și clarificări privind demersurile de obținere		
Informare și sprijin pentru facilitarea independenței persoanei cu dizabilități, inclusiv adaptarea locuinței		
Consiliere și informare privind aspecte precum: comunicarea cu și atitudinile față de persoanele cu dizabilități, gestionarea emoțiilor și a comportamentelor dificile, respectarea drepturilor și alegerilor		

persoanei, menținerea relației cu persoana adultă cu dizabilități și sprijinirea persoanei cu dizabilități în luarea deciziei		
Consiliere psihologică		
Psihoterapie		
Informare pentru identificarea posibilităților de reconversie/formare profesională cu sprijinul AJOFM		
Alte servicii		

Notă: Tabelul este autocompletat pe baza datelor din Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2. **OBS.** Observații

--

2.6 Planificarea serviciilor pentru persoanele care realizează tranziția spre viața independentă în comunitate și monitorizarea acestora

[Ca ultim pas în pregătirea Planurilor Individuale, sunt completate planurile de servicii și planurile de monitorizare a implementării acestora.

Planurile de servicii sunt elaborate pe baza tuturor celorlalte instrumente din Anexa B1. Planul Individual și în principal pe baza preferințelor exprimate de persoanele cu dizabilități în instrumentul privind planificarea centrată pe persoană (Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 1). Planurile de servicii sunt completate de către managerii de caz, în colaborare cu echipa implicată în elaborarea Planurilor Individuale și împreună cu persoanele cu dizabilități.

Planurile de monitorizare urmăresc măsura în care serviciile oferite persoanelor cu dizabilități, stabilite în planurile de servicii, reușesc să sprijine și să stimuleze viața independentă și participarea la viața comunității a acestora. Planurile de monitorizare sunt completate și actualizate de către managerii de caz, împreună cu persoanele cu dizabilități.

Adițional este monitorizată calitatea Planului individual din punct de vedere al centrării pe persoană. Aceasta va fi realizată, în principal, de echipa de formatori în planificarea centrată pe persoană ai persoanelor implicate în elaborarea Planului individual, sau de supervizori. Este realizată prin utilizarea instrumentului din Anexa B5, pe un eșantion de persoane cu dizabilități. Poate fi realizată și de monitori independenți. Instrumentul poate fi folosit și de facilitatori pentru autoverificare, sau de monitori independenți. Vezi mai multe informații în Secțiunea 5.2 a Ghidului DI.]



Completează **Plan de servicii – Parcurs de viață independentă** (Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 3) pentru fiecare persoană din centrul rezidențial pentru care Planul Individual este în proces de elaborare.



Planul personalizat pentru monitorizarea implementării planului individual (Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 4) va fi completat de managerul de caz pentru fiecare persoană din centrul rezidențial pentru care a fost elaborat Planul de servicii.



Sprijiniți activitatea de monitorizare a calității Planurilor individuale din punct de vedere al centrării pe persoană. Monitorizarea va fi realizată pe un eșantion de persoane cu dizabilități și cu utilizarea instrumentului din Anexa B5.

OBS. Observații

--

3. Planificarea serviciilor în comunitate

3.1. Activități de conștientizare a comunității

[Specialistul în comunicare planifică și implementează activitățile de comunicare sub supravegherea Coordonatorului de plan și în colaborare cu membrii echipei extinse, părțile interesate de la nivelul comunității și alți parteneri relevanți. Activitățile pot fi coordonate la nivel județean, regional sau național. Detaliile vor fi completate în Planul de comunicare.]



Completează **minutele sesiunilor de conștientizare a comunității**, utilizând șablonul din Anexa A1



Vezi/Descarcă **Raportul agregat privind evenimentele/activitățile organizate**, care este autocompletat în baza minuterelor completate pentru fiecare sesiune (Anexa A1)

OBS. Observații

--

3.2. Rețeaua de servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități în comunitate

3.2.1. Dezvoltarea serviciilor sociale

[Analiza posibilității de dezvoltare a serviciilor sociale pentru persoane adulte cu dizabilități este realizată pornind de la informațiile agregate privind nevoile de sprijin ale persoanelor cu dizabilități, în special tipul de servicii necesare, localizarea persoanelor cu dizabilități, intensitatea sprijinului necesar, personalul necesar. Este întocmită de Coordonatorul de plan pe baza datelor furnizate de managerii de caz, împreună cu DGASPC. Fișa sintetică va fi prezentată DGASPC și Comitetului județean pentru o analiză coordonată a nevoii de servicii la nivelul județului (în cazul existenței mai multor centre în curs de dezinstituționalizare). În funcție de organizarea preferată la nivel local, Coordonatorul de plan sprijină DGASPC în munca de dezvoltare a serviciilor sociale: contactarea serviciilor existente, negocierea creșterii capacității, colaborarea cu autoritățile publice locale pentru deciziile Consiliilor Județene/Locale pentru crearea de noi servicii. Pentru a dezvolta servicii în comunitate (asistență personală, echipe mobile, servicii de asistență și suport, îngrijire de tip respiro, îngrijire la domiciliu, servicii de zi), aplicanții din fiecare județ vor putea aplica pentru finanțare UE. Sustenabilitatea serviciilor va putea fi asigurată prin stabilirea de noi costuri standard pentru serviciile sociale pentru persoane adulte cu dizabilități. Aceste servicii trebuie să deservească și persoanele cu dizabilități din comunitate.]

[Unele activități de care persoanele cu dizabilități au nevoie pot fi asigurate de alte tipuri de servicii existente în comunitate. Va fi asigurată de către managerii de caz identificarea acestor servicii și coordonarea cu serviciile din alte sfere (ex. alte servicii sociale, servicii de ocupare sau sănătate).]

Fișa sintetică a necesarului de servicii în comunitate pentru rezidenții centrului rezidențial

Servicii sociale pentru persoane adulte cu dizabilități	SERV1. Există serviciul în județ?	SERV2. Capacitatea serviciilor existente acoperă nevoia la nivel de județ? (clienți din comunitate existenți și persoane care vor fi integrate în comunitate)	SERV3. Capacitatea serviciilor existente va fi extinsă? (astfel încât să acopere nevoia la nivel de județ)	SERV4. Vor fi înființate servicii noi?	SERV5. Localizarea serviciilor care vor fi extinse și/sau a celor nou înființate (completați localitățile respective din județ)
1. Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
2. Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
3. Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
4. Asistent personal al persoanei cu handicap grav	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
5. Asistent personal profesionist	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
6. Centru de zi	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	
7. Centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Da, dar nevoie acoperită parțial ☐ (3) Nu	☐ (1) Da ☐ (2) Nu	

OBS. Observații

--

3.2.2. Transferul personalului centrului rezidențial către serviciile din comunitate

[Specialistul în resurse umane împreună cu Coordonatorul de plan și personalul implicat planifică și furnizează informații despre tipul de serviciu în comunitate în care va lucra fiecare angajat și data transferului. Datele vor fi completate în Anexa B3.]



Completează **Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate** (Anexa B3)

OBS. Observații

4. Riscuri potențiale

[Pe lângă serviciile și activitățile care trebuie înființate sau dezvoltate și activitățile cu privire la personal, trebuie acoperite și măsurile de prevenire, de diminuare sau eliminare a potențialelor riscuri. Riscurile care pot cauza întârzieri în implementarea Planului DI și/sau neîndeplinirea obiectivelor stabilite sunt prezentate de către Coordonatorul de plan, folosind Anexa B3. Fișa pentru evaluarea riscurilor. Se vor identifica măsurile de prevenire, diminuare sau eliminare a riscurilor potențiale pentru a fi ulterior incluse în Planul DI (în Diagrama Gantt, în bugetul total al planului etc.). Vezi secțiunea din Ghidul DI.]



Completează **Fișa pentru evaluarea riscurilor** (Anexa B3)

OBS. Observații

5. Monitorizarea progresului implementării Planului DI

[Specialistul însărcinat cu monitorizarea și evaluarea completează Anexa B5 în colaborare cu întreaga echipă. Vezi secțiunea 5.1. din Ghidul DI.]

OBS. Observații

6. Diagrama Gantt

[Coordonatorul de plan completează și monitorizează o diagramă Gantt pentru activitățile prevăzute.]



Atașați o copie fizică a diagramei Gantt la Planul DI.

OBS. Observații

7. Buget

[Specialistul financiar împreună cu Coordonatorul de plan bugetează planul și identifică sursele de finanțare.]



Atașați o copie fizică a bugetului corespunzător Planului DI.

OBS. Observații

--

8. Comunicarea rezultatelor

[Comunicarea regulată a rezultatelor (inclusiv în cadrul etapelor intermediare) va fi realizată de către Specialistul în comunicare.]

REZ. Prezentați modul în care va fi realizată comunicarea rezultatelor

--

OBS. Observații

--

**APROBAREA
PLANULUI DI:
IMPLEMENTARE
ȘI
ACTUALIZARE**

Nume și prenume:

Funcție:

Data: zz/ll/aaaa

Semnătură:

Anexa B1. Planul Individual

Precondiții de îndeplinit pentru elaborarea Planului individual

Nume	
Prenume	
Data de naștere a persoanei	[zz/ll/aaaa]



Înainte de a completa fiecare fișă pentru persoana cu dizabilități, răspundeți la următoarele întrebări:

COND1. Facilitatorul desemnat pentru această persoană a fost format în PCP?

☐ ⁽¹⁾ Da

☐ ⁽²⁾ Nu

***DACĂ NU**, desfășurați activitatea de formare, după care (re)începeți planificarea centrată pe persoană pentru a putea completa secțiunile următoare.*

COND2. Managerul de caz al acestei persoane a fost format în PCP?

☐ ⁽¹⁾ Da

☐ ⁽²⁾ Nu

***DACĂ NU**, desfășurați activitatea de formare, după care (re)începeți planificarea centrată pe persoană pentru a putea completa secțiunile următoare.*

COND3. Persoana are cerc de sprijin?

☐ ⁽¹⁾ Da

☐ ⁽²⁾ Nu

***DACĂ NU**, stabiliți cercul de sprijin, după care (re)începeți planificarea centrată pe persoană. Planificarea centrată pe persoană ar fi trebuit să se realizeze cu implicarea cercului de sprijin.*

DACĂ DA la COND1, COND2 și COND3

COND4. Ce metodă PCP este folosită la elaborarea Planului Individual pentru această persoană?

☐ ⁽¹⁾ Metoda PCP MAPS

☐ ⁽²⁾ Metoda PCP PATH

☐ ⁽³⁾ Altă metodă PCP

COND5. Din ce grup de rezidenți, dintre cele planificate pentru realizarea Planului DI, face parte persoana?

Pentru centrele în care realizarea Planului DI presupune elaborarea într-o singură etapă a Planurilor Individuale ale tuturor rezidenților din centru se completează 1.

Pentru centrele în care realizarea Planului DI presupune elaborarea etapizată a Planurilor Individuale, pentru grupuri de minimum 20 de rezidenți, se completează numărul grupului din care face parte persoana.

COND6. Care este data la care a început/începe elaborarea Planului Individual pentru această persoană?

[zz/ll/aaaa]

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 1: Planificarea centrată pe persoană: Aspirațiile, valorile persoanei și nevoile sale pentru a trăi viața dorită

Repere metodologice

Scop: Descoperirea profundă a fiecărei persoane în parte, prin metode specifice, astfel încât furnizorii de servicii să înțeleagă cum persoana își dorește să trăiască și ce nevoi de sprijin are pentru a trăi o viață cu semnificație pentru ea.

Mod de completare/elaborare: Planificarea centrată pe persoană este adresată oricărei persoane cu dizabilități, indiferent de grad și tip. Planificarea centrată pe persoană începe cu determinarea membrilor cercului de sprijin, de către persoana cu dizabilități, cu sprijinul facilitatorului (Etapa 1). Se pot adăuga pe parcurs membri adiționali, în funcție de dorințele persoanei și relațiile noi stabilite. Secțiunea continuă cu un instrument introductiv (opțional) pentru planificarea centrată pe persoană: instrumentul „Viața mea” (Etapa 2). După completarea (opțională) a acestui prim instrument, este aleasă o metodă de planificare centrată pe persoană precum MAPS sau PATH (Etapa 3). Vor putea fi utilizate alte metode de planificare centrată pe persoană, precum Essential Lifestyle Planning (ELP). Planificarea centrată pe persoană necesită mai multe întâlniri ale persoanei cu cercul său de sprijin. Întâlnirile nu trebuie să includă alte persoane decât cele alese de persoana cu dizabilități.

Responsabil de completare: Realizarea planificării centrate pe persoană este ghidată de persoana cu dizabilități și făcută cu sprijinul și implicarea managerului de caz, a unui facilitator (ales de persoana cu dizabilități) și a altor persoane care formează cercul de sprijin, selectate de persoana cu dizabilități.

Atenție! Planificarea centrată pe persoană poate începe doar după ce managerii de caz și facilitatorii au fost formați în metode specifice de planificare centrată pe persoană (aplicarea metodelor MAPS și/sau PATH, respectiv “Viața mea”). Persoanele din cercul de sprijin trebuie să fie informate în prealabil de către facilitatori cu privire la procesul de planificare centrată pe persoană și ce presupune acesta. De asemenea, persoana trebuie pregătită în prealabil de managerul de caz.

Data fiind urgența reformei dezinstituționalizării și numărul ridicat de persoane pentru care Guvernul României și-a asumat să găsească soluții de sprijin în comunitate, accelerarea procesului poate consta în evaluarea de nevoi la nivel SECPAH prin instrumente ancorate în Clasificarea Internațională a Funcționalității.

Etapa 1: Cercul de sprijin

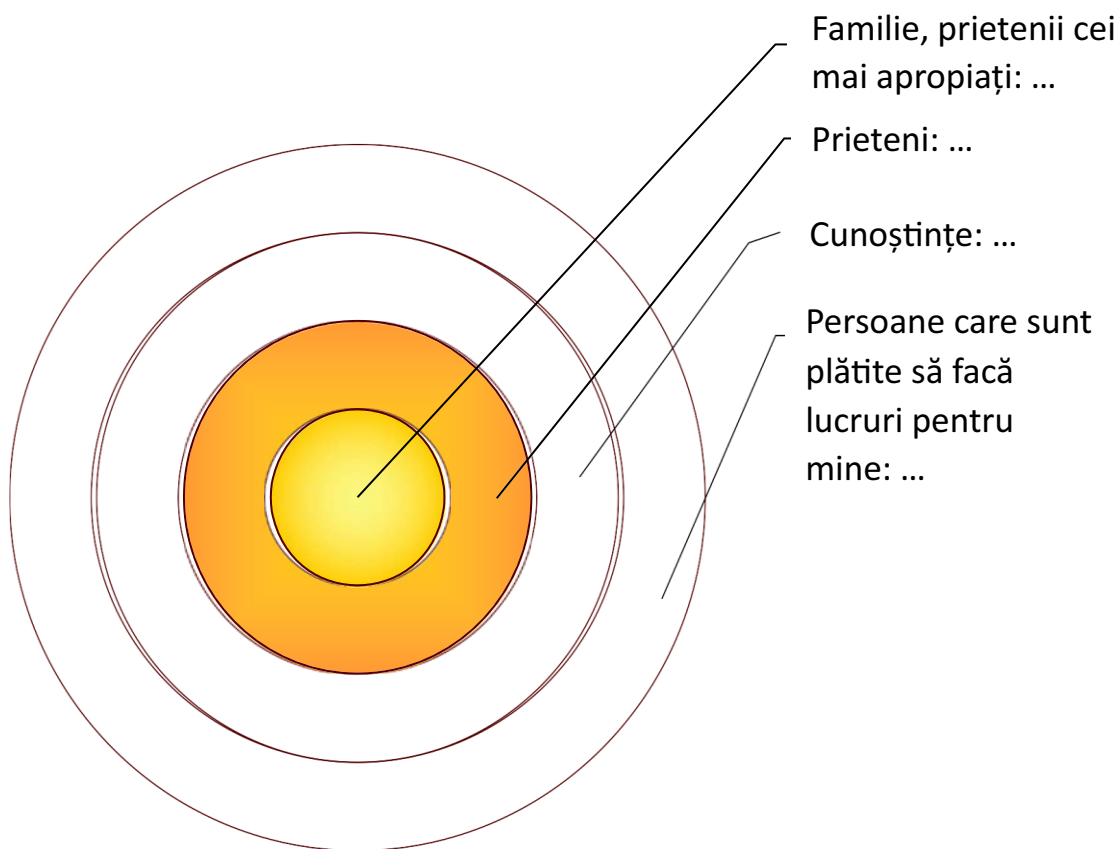
Scop: Identificarea persoanelor din cercul de sprijin al persoanei cu dizabilități care vor participa la elaborarea și implementarea Planului Individual.

Descriere: Cercul de sprijin este alcătuit din mai multe straturi de persoane care pot contribui la procesul de planificare centrată pe persoană prin care persoana cu dizabilități își conturează viziunea de viață în comunitate și formele de sprijin cele mai potrivite pentru a realiza această viziune. Cercul de sprijin NU este echipa multidisciplinară, ci un grup de susținători care doresc să-și dedice timpul, resursele și talentele pentru a acționa în interesul superior al persoanei cu dizabilități și a o sprijini în conturarea și realizarea parcursului de viață independentă. Selecția componenței cercului de sprijin este ghidată de preferințele persoanei, iar acest cerc poate să includă membri ai familiei, prieteni, angajați din servicii, autoreprezentanți și orice altă persoană.

Dacă persoana trăiește într-un centru rezidențial, cercul o însoțește și după mutarea acesteia în comunitate, și poate juca un rol semnificativ în viața acesteia.

Sursa informațiilor: Întâlniri între facilitator și persoana cu dizabilități pentru a întocmi o hartă a relațiilor sale care rezultă din întrebări precum „Cine sunt prietenii tăi cei mai buni?”, „Pe cine iubești cel mai mult?” și „Cine te iubește cel mai mult?” Odată completată harta relațiilor, persoana va decide cine va fi invitat în cercul de sprijin și împreună cu facilitatorul vor stabili modalitatea în care vor fi făcute invitațiile la întâlnirile de planificare.

Responsabil de completare: Managerul de caz sprijină persoana în definirea cercului de sprijin. Dacă persoana cu dizabilități are în cercul său de sprijin doar persoane plătite să facă lucruri pentru ea, atunci managerul de caz împreună cu alte persoane care o cunosc sprijină persoana să își clădească noi relații cu persoane care nu sunt plătite (cunoștințe, prieteni, prieteni apropiați). Facilitatorul ține minuta întâlnirilor cercului de sprijin pe tot parcursul elaborării și implementării Planului Individual.



	2	
	3	

CE ÎMI PLACE SĂ FAC?

Scrive ce îți place să faci și ce te face fericit/ă sau lipește câteva fotografii.

1

2

3

CARE SUNT UNELE DIN LUCRURILE PE CARE AȘ DORI SĂ LE FAC, DAR NU AM AVUT ÎNCĂ OCAZIA?

Adaugă o descriere sau lipește fotografii.

1

2

3

CE ÎMI PLACE SĂ MĂNÂNC?

Scrie ce îți place să mănânci la micul dejun, prânz și cină sau lipește fotografii...

Micul dejun

Prânz

Cină

LA CE ÎMI PLACE SĂ MĂ UIT LA TELEVIZOR?

Scrie ce îți place să vezi la televizor sau lipește fotografii...

1

2

3

CE MUZICĂ ÎMI PLACE SĂ ASCULT?

Scrie ce muzică îți place, ce interpreți sau formații ascuți sau lipește fotografii...

1

2

3

Scrie în tabel activitățile pe care le faci în mod obișnuit și notează dacă ai nevoie de ajutor sau nu.

EXEMPLE DE ACTIVITĂȚI: achiziționarea de alimente, igienă personală, realizarea de apeluri telefonice, deplasarea în oraș, curățenia în apartament, stabilirea bugetului, spălarea și călcarea hainelor, administrarea medicamentelor, gătit etc.

[illegible]

CE NU ÎMI PLACE

Scrie ce nu îți place să faci, ce te deranjează, ce te face furios/furioasă sau nefericit/nefericită...

1

2

3

LOCUINȚA MEA

Unde locuiesc sau unde mi-ar plăcea să locuiesc

Notează detalii despre cum este sau cum ți-ar plăcea să fie locuința ta.

CU CINE LOCUIESC?

Scrie numele celor cu care locuiești sau cu care ți-ai dori să locuiești și adaugă câteva fotografii.

1	2
3	4

Camera mea

De ce îți iubești camera și ce ți-ar plăcea să schimbi ca să îți placă și mai mult, sau cum ai dori să fie?

Lucrurile mele

Descrie câteva din lucrurile (obiectele) care sunt importante pentru tine sau lipește fotografii cu acestea

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

PERSOANELE CARE MĂ SPRIJINĂ

Scrie numele persoanelor care te sprijină, lipește fotografiile lor și descrie ce activități îți place să faci cu fiecare.

	1	
	2	
	3	

LOCUL MEU DE MUNCĂ

De ce îmi doresc să lucrez?

Ce tip de loc de muncă îmi doresc? Ce mi-ar trebui să obțin un loc de muncă care îmi place, sau un loc de muncă mai bun, care să îmi placă mai mult?

Ce fac la locul de muncă?

Cine sunt persoanele cu care lucrez?

De ce fel de sprijin am nevoie la locul de muncă? Cine mă poate ajuta?

SĂNĂTATEA MEA

La ce trebuie să am grijă?

Medicul meu

Scrie numele și prenumele medicului tău și unde lucrează acesta/aceasta

BANII MEI

Banii mei de buzunar:

Salariul/pensia/alt venit pe care îl am:

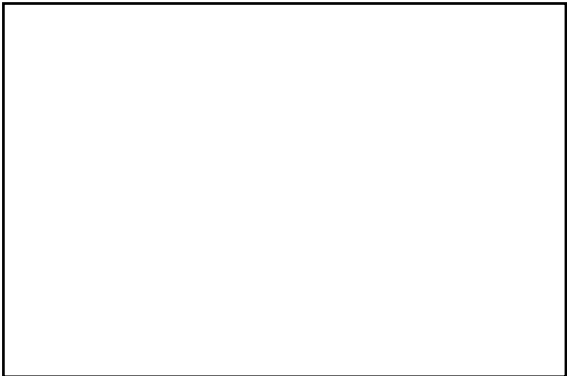
Economiile mele:

Cheltuielile mele (dacă am în acest moment, precum: chirie, utilități, telefon, hrană, îmbrăcăminte și încălțăminte, igienă personală etc.):

PRIETENA/SOȚIA/PRIETENUL/SOȚUL

(Adaugă fotografii)

Nume: _____
Prenume: _____
Adresă: _____



De ce îmi place de el/ea?

Ce ne place să facem împreună?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Etapa 3: Metoda de planificare centrată pe persoană

SCOP: Sprijinirea persoanei cu dizabilități să își atingă țintele, să trăiască viața pe care și-o dorește și să ajungă la o viziune personală a unei vieți bune în comunitate. Vor fi utilizate metoda MAPS, PATH, ELP etc. Pentru aplicarea oricărei metode este obligatorie formarea managerilor de caz sau facilitatorilor (acolo unde aceștia sunt introduși).

Mod de elaborare – Metoda MAPS:

- MAPS (inițial denumită Sistemele de Planificare a Acțiunii McGill) reprezintă una din cele mai larg răspândite metode utilizate în planificarea centrată pe persoană. MAPS este o metodă de planificare creativă, inițial dezvoltată pentru a sprijini incluziunea copiilor cu dizabilități în școlile de masă.
- MAPS poate fi folosită pentru a culege informații noi despre persoana cu dizabilități și pentru a-i descoperi interesele, capacitățile și posibile activități, prin utilizarea atât a facilitării grafice, cât și a celei procesuale. MAPS are următoarele rezultate cheie: (1) o viziune comună a grupului implicat în sprijinirea persoanei cu dizabilități asupra unui viitor pozitiv pentru acea persoană; (2) angajamentul de a păși către acest viitor și acordul asupra gamei de acțiuni care declanșează această călătorie; și (3) o apreciere clară a darurilor persoanei și o înțelegere mai profundă a locurilor în care aceste daruri sunt necesare și pot fi utilizate în comunitatea în care persoana este inclusă. MAPS sprijină incluziunea în comunitate și dezvoltarea relațiilor în mod natural.
- MAPS presupune sprijinirea persoanei cu dizabilități să invite un grup de persoane pe care aceasta le cunoaște și le place (cercul de sprijin) la o sesiune de planificare care durează, de obicei, câteva ore. Sesiunea MAPS este în mod uzual condusă de doi facilitatori instruiți – facilitatorul procesului ghidează persoanele prin pașii procesului și se asigură că acesta gravitează în jurul persoanei cu dizabilități, iar facilitatorul grafic creează un amplu jurnal grafic al fiecărui pas în cadrul MAPS.
- Un plan tipic are șapte pași ce ajută persoanele să treacă de la scenariile cele mai rele (coșmaruri) la vise.

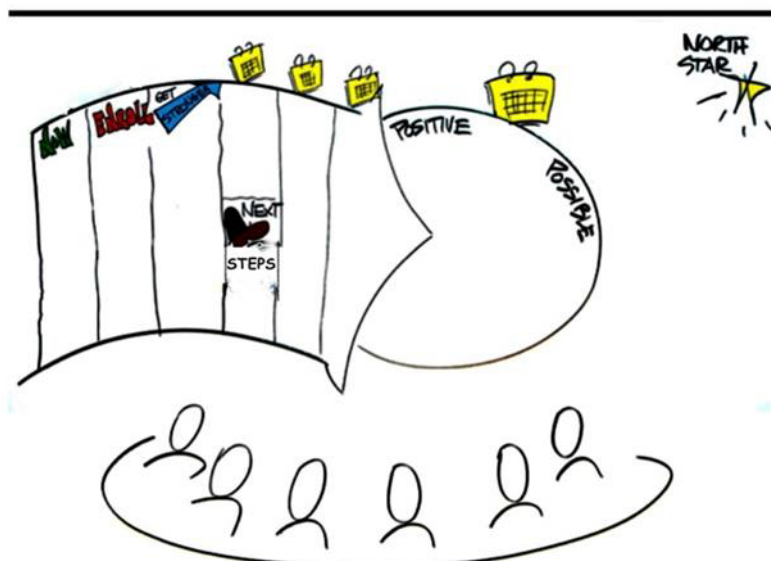
Cei 7 pași MAPS	Întrebări sugerate pentru facilitatori
1. Povestea persoanei	■ Invitați persoana să își spună povestea. Cereți-le persoanelor din cercul de sprijin să completeze, adauge, sau să amintească persoanei povești din experiența lor cu persoana.
2. Visul/visele persoanei	■ Cum ți-ar plăcea să arate viața ta? ■ Ce este important pentru tine să ai în viitor? ■ Dacă viața ta ar fi perfectă, și nimic nu ți-ar sta în cale, cum ar arăta viitorul tău? ■ Unde ai trăi? Cu cine ți-ar plăcea să-ți petreci timpul? Ce ți-ar plăcea să faci? Cum te-ai simți?
3. Coșmarul/coșmarurile persoanei	■ Care sunt lucrurile de care îți este cel mai frică că s-ar putea întâmpla?
4. Cine este persoana?	■ Care sunt cuvintele sau frazele care descriu persoana? (ruzați fiecare persoană din cercul de sprijin să adauge câte un cuvânt sau o frază descriptivă)
5. Daruri și puncte forte	■ Care sunt darurile și punctele forte prin care această persoană contribuie în mod unic la viața celorlalți (trăsături de personalitate, pasiuni, abilități...)?
6. Nevoi	■ Ce va trebui să existe pentru ca persoana să poată aduce și altora aceste contribuții? Ce poate fi făcut pentru ca persoana să evite coșmarurile și să se apropie de vis (ce sprijin/resurse ar fi necesare)?
7. Planul de acțiune	■ Care este planul de acțiune (ce trebuie făcut pentru a începe, cine trebuie să o facă și până când trebuie făcut)?

- Procesul MAPS se încheie cu o serie de reflecții din partea tuturor persoanelor implicate cu privire la activitatea desfășurată împreună; MAPS-ul completat este fotografiat, dat jos de pe perete, strâns și este prezentat persoanei în cauză și familiei sale. Este realizat, în scris, și un rezumat al planului. Cercul de sprijin se întâlnește cu regularitate, o dată la câteva luni pentru a evalua progresul în realizarea planului și pentru a planifica de comun acord viitoarele acțiuni.
- Descrierea grafică a MAPS (rezultatul aplicării metodei este un astfel de desen)



Mod de elaborare – Metoda PATH

- PATH este o metodă centrată pe persoană care poate fi utilizată pentru sprijinirea persoanelor și organizațiilor să își planifice viitorul.
- Precum metoda MAPS, PATH presupune sprijinirea persoanei să invite un grup de persoane pe care le cunoaște și care o agreează, care compun cercul său de sprijin, la o sesiune de planificare, care, în mod uzual, se întinde pe durata a câteva ore. Sesiunea PATH este de obicei condusă de doi facilitatori instruiți – un facilitator de proces care ghidează persoanele prin pașii procesului și se asigură că persoana este punctul central pe tot parcursul demersului și un facilitator grafic care creează o înregistrare grafică globală a fiecărui pas al PATH. Persoana își descrie visul (dacă persoana nu comunică verbal, membrii cercului de sprijin, care o cunosc cel mai bine, îi pot descrie visul).
- PATH sprijină grupul care și-a luat un angajament față de persoană să îi dezvolte acesteia sentimentul unui viitor dorit, precum și să parcurgă pașii necesari pentru a materializa acest viitor. Procesul de planificare funcționează pe baza ipotezei că cei care au fost aleși să facă parte din cercul de planificare de către persoana cu dizabilități cunosc și le pasă de aceasta și sunt suficient de dedicați pentru a o sprijini în viitorul pe care și-l dorește în următorul an. PATH se bazează pe capacitatea oamenilor de a-și imagina forme de viitor diferite. Modelul oferit de către PATH plasează prezentul în partea stângă și viitorul în partea dreaptă. PATH se concentrează mai întâi pe vis și construiește pe baza unui viitor pozitiv și posibil, cartografiind acțiunile necesare de-a lungul procesului. Este un instrument excelent în reorientarea unei echipe deja constituite, ce întâmpină probleme sau se simte blocată și în cartografierea unei schimbări de direcție.
- Un plan tipic include pașii pentru a sprijini persoanele să se îndrepte către viitorul pe care și-l doresc:
 - Steaua Nordului – viziunea unei vieți mai bune
 - Obiective pozitive și realizabile care pot fi atinse în intervalul de timp stabilit (12-24 luni)
 - Cum este viața acum (comparativ cu modul în care persoana și-ar dori să fie)
 - Pe cine trebuie să angrenăm pentru sprijinirea persoanei ca să își îndeplinească obiectivele
 - Ce trebuie NOI să facem pentru a fi suficienți de puternici pentru a ne îndeplini obiectivele pozitive și realizabile?
 - La jumătate de drum – Ce trebuie făcut la jumătatea drumului ca să ne atingem obiectivele? (în funcție de cadrul temporal stabilit, există posibilitatea să fie nevoie de mai mulți pași ce trebuie parcurși la jumătatea drumului)
 - Trei luni – ce trebuie îndeplinit în trei luni
 - O lună – ce trebuie îndeplinit într-o lună
 - Primul pas – care sunt primele lucruri care trebuie întreprinse în următoarele 24-48 de ore pentru a ne porni pe calea schimbării
- PATH este un vehicul al unei ascultări profunde (o oportunitate și o modalitate de a pune întrebări), creativității, colaborării, construirii angajamentului și al comunității.
- Descrierea grafică a PATH (rezultatul aplicării metodei este un astfel de desen)



Sursa informațiilor: Întâlniri repetate ale persoanei cu dizabilități și cercul său de sprijin/de planificare, moderate de facilitator.

Responsabil: Metoda MAPS sau metoda PATH pot fi aplicate doar de specialiști (facilitatori) special formați în acest scop. Persoana cu dizabilități rămâne în posesia planurilor grafice, iar managerul de caz folosește conținutul planului și al discuțiilor în completarea următoarelor secțiuni împreună cu persoana cu dizabilități.

Surse: <https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>; Regional SEN Transition to Employment Initiative (2012); Sanderson et al. (2004: 116); PATH & MAPS Handbook ©Inclusion Press 2010, p. 68. Disponibil la: <https://inclusion.com/path-maps-and-person-centered-planning/path/>.

Notă: În urma unei analize de context a stării serviciilor și a reformei în România, MAPS a fost identificată drept principala metodă de planificare centrată pe persoană care ar putea fi utilizată pentru demararea procesului, urmată de PATH. Formarea în planificare centrată pe persoană prevăzută de Strategia Națională (HG nr. 490/2022) poate include, totuși, și alte metode.

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 2: Necesarul de sprijin pentru o viață independentă

Repere metodologice

Scop: Fișa sintetizează atât nevoile identificate pe parcursul întâlnirilor de planificare centrată pe persoană în vederea implementării MAPS sau PATH desfășurate în Secțiunea 1, cât și nevoile identificate în baza informațiilor primite din partea persoanelor apropiate persoanei cu dizabilități (facilitator, membri ai cercului de sprijin, alte persoane) și specialiștilor (asistent social, psiholog, asistent medical etc.). Această fișă, alături de instrumentele completate în Secțiunea 1, are rolul de a ghida elaborarea Planului de servicii. De asemenea, date la nivel de persoană vor fi agregate și luate în considerare la planificarea dezvoltării de noi servicii sociale în comunitate.

Descriere: Fișa conține nevoi de sprijin și servicii pentru ca persoana cu dizabilități să trăiască o viață independentă în comunitate și se completează întotdeauna cu și în prezența persoanei cu dizabilități (în cadrul uneia dintre întâlnirile cu cercul de sprijin). Pentru persoanele nonverbale sau cu dificultăți accentuate de comunicare, secțiunea va fi completată alături de una sau mai multe persoane care cunosc cel mai bine persoana și cu care aceasta se simte confortabil.

Sursa informațiilor: Cea mai mare parte a acestor nevoi va fi identificată în urma discuțiilor/aplicării metodelor din cadrul Secțiunii 1. Alte nevoi pot fi identificate pe baza informațiilor specifice primite din partea facilitatorului, cercului de sprijin și alți specialiști, după caz (asistent social, psiholog, asistent medical etc.).

Responsabil de completare: Fișa este completată de managerul de caz și/sau asistentul social de la nivel de comunitate, împreună cu persoana cu dizabilități. Fișa se va completa în cadrul unei întâlniri față-în-față.

Actualizare periodică: Fișa va fi actualizată o dată la 12 luni, sau ori de câte ori apar modificări în urma aplicării metodei din Secțiunea 1 a Planului Individual și revizuirea/completarea cu informații actualizate a tuturor instrumentelor corespunzătoare acestuia. După actualizarea fișei unei persoane, va fi actualizat în mod corespunzător și Planul de servicii (dacă acesta a fost deja elaborat), inclusiv aspectele ce țin de acțiunile ce trebuie întreprinse în cazul unui eveniment neprevăzut, pentru a asigura continuitatea procesului de tranziție și de eliminarea potențialelor riscuri cuprinse în planul de contingență.

În cazul persoanelor cu dizabilități care trăiesc într-un centru rezidențial, actualizarea se va face ori de câte ori apar modificări în domeniile ce țin de locuire și de servicii de care persoanele au nevoie în comunitate. Legat de locuire, în momentul în care este identificată o locuință pentru o persoană din centru, fișa este actualizată prin completarea setului de întrebări corespunzător. Astfel, va avea loc o actualizare în timp real a nevoii de locuințe la nivelul unui întreg centru rezidențial, a localizării acestora și a numărului de persoane pentru care acestea trebuie identificate. Legat de servicii, fișa este actualizată ori de câte ori sunt identificate sau înființate servicii în comunitate de care persoanele din centru vor avea nevoie după mutare.

REZ1. Nume	
REZ2. Prenume	
REZ9.DN. Data de naștere a persoanei	[zz/ll/aaaa]

A. Nevoi de sprijin ale persoanei					
	În ce măsură persoana are nevoie de sprijin pentru a face următoarele activități?	NEV1. Are nevoie de sprijin pentru activitate?	NEV2. Frecvența sprijinului. Cât de des e nevoie de sprijin pentru activitate?	NEV3. Timpul pentru sprijin zilnic. Cât timp ar trebui dedicat zilnic?	NEV4. Tipul de sprijin. De care sprijin trebuie oferit?
1.	Să se spele pe tot corpul și să-și șteargă tot corpul	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
2.	Să meargă la toaletă și să-și facă igiena eliminărilor	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
3.	Să se îmbrace și să se dezbrace	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
4.	Să se încălze în mod corespunzător	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
5.	Să mănânce și să bea apă	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
6.	Să se urce și să se dea jos din pat	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
7.	Să se transfere de pe pat pe scaunul rulant	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
8.	Să se deplaseze pe distanțe scurte, în interiorul spațiului în care locuiește	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
9.	Să urce și să coboare scări	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
10.	Să îi înțeleagă pe ceilalți și să comunice cu ei	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
11.	Să facă cumpărături	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
12.	Să-și prepare mâncare	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
13.	Să facă curățenie sau alte activități gospodărești	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
14.	Să-și administreze medicamentele și alte tratamente conform prescripției medicale	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
15.	Să participe la activități culturale/de relaxare	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
16.	Să desfășoare activități parentale	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
17.	Să-și continue studiile	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
18.	Să desfășoare activități de muncă	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
19.	Să-și gestioneze banii proprii și alte bunuri și venituri	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
20.	Să folosească mijloace de transport	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
21.	Să se deplaseze pe distanțe lungi (în afara locuinței)	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
22.	Să mențină relația cu familia și alte persoane apropiate	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
23.	Să dezvolte relații noi cu membrii din comunitate, de prietenie sau intime	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
24.	Să ajute alte persoane	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
25.	Să se concentreze asupra unei sarcini cel puțin 10 minute	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
26.	Să-și aducă aminte ce are de făcut	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
27.	Să gestioneze probleme de sănătate	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
28.	Să conștientizeze riscuri și pericole	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
29.	Să ia decizii simple, de zi cu zi	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			
30.	Alte activități, precizați NEV1_ alta. Altă activitate, și anume	☐ (1) Da ☐ (2) Nu			

	În ce măsură persoana are nevoie de sprijin pentru a face următoarele activități?	NEV1. Are nevoie de sprijin pentru activitate?	NEV2. Frecvența sprijinului. Cât de des e nevoie de sprijin pentru activitate?	NEV3. Timpul pentru sprijin zilnic. Cât timp ar trebui dedicat zilnic?	NEV4. Tipul de sprijin. De care sprijin trebuie oferit?
--	---	---	--	--	---

Frecvența sprijinului (NEV2) 0 = Mai rar de o dată pe lună 1 = Cel puțin o dată pe lună, dar nu în fiecare săptămână 2 = Cel puțin o dată pe săptămână, dar nu zilnic 3 = Cel puțin zilnic, dar nu la fiecare oră 4 = La fiecare oră sau mai des DACĂ DA LA NEV1	Timpul pentru suport zilnic (NEV3) 1 = Mai puțin de 30 de minute 2 = Între 30 de minute și două ore 3 = Între 2 și 4 ore 4 = 4 ore sau mai mult DACĂ 3 SAU 4 LA NEV2	Tipul de suport (NEV4) 1 = Supervizare 2 = Sugestie verbală/gestuală 3 = Asistență fizică parțială 4 = Asistență fizică totală
--	---	---

B. Nevoi de tehnologie asistivă

Dispozitive sau tehnologie asistivă de care aveți nevoie să utilizați.	NEV5. Aveți nevoie să utilizați... ?			DACĂ DA LA NEV5 NEV6. Utilizați un astfel de dispozitiv/o astfel de tehnologie?			DACĂ NU LA NEV6 NEV7. Din ce motiv nu utilizați un astfel de dispozitiv?					
	Da	Nu	NȘ	Da	Nu	NR	1. Nu dețin pentru că nu-mi permit unul 2. Am comandat unul și urmează să intru în posesia lui 3. Am depus o cerere pentru un astfel de dispozitiv, la care aștept răspuns 4. Dețin un astfel de dispozitiv dar nu știu să îl utilizez 5. Dețin un astfel de dispozitiv dar este de calitate scăzută și prefer să nu îl utilizez 6. Alte motive, specificați care NEV76. Alt motiv, și anume ...					
a. Ochelari sau lentile ajutătoare	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
b. Orteze	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
c. Proteze	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
d. Alte dispozitive pentru înlocuirea, suplinirea sau stimularea unor organe, funcții, părți ale organismului	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
e. Scaun rulant manual	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
f. Scaun rulant motorizat/electric	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)

Dispozitive sau tehnologie asistivă de care aveți nevoie să utilizați.	NEV5. Aveți nevoie să utilizați... ?			DACĂ DA LA NEV5 NEV6. Utilizați un astfel de dispozitiv/o astfel de tehnologie?			DACĂ NU LA NEV6 NEV7. Din ce motiv nu utilizați un astfel de dispozitiv? 1. Nu dețin pentru că nu-mi permit unul 2. Am comandat unul și urmează să intru în posesia lui 3. Am depus o cerere pentru un astfel de dispozitiv, la care aștept răspuns 4. Dețin un astfel de dispozitiv dar nu știu să îl utilizez 5. Dețin un astfel de dispozitiv dar este de calitate scăzută și prefer să nu îl utilizez 6. Alte motive, specificați care NEV76. Alt motiv, și anume ...					
	Da	Nu	NȘ	Da	Nu	NR						
Alte dispozitive asistive de g. deplasare pe roți decât scaune rulante	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
h. Cărje, cadre de mers	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
i. Alte dispozitive pentru persoane cu mobilitate scăzută (lifturi, dispozitive de transfer, pentru mobilitate verticală)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
j. Baston	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
k. Aparat auditiv	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
l. Dispozitive de navigație, ghidare, identificare sau recunoaștere a mediului înconjurător	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
m. Produse asistive pentru desenare și scriere	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
n. Produse asistive pentru citire	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
o. Produse asistive pentru utilizarea calculatorului	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
p. Alte dispozitive, care?	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)
NEV5 altul. Alt dispozitiv, și anume...	☐ (1)	☐ (2)	☐ (8)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (9)	☐ (1)	☐ (2)	☐ (3)	☐ (4)	☐ (5)	☐ (6)

C. Nevoi de servicii				
Servicii necesare [ÎN BAZA NEVOILOR IDENTIFICATE MAI SUS, ÎMPREUNĂ CU PERSOANA ȘI CERCUL DE SPRIJIN, SUNT IDENTIFICATE SERVICIILE DE CARE ACEASTA ARE NEVOIE. IDENTIFICAREA ȘI FURNIZAREA ACESTORA VA FI STABILITĂ PRIN PLANUL DE SERVICII.]	NEV8. Persoana are nevoie de acest serviciu		DACĂ DA LA NEV8 NEV9. Acest serviciu există în localitatea în care persoana dorește să se mute, sau în proximitate	
	Da	Nu	Da	Nu
Psihologic și social				
1. Informare și consiliere socială/servicii de asistență socială	☐ (1)	☐ (2)	☐ (1)	☐ (2)

Servicii necesare [ÎN BAZA NEVOILOR IDENTIFICATE MAI SUS, ÎMPREUNĂ CU PERSOANA ȘI CERCUL DE SPRIJIN, SUNT IDENTIFICATE SERVICIILE DE CARE ACEASTA ARE NEVOIE. IDENTIFICAREA ȘI FURNIZAREA ACESTORA VA FI STABILITĂ PRIN PLANUL DE SERVICIU.]	NEV8. Persoana are nevoie de acest serviciu		DACĂ DA LA NEV8 NEV9. Acest serviciu există în localitatea în care persoana dorește să se mute, sau în proximitate	
	Da	Nu	Da	Nu
2. Consiliere psihologică și sprijin emoțional	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
3. Terapii specifice, altele decât cele de consiliere psihologică și sprijin emoțional	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
4. Asistență și suport pentru luarea unei decizii	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
5. Facilitarea independenței persoanei cu dizabilități	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
6. Suport individual/grup de suport	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
7. Dezvoltarea deprinderilor de viață independentă (învățarea și aplicarea cunoștințelor; sarcinile și solicitările generale; comunicarea; mobilitatea; autoîngrijirea; autogospodărirea; interacțiunile și relațiile interpersonale; educația; munca; viața economică; viața civică și socială)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
8. Integrare și participare socială și civică	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Abilitare și reabilitare				
9. Recuperare neuro-motorie/Menținerea și dezvoltarea mobilității personale (kinetoterapie, fizioterapie, hidro/balneo/termoterapie, stimulare psiho-senzorio-motorie, masaj, logopedie etc.)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Îngrijire și asistență				
10. Îngrijire personală (igienă zilnic, transfer și mobilizare, menaj ușor, tratarea escarelor, administrarea medicamentației, sprijin pentru efectuarea analizelor etc.)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
11. Hrănire și hidratare (efectuarea de cumpărături, pregătirea alimentelor și meselor, sprijin pentru hrănire și hidratare inclusiv cu ajutorul tehnologiilor asistive etc.)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Educație				
12. Programe de educație formală, inclusiv programul “A doua șansă”	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
13. Programe de educație non-formală	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
14. Programe de alfabetizare	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Ocupare				
15. Informare și consiliere profesională				
16. Consiliere vocațională	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
17. Formare profesională/obținerea unui certificat sau atestat de calificare profesională	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
18. Mediarea muncii (în vederea obținerii unui loc de muncă)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
19. Consiliere pre- și post-angajare	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
20. Programe de pregătire pentru muncă	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
21. Angajare asistată (sprijin pentru a merge la locul de muncă și/sau pe parcursul desfășurării activității lucrative)	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Sănătate				
22. Monitorizarea stării de sănătate	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
23. Servicii de medicină primară	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
24. Servicii medicale specializate	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎
Alte servicii, precizați care	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎	☐ ₍₂₎

Servicii necesare [ÎN BAZA NEVOILOR IDENTIFICATE MAI SUS, ÎMPREUNĂ CU PERSOANA ȘI CERCUL DE SPRIJIN, SUNT IDENTIFICATE SERVICIILE DE CARE ACEASTA ARE NEVOIE. IDENTIFICAREA ȘI FURNIZAREA ACESTORA VA FI STABILITĂ PRIN PLANUL DE SERVICII.]	NEV8. Persoana are nevoie de acest serviciu		DACĂ DA LA NEV8 NEV9. Acest serviciu există în localitatea în care persoana dorește să se mute, sau în proximitate	
	Da	Nu	Da	Nu
NEV8.25_ altul. Alt serviciu, și anume				

D. Nevoile persoanelor resursă, inclusiv cele ale îngrijitorilor informali

Secțiunea sintetizează interviurile managerului de caz/asistentului social din comunitate cu persoanele resursă din jurul persoanei cu dizabilități. În realizarea acestora poate fi folosit ghidul de interviu anexat (Ghid de interviu cu persoane resursă). Pentru cazurile în care nu au fost identificate persoane resursă (persoana cu dizabilități nu are persoane cu care păstrează legătura în mod regulat) sau nu au fost realizate interviuri (cu toate că există persoane identificate), în secțiune se completează (după caz) prima sau primele două variabile. Acolo unde au fost realizate mai multe interviuri (mai mult de o persoană resursă din familii/gospodării diferite), secțiunea cuprinde sinteza tuturor acestor interviuri.

NEV10. Persoana cu dizabilități păstrează legătura regulat cu persoane din comunitate - membri ai familiei, prieteni, cunoștințe etc?	☐ (1) Da ☐ (2) Nu
DACĂ DA LA NEV10	
NEV11. Au fost realizate interviuri cu aceste/o parte din aceste persoane?	☐ (1) Da ☐ (2) Nu

DACĂ DA LA NEV11

NEV11DA. Informații despre câte interviuri cu membri ai familiei, prieteni, cunoștințe cu care persoana cu dizabilități păstrează legătura regulat, și relația acesteia cu persoanele interviuate

...

NEV12. Număr persoane/familii care doresc să ofere persoanei cu dizabilități posibilitatea de a locui împreună	
---	--

DACĂ NEV12 > 0

NEV12.PREZ. Prezențați pe scurt informațiile obținute în timpul interviului/interviurilor legat de locuirea împreună cu persoana cu dizabilități – dacă au locuit împreună înainte, (*dacă da*) dificultăți întâmpinate, de ce ar avea nevoie (legat de amenajarea/accesibilizarea locuinței etc.)

În cazul în care sunt mai multe persoane/familii care doresc să locuiască împreună cu persoana cu dizabilități, prezentați informațiile per persoană/familie.

...

NEV12.AP. Număr persoane care doresc să acorde asistență și îngrijire ca asistent personal angajat de primărie sau în schimbul unei indemnizații lunare	
--	--

NEV13. Număr persoane/familii care doresc să sprijine persoana cu dizabilități în alte moduri după mutarea acesteia în comunitate, dar nu să locuiască cu ea	
---	--

DACĂ NEV13 > 0

NEV13.PREZ. Prezențați pe scurt informațiile obținute în timpul interviului/interviurilor legat de sprijinul pe care îl pot oferi persoanei cu dizabilități – tip de sprijin, frecvență. Acestea sunt relevante pentru completarea Planului de servicii.

În cazul în care există mai multe persoane/familii care doresc să sprijine persoana cu dizabilități (în alt mod decât să locuiască împreună), prezentați informațiile per persoană/familie.

...

Servicii necesare persoanelor resursă pentru a sprijini persoana cu dizabilități	NEV14. Număr persoane resursă identificate ca având nevoie de serviciu	NEV15. Acest serviciu există în proximitatea persoanelor resursă
1. Consiliere și informare despre beneficii și servicii destinate persoanelor cu dizabilități		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
2. Informare și consiliere cu privire la drepturile și facilitățile sociale existente, precum și clarificări privind demersurile de obținere		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
3. Informare și sprijin pentru facilitarea independenței persoanei cu dizabilități, inclusiv adaptarea locuinței		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
4. Consiliere și informare privind aspecte precum: comunicarea cu și atitudinile față de persoanele cu dizabilități, gestionarea emoțiilor și a comportamentelor dificile, respectarea drepturilor și alegerilor persoanei, menținerea relației cu persoana adultă cu dizabilități și sprijinirea persoanei cu dizabilități în luarea deciziei		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
5. Consiliere psihologică		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
6. Psihoterapie		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
7. Informare pentru identificarea posibilităților de reconversie/formare profesională cu sprijinul AJOFM		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
8. Alte servicii		☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
NEV14.8 altul. Alt serviciu, și anume...		

Notă: Se completează numărul tuturor persoanelor resursă dintr-o familie/gospodărie și care ar avea nevoie de un serviciu, chiar dacă în aceste cazuri a fost realizat un singur interviu per familie/gospodărie.

E. Nevoi legate de locuire

NEV16. Persoana are identificată o locuință în care dorește să locuiască?

☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu

În cazul persoanelor cu dizabilități care trăiesc în centre rezidențiale, identificarea locuințelor poate începe în orice moment și poate fi făcută de managerul de caz sau alte persoane din cercul de sprijin împreună cu persoana cu dizabilități, sau cu sprijinul compartimentului de locuire incluzivă din cadrul DGASPC. În proces va fi urmărit setul de standarde de locuire incluzivă. Informațiile de mai jos sunt orientative, iar sumele reprezintă estimări conform ofertelor de pe piață, respectiv cheltuielilor istorice pentru utilități, în cazul în care acestea vor fi acoperite de persoană. În cazul persoanelor cu dizabilități care trăiesc într-un centru rezidențial, informațiile ajută la agregarea necesarului de locuințe în comunitate.

DACĂ PERSOANA ARE IDENTIFICATĂ O LOCUINȚĂ (DACĂ DA LA NEV16)

NEV17. Unde se află locuința?

Județ: _____

Oraș/comună: _____

NEV18. Forma de locuire

- ☐₍₁₎ Locuință în (co-)proprietate a persoanei cu dizabilități
- ☐₍₂₎ Locuință proprietate a unei persoane din comunitate/co-locatar (membru al familiei, partener/ă, prieten, cunoștință etc.)
- ☐₍₃₎ Locuință închiriată de pe piața liberă

	☐₍₄₎ Locuință socială ☐₍₅₎ Altă situație NEV18.5. Altă situație, și anume...
NEV19. Cu cine locuiți/veți locui?	☐₍₁₎ Singur(ă) ☐₍₂₎ Împreună cu familia (inclusiv cu un membru/membri ai familiei extinse) ☐₍₃₎ Împreună cu partenerul/partenera (care locuiește în comunitate) ☐₍₄₎ Împreună cu alte persoane care trăiesc în comunitate (prieteni, cunoștințe, colegi de muncă etc.) ☐₍₅₎ Împreună cu un alt rezident/alți rezidenți din centrul rezidențial în care locuiesc acum
NEV20. Plătiți/veți plăti chirie?	☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu
DACĂ DA LA NEV20	
NEV20.1. Valoarea estimată a chiriei	Lei
NEV21. Aveți/veți avea cheltuieli cu locuința?	☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu
DACĂ DA LA NEV21	
NEV21.1. Valoarea estimată a cheltuielilor cu locuința (utilităților)	Lei
NEV22. Locuința are nevoie de reparații, amenajări, dotări, accesibilizări care să faciliteze locuirea persoanei cu dizabilități? <i>(se iau în vedere preferințele exprimate de persoana cu dizabilități privind amenajarea locuinței)</i>	☐₍₁₎ Da ☐₍₂₎ Nu
DACĂ DA LA NEV22	
NEV22.1. Valoarea estimată a lucrărilor necesare (reparații, amenajări, accesibilizare)	Lei
DACĂ PERSOANA NU ARE (ÎNCĂ) IDENTIFICATĂ O LOCUINȚĂ (DACĂ NU LA NEV16)	
NEV23. Unde ați dori să locuiți?	Județ: Oraș/comună:
NEV24. Ați dori să locuiți la casă sau la apartament?	☐₍₁₎ Casă ☐₍₂₎ Apartament ☐₍₃₎ Oriunde ☐₍₄₎ Nu știu/Nu răspund
NEV25. Cu cine ați dori să locuiți?	☐₍₁₎ Singur(ă) ☐₍₂₎ Împreună cu familia (inclusiv cu un membru/membri ai familiei extinse) ☐₍₃₎ Împreună cu partenerul/partenera (care locuiește în comunitate) ☐₍₄₎ Împreună cu alte persoane care trăiesc în comunitate (prieteni, cunoștințe, colegi de muncă etc.) ☐₍₅₎ Împreună cu un alt rezident/alți rezidenți din centrul rezidențial în care locuiesc acum
DACĂ 5 la NEV25	
NEV25.NR. Cu câți alți colegi din centru doriți să locuiți? (cel mult alte 3 persoane)	
DACĂ 5 la NEV25	NEV25.1. Persoana 1.
Cu ce colegi din centrul rezidențial dorește persoana să locuiască	Nume.....
	NEV25.2. Persoana 2.
	Nume.....
	NEV25.3. Persoana 3.
	Nume.....
VERIFICAȚI CĂ TOATE PERSOANELE MENȚIONATE SUNT DE ACORD SĂ LOCUIASCĂ ÎMPREUNĂ	

NEV26. Descrieți aspectele importante pentru persoană privind locuirea

Aspecte legate de: preferințele exprimate de persoana cu dizabilități privind locuința; nevoia de spațiu, dotări, amenajări, accesibilizare. Ce accesibilizări ar fi necesare pentru persoana cu dizabilități; nevoia privind transportul, privind accesul la servicii specializate de care persoana are nevoie; venitul persoanei cu dizabilități în relație cu cheltuielile pe care o locuință le presupune (plată chirie, plată utilități).
Orice alte aspecte considerate importante privind locuirea.

....

F. CONCLUZIILE NEVOILOR DE SPRIJIN

NEV27. Ca urmare a înțelegerii nevoii de sprijin, managerul de caz recomandă modificarea măsurii de protecție în PIRIS astfel:
RĂSPUNS MULTIPLU

NEV28. Acest serviciu social există în localitatea în care persoana dorește să se mute, sau în proximitate.

Serviciu de asistență și suport pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ ₍₁₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Echipă mobilă pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ ₍₂₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Serviciu de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități	☐ ₍₃₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Asistent personal al persoanei cu handicap grav	☐ ₍₄₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Asistent personal profesionist	☐ ₍₅₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Centru de zi	☐ ₍₆₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
Centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	☐ ₍₇₎	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu

Notă: Legea nr. 7/2023 prevede faptul ca persoanele adulte cu dizabilități pot beneficia de servicii sociale **în mod cumulativ**, astfel încât persoana cu dizabilități să poată primi toate serviciile sociale de care ar avea nevoie pentru un trai independent în comunitate. În realizarea acestei propuneri, managerul de caz se va raporta la serviciile de care are nevoie persoana, indiferent dacă acestea sunt disponibile sau nu în județ/comunitate.

VEN1. În ultimele 6 luni, persoana a avut o sursă regulată de venit?	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
DACĂ DA VEN1 VEN2. Din ce surse au provenit veniturile? RĂSPUNS MULTIPLU	☐ ₍₁₎ Salariu ☐ ₍₂₎ Pensie ☐ ₍₃₎ Pensie de invaliditate ☐ ₍₄₎ Pensie de urmaș ☐ ₍₅₎ Activități independente ☐ ₍₆₎ Alte surse, care? VEN2_alta. Alte surse de venit, și anume
DACĂ DA VEN1 VEN3. Suma obținută de persoana cu dizabilități, din toate sursele de venit, anterioară în luna calendaristică lunii în care este completată fișa	
VEN4. Persoana cu dizabilități dispune de... RĂSPUNS MULTIPLU	☐ ₍₁₎ Depozite bancare și/sau alte economii

	☐₍₂₎ Una sau mai multe proprietăți în țară (proprietar individual/co-proprietar) ☐₍₃₎ Una sau mai multe proprietăți în străinătate (proprietar individual/co-proprietar)
Ca urmare a înțelegerii nevoii de sprijin, și având în vedere veniturile persoanei, managerul de caz recomandă alocarea următoarelor beneficii privind sprijinirea tranziției în comunitate sau prevenirea (re)instituționalizării:	
NEV29. Beneficiul pentru locuire	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
DACĂ DA LA NEV29	
NEV29.1. Beneficiu pentru locuire – valoare estimată chirie	[Notați 0 dacă nu se aplică]
DACĂ DA LA NEV29	
NEV29.2. Beneficiu pentru locuire – valoare estimată întreținere	[Notați 0 dacă nu se aplică]
NEV30. Beneficiul de tranziție (costuri de mutare, reparații, amenajări, dotări, accesibilizări care să faciliteze locuirea persoanei cu dizabilități etc.)	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
DACĂ DA LA NEV30	
NEV30.1. Valoare estimată:	
NEV31. Beneficiul de inserție pe piața muncii	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
NEV32. Alt beneficiu, specificați care	☐ ₍₁₎ Da ☐ ₍₂₎ Nu
NEV32 altul. Alt beneficiu, și anume...	

OBS. Observații

--

NEV. Persoana care a completat Fișa necesarului de sprijin pentru o viață independentă:

NEV.R. Nume și prenume	NEV.FR. Funcție	NEV.DATA. Dată completare	NEV.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 3: Plan de servicii – Parcurs de viață independentă

Repere metodologice

Planul de servicii detaliază toate serviciile și tipurile de sprijin sau intervenție necesare persoanei cu dizabilități pentru o viață independentă în comunitate. Planul de servicii nu este doar o listare a serviciilor/a tipurilor de sprijin de care va beneficia persoana cu dizabilități, ci oferă o imagine completă despre viața persoanei, despre ceea ce își dorește aceasta pentru viitor și cum să ajungă acolo. Rezultatele așteptate în urma acordării sprijinului/serviciilor trebuie să aibă directă legătură cu nevoile, dorințele, aspirațiile persoanei. Atunci când vor fi atinse, acestea ar trebui să schimbe viața persoanei în bine.

Responsabilitatea elaborării Planului de servicii revine managerului de caz care corelează informații privind nevoia de servicii necesare persoanei cu dizabilități, obținute prin aplicarea instrumentelor de lucru descrise în secțiunile Planului Individual, precum și informații din harta de servicii la nivelul comunității pusă la dispoziție de către DGASPC și/sau din alte documente relevante.

Serviciile de care are nevoie persoana pentru a trăi independent în comunitate trebuie să acopere toate dimensiunile vieții: locuire, ocupare, educație și sănătate, participare la viața socială și publică, culturală și recreativă, la care se adaugă servicii destinate populației generale. Persoana cu dizabilități trebuie să aibă disponibile toate informațiile legate de planificarea sprijinului/serviciilor (inclusiv în moduri accesibile pentru aceasta), este încurajată să își asume riscuri și știe că este în regulă dacă face greșeli sau dacă se răzgândește. Întregul proces, de la planificare până la revizuirea planului de servicii, trebuie să fie transparent și clar, persoana știe ce să aștepte și când, și știe că persoanele implicate în implementarea planului fac ceea ce trebuie să facă/ce a fost planificat.

În cazul persoanelor cu dizabilități care urmează să se mute din centre rezidențiale în comunitate, trebuie luate în vedere activitățile necesare pregătirii pentru tranziție, mai exact cele legate de pregătirea psihologică, creșterea autoreprezentării și autodeterminării, consolidarea deprinderilor de bază în măsura în care este posibil înainte, dar mai ales după ieșirea din centrul rezidențial, acomodarea cu spațiul în care va locui persoana cu dizabilități, facilitarea accesului persoanei cu dizabilități la resursele existente la nivelul comunității.

Scop: Planul de servicii asigură faptul că persoana și-a ales mediul în care locuiește, că acesta este incluziv și îi sprijină accesul la viața în comunitate, include oportunități de căutare a unui loc de muncă și se bucură de un mediu de lucru integrat, participă la viața comunității și oferă controlul asupra resurselor personale și accesul la alte servicii în egală măsură cu alți membri ai comunității.

Mod de completare/elaborare: Planul de servicii este *centrat pe persoană* și *ghidat de persoană*. Persoana cu dizabilități va fi implicată în elaborarea planului, împreună cu managerul de caz, facilitator și orice alte persoane din cercul de sprijin.

Redactare:

- Limbaj simplu, accesibil persoanelor cu dizabilități și celor cu o cunoaștere limitată a limbii române, de exemplu, conține reprezentări grafice, înregistrări etc.
- Completat și convenit cu consimțământul informat al persoanei în cauză, în scris, și semnat de toate persoanele și furnizorii responsabili de punerea sa în aplicare.

Revizuire:

- Implică persoana cu dizabilități, precum și persoanele/entitățile care oferă sprijin/servicii; orice modificare trebuie să fie făcută cu acordul tuturor părților implicate.
- Cel puțin o dată pe an, la interval de 12 luni, prin reluarea procesului de elaborare a Planului Individual și revizuirea tuturor instrumentelor corespunzătoare acestuia.
- Ori de câte ori este nevoie – atunci când apare o schimbare în nevoile, circumstanțele, dorințele, aspirațiile persoanei, când se constată că sprijinul/serviciile planificate nu contribuie la îndeplinirea rezultatelor așteptate.

Responsabil de completare: Manager de caz, facilitator și alte persoane, în funcție de dorințele persoanei cu dizabilități.

Informații privind persoanele implicate în elaborarea și implementarea Planului de Servicii

Nume prenume persoană: _____

Adresă: _____

Telefon: _____ Email: _____

Reprezentant legal (dacă este cazul)

Adresă: _____

Telefon: _____ Email: _____

Manager de caz:

Telefon: _____ Email: _____

Facilitator: _____

Telefon: _____ Email: _____

Asistent social local responsabil de coordonarea sprijinului pentru persoana cu dizabilități:

Telefon: _____ Email: _____

I. Informații cheie despre persoană relevante pentru elaborarea Planului de Servicii

Aspecte importante legate de cine sunt și ce este important pentru mine
<i>Includeți: (1) o privire de ansamblu asupra a ceea ce persoana consideră a fi interesele, abilitățile, preferințele, punctele sale forte, (2) o descriere a modului în care persoana face alegeri și decizii, inclusiv cele pe care persoana le ia cu sprijinul altora, (3) o descriere a modului în care persoana comunică și (4) o descriere a lucrurilor care merg bine în viața de zi cu zi a persoanei.</i>
...

Ce îmi doresc să schimb la viața mea
<i>Descrieți ce urmărește persoana să se întâmple prin planul prezent, ce își dorește să schimbe în viitorul apropiat. Informațiile nu se referă doar la servicii, ci la viața persoanei în general. Notați problemele, preocupările, schimbările pe care persoana le experimentează sau pe care dorește să le abordeze. Descrieți ce înseamnă o viață bună pentru persoană.</i>
...

II. Parcursul de viață independentă

1. Locuirea					
<i>Include activități care răspund la nevoia identificării unei locuințe, sprijin pentru aplicarea la beneficii și la gestionarea mutării.</i>					
Obiectiv					
Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

2. Viața de fiecare zi, inclusiv luarea deciziilor

Include activități care să răspundă nevoilor personale și casnice identificate de îngrijire și asistență, obținerea și utilizarea dispozitivelor asistive, gestiunea bunurilor și veniturilor proprii. Este avut în vedere timpul de sprijin zilnic estimat.

Obiectiv

Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

3. Educație

Activități care răspund la nevoi de școlarizare (de exemplu, de la a învăța scris/citit la sprijin pentru absolvirea unei forme de studii, obținerea unei calificări/diplome de studii, dobândirea anumitor competențe pe piața muncii etc.), activități pentru a sprijini accesul.

Obiectiv

Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

4. Ocupare

Activități care răspund nevoii de pregătire pentru un loc de muncă, angajare sau activitatea la locul de muncă: consiliere vocațională, formare/obținerea unui certificat sau atestat de calificare profesională, mediere pentru obținerea unui loc de muncă, mediere pentru obținerea unui loc de muncă neremunerată/voluntariat.

Obiectiv

Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

5. Participare la viața socială, publică/culturală/recreativă

Include activități care să răspundă nevoilor identificate de menținere/dezvoltare a relațiilor și cercului de sprijin, dezvoltare personală, consolidarea abilităților sociale, cât și tot ce ține de viața publică, culturală, recreativă etc.

Obiectiv

Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

6. Sănătate

Include serviciile pentru populația generală: servicii de medicină primară (acordate de medicul de familie), asistență medicală de specialitate în ambulatorii clinice (acordată de medicul specialist), servicii medicale spitalicești, servicii medicale paraclinice (analize medicale de laborator), servicii de medicină (servicii stomatologice), dispozitive medicale etc.

Obiectiv

Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane)

					implicate și cum)
1.					
...					

7. Sprijin acordat familiei și altor persoane din cercul de sprijin					
Include servicii identificate prin Secțiunea 2 Necesarul de sprijin pentru o viață independentă (D).					
Obiectiv:					
Activități necesare	Nume responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	Interval de timp	Durata/Frecvența serviciului/sprijinului	Rezultat așteptat	Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
1.					
...					

8. Alte detalii/observații cu privire la nevoile de servicii/sprijin ale persoanei cu dizabilități
--

III. Planul de contingență al persoanei care realizează tranziția spre viața independentă în comunitate

Scop: Planul de contingență își propune să atenueze potențialele riscuri identificate ca fiind asociate cu diferite dimensiuni ale vieții în comunitate pe care persoana cu dizabilități le-ar putea întâmpina în tranziția spre viața independentă. Este parte integrantă a Planului de Servicii pentru persoanele care trăiesc în centrele rezidențiale. Modalitate de completare: Instrumentul se completează prin întâlniri de lucru ale echipei implicate în realizarea și implementarea Planului individual (Facilitator/Manager de caz/Cerc de sprijin). Sunt completate doar acele aspecte considerate importante de echipă. Responsabil de completare: Managerul de caz, în colaborare cu echipa implicată în realizarea și implementarea Planului individual, și împreună cu persoana cu dizabilități care face tranziția în comunitate. Notă: Adaptat după Transitions to Community Living: Transition Planning Tool January 2013 ed., North Carolina Department of Health and Human Services.

Dimensiuni care pot include riscuri	Descrierea riscului identificat și a situației indezirabile la care s-ar putea ajunge	Ce poate fi făcut pentru a minimiza/evita riscul?	Ce trebuie făcut la confruntarea cu acest risc?	Persoană/e de contact (nume, relație cu persoana, funcție, telefon)
Locuire (relații cu vecinii din clădire, siguranța în locuință și în mediul exterior, plata chiriei/utilităților, mentenanța locuinței etc.)				
Probleme asociate cu îngrijirea zilnică (lipsa persoanei care acordă îngrijirea personală, probleme de asigurare a dietei, a materialelor sanitare necesare etc.)				
Gestionarea banilor (cheltuieli disproportionale în raport cu veniturile, lipsa de alocare a resurselor pentru cheltuielile obligatorii de exemplu cele legate de locuire sau alimentație, lipsa veniturilor pentru cultură, sport, timp liber etc.)				

Transport (transport în comun neaccesibilizat, nevoie de sprijin pentru deplasarea pe stradă)				
Ocupare (negăsirea unui loc de muncă, pierderea locului de muncă, lipsa adaptărilor necesare, condiții de muncă improprie, inclusiv hărțuire etc.)				
Situație/dinamică familială sau cu colegii de locuință (inclusiv lipsa resurselor financiare ale gospodăriei, pierderea locului de muncă a unui membru de familie, respingere din partea familiei, certuri cu persoanele cu care persoana împarte locuința, situații de violență etc.)				
Participare socială (inclusiv rețele sociale, lipsa accesului la activități culturale, sportive, de timp liber, cetățenești, electorale etc.)				
Asistență medicală (acces la servicii medicale în comunitate sau la domiciliu, servicii medicale asociate afecțiunilor acute, servicii medicale de urgență, lipsa medicamentelor sau consumabilelor, transport etc.)				
Probleme de sănătate asociate cu afecțiuni cronice (diabet, hipertensiune, îngrijirea escarelor sau altor răni etc.)				
Probleme asociate cu medicația prescrisă (efecte secundare, administrare, ridicarea rețetelor etc.)				
Echipamente asistive (am nevoie dar nu le pot obține, dacă se strică etc.)				
Situații de urgență (cutremur, incendiu, dezastru natural etc.)				
Alte tipuri de riscuri				

Directivă anticipativă		
Dimensiuni de prevenție/reacție	Aspecte personale/Strategii de prevenție/reacție	Persoane de contact
Primele semne care indică disconfort sau suferință și evenimente semnificative care îmi pot crea stres și declanșa o criză (tendința de izolare, agitație psihomotorie, anularea întâlnirilor etc.)		
Ce a funcționat anterior pentru mine pentru prevenirea situațiilor de criză/intervenție timpurie (activități – plimbări, exerciții de respirație, persoane la care reacționez bine și care mă pot liniști etc.)		
Ce a funcționat anterior pentru mine în timpul unei crize (activități, persoane, ce am putut face eu etc.)		

Ce nu a funcționat pentru mine în timpul unei crize (activități, persoane care mi-au agravat situația etc.)		
Ce este absolut inacceptabil pentru mine să se întâmple când trec printr-o criză (medicație care nu doresc să-mi fie administrată, conțenționare și izolare, comportamentul celorlalți față de mine etc.)		
Ce îmi doresc să se întâmple dacă voi trece printr-o criză (cum să fiu tratat și cum să mi se vorbească, acțiuni și situații care mi-ar agrava criza, ce medicație aș dori, persoane care aș dori să fie contactate, nevoi spirituale, alimentare etc.)		
Ce îmi doresc să se întâmple după ameliorarea situației de criză		

Plan B	
Dacă se întâmplă...	Vom face următoarele...
Dacă persoanele de sprijin nu mai sunt disponibile	
Dacă angajații nu pot fi prezenți în acel moment	
Dacă va fi nevoie de mai mult sprijin	
Dacă un furnizor de servicii sistează serviciul	
Dacă îmi pierd locul de muncă sau venitul	
Dacă apare o urgență medicală	
Alte situații...	

IV. Semnături

	Nume și prenume	Data	Semnătura
Persoana cu dizabilități/Reprezentantul legal			
Managerul de caz care a completat Planul de Servicii			
Facilitatorul			
Alte persoane implicate în elaborarea sau implementarea Planului de Servicii			

Anexa B1. Planul Individual – SECȚIUNEA 4: Plan personalizat pentru monitorizarea implementării planului individual

Repere metodologice

Scopul: Monitorizează măsura în care serviciile oferite persoanei cu dizabilități, stabilite în Planul de servicii, reușesc să sprijine și să stimuleze viața independentă și participarea la viața comunității a acesteia.

Elaborare: Este completat din punct de vedere administrativ de managerul de caz dar este ghidat de voința și alegerile persoanei cu dizabilități, cu suportul unei persoane care oferă sprijin în luarea deciziei sau sprijin în comunicare din cercul de sprijin al persoanei, dacă există această nevoie. Modul de interacțiune în vederea completării planului poate cuprinde: față în față, conferințe video, telefonic, corespondență electronică, alte forme.

Revizuire/Actualizare:

- Cel puțin o dată pe an, la interval de 12 luni, prin reluarea procesului de elaborare a Planului individual și aplicarea tuturor instrumentelor corespunzătoare acestuia.
- Ori de câte ori este nevoie – atunci când apare o schimbare în nevoile, circumstanțele, dorințele, aspirațiile persoanei, când se constată că sprijinul/serviciile planificate nu contribuie la îndeplinirea rezultatelor așteptate.
- Ori de câte ori vor fi dezvoltate noi servicii în comunitate, în paralel cu completarea/actualizarea Planului de servicii.

1. Informații privind persoanele implicate în elaborarea/actualizarea Planului pentru monitorizarea implementării planului de servicii

1.1. Prenumele și numele persoanei cu dizabilități:

1.2. Prenumele și numele managerului de caz:

1.3. Prenumele și numele coordonatorului de management de caz DGASPC/SPAS/DAS:

1.4. Instituția/organizația de care aparține managerul de caz:

1.5. Prenumele și numele facilitatorului:

1.6.1. ... 1.6.n. Alte persoane implicate în elaborarea/actualizarea Planului de monitorizare (persoane resursă și cercul de sprijin al persoanei cu dizabilități, asistent pentru luarea deciziei, membri ai echipei multidisciplinare, asistent social, orice alte persoane desemnate de persoana cu dizabilități)

1.6.1. Persoana 1:

Relația cu persoana cu dizabilități:

1.6.2. Persoana 2:

Relația cu persoana cu dizabilități:

1.7. Cum a fost realizată colaborarea dintre aceste persoane pentru elaborarea/actualizarea Planului de monitorizare?

Detalii despre modul de interacțiune dintre toți cei implicați: față în față, conferințe video, telefonic, corespondență electronică etc.

...

1.8. Implicarea persoanei cu dizabilități:

Cum a fost persoana cu dizabilități implicată în elaborarea Planului de monitorizare? Care a fost modalitatea de comunicare cu persoana (de exemplu, a fost necesar un interpret mimico-gestual, au fost utilizate întrebări ajutătoare, materiale vizuale precum fotografii sau formate ușor de citit)? Au fost confirmate cu persoana toate aspectele Planului de monitorizare?

...

1.9. Perioada de monitorizare:

2. Monitorizarea îndeplinirii obiectivelor din Planul de servicii

2.1. Obiectiv/rezultat așteptat	2.2. Activități	2.3. Responsabil	2.4. Observații ale persoanei cu dizabilități cu privire la activități	2.5. Observații ale managerului de caz	2.6. Status/concluzie	2.7. Cum a fost evaluată îndeplinirea obiectivelor de către managerul de caz.
Se completează în conformitate cu Planul de servicii	Se completează în conformitate cu Planul de servicii	Se completează în conformitate cu Planul de servicii		Descrierea progresului, stăgnării, regresului, barierelor întâmpinate, implicarea comunității	Conform notei*	Conform notei**

Notă: * Status: (a) obiectiv neîndeplinit care este urmărit în continuare, pentru care s-a constatat un regres, (b) obiectiv neîndeplinit care este urmărit în continuare, pentru care nu s-au constatat schimbări, (c) obiectiv neîndeplinit care este urmărit în continuare, pentru care s-a constatat un progres, (d) obiectiv îndeplinit, dar care continuă să fie în monitorizare (trebuie derulate activități pentru menținerea lui), (e) obiectiv îndeplinit și care nu mai este în monitorizare (nu trebuie derulate activități pentru menținerea lui), (f) obiectiv pe care persoana cu dizabilități nu și-l mai propune. ** Evaluarea îndeplinirii obiectivelor se poate face cumulativ prin: (a) discuții față în față cu persoana cu dizabilități, (b) discuții telefonice/video cu persoana cu dizabilități, (c) discuții față în față cu furnizorul de servicii/sprijin, (d) discuții telefonice/video cu furnizorul de servicii/sprijin, (e) observație directă, (f) discuții cu alte persoane, (g) alte metode. Se notează numărul de vizite/discuții.

Alte observații și detalii privind îndeplinirea obiectivelor

3. Obiective de viață independentă pentru perioada următoare și activități propuse în continuare

3.1. Pe parcursul monitorizării au fost identificate schimbări în nevoile și/sau preferințele persoanei cu dizabilități: ☐ (1) Da ☐ (2) Nu

DACĂ DA LA 3.1 SAU (A) SAU (B) LA 2.6

3.2. Indicați în tabelul de mai jos obiectivele/activitățile care trebuie revizuite/adăugate în Planul de servicii, în urma discuțiilor cu persoana cu dizabilități și cercul de sprijin. Modificările propuse iau în calcul barierele identificate în implementare.

1. Obiectiv	2. Rezultat așteptat	3. Activități propuse în urmărire obiectivului	4. Nume posibil responsabil (furnizor de serviciu sau sprijin/persoană resursă)	5. Interval de timp propus	6. Durata/Frecvența serviciului/sprijinului propus	7. Alte detalii (logistice, persoane implicate și cum)
			<i>Dacă este cazul: unele activități sunt desfășurate de persoana cu dizabilități fără sprijin</i>			

3.3. Alte observații și detalii privind aspirațiile și obiectivele de viață independentă în perioada următoare și măsurile luate pentru urmărirea lor

IV. Semnături

	Nume și prenume	Data	Semnătura
Persoana cu dizabilități/Reprezentantul legal			
Managerul de caz			
Facilitatorul			
Alte persoane implicate în elaborarea sau implementarea Planului de Servicii			

Anexa B1. Planul Individual – Anexă 1 în sprijinul managementului de caz: Ghid de interviu cu persoane resursă

Persoane intervievate: Persoana participantă la interviu locuiește în comunitate, are calitatea de membru de familie, prieten, cunoștință și menține legătura regulat, prin vizite, discuții telefonice sau online, cu persoana cu dizabilități. Astfel, pentru fiecare persoană cu dizabilități sunt identificate persoanele apropiate cu care aceasta păstrează legătura în mod regulat și li se cere acordul pentru realizarea unui interviu. Dacă mai multe persoane astfel identificate sunt membri ai aceleiași familii care locuiesc împreună sau locuiesc în aceeași gospodărie, se realizează un singur interviu cu un reprezentant al familiei/al gospodăriei (persoana considerată ca fiind cea mai apropiată de persoana cu dizabilități, capul gospodăriei sau persoana care este disponibilă pentru interviu).

Dacă persoana interviuată este membră a cercului de sprijin al persoanei cu dizabilități conform metodei planificării centrate pe persoană, se vor sări acele elemente deja discutate în cadrul întâlnirilor dintre cercul de sprijin și persoană.

Scop: Înțelegerea, pentru fiecare membru al familiei, prieten, cunoștință din comunitate care păstrează regulat legătura cu o persoană cu dizabilități care are în curs de pregătire un Plan Individual: (i) măsura în care persoana interviuată își dorește să sprijine viața independentă a persoanei cu dizabilități, (ii) tipul de sprijin pe care persoana este dispusă să îl ofere, (iii) dacă persoana interviuată are nevoie la rândul ei de sprijin pentru a putea reprezenta o resursă pentru persoana cu dizabilități. Aceste interviuri ajută la completarea Secțiunii 2 a Planului Individual.

Modalitatea de realizare: Discuții față în față.

Cine realizează interviul: Managerul de caz al persoanei cu dizabilități.

Informații despre contextul și scopul discuției

Centrul (numele centrului) în care locuiește (numele persoanei) trece în prezent printr-un proces de dezinstituționalizare. Scopul acestui proces este de a găsi pentru fiecare persoană din centru o soluție pentru ca aceasta să locuiască în comunitate așa cum își dorește. Odată ajunsă în comunitate, (numele persoanei) va continua să primească sprijin specializat prin intermediul serviciilor sociale, în funcție de nevoile și dorințele sale. Având în vedere faptul că (numele persoanei) a exprimat dorința de a locui în aceeași comunitate cu dvs., dorim să înțelegem măsura în care doriți să sprijiniți persoana după ce se va muta în comunitate și dacă aveți nevoi de sprijin pentru a putea sprijini la rândul dvs. pe (numele persoanei).

Întrebări

1. Pentru început, vă rog să-mi spuneți care este relația dumneavoastră cu (numele persoanei) și să ne spuneți câteva lucruri despre istoria dumneavoastră împreună (de exemplu, de când vă cunoașteți, dacă ați locuit împreună și până când etc.)
2. Dacă ați locuit vreodată împreună cu (numele persoanei), ne puteți spune dacă au existat anumite dificultăți legate de traiul împreună? Care au fost acestea? (*dificultăți economice, dificultăți care țin de relaționarea cu persoana cu dizabilități, dificultăți care țin de depășirea obstacolelor de acces la servicii întâmpinate de persoana cu dizabilități, orice alte dificultăți*).
3. În cazul în care nu ați locuit împreună, vă sunt cunoscute astfel de situații dificile din perioada anterioară instituționalizării când persoana locuia cu familia sau cu alte persoane?
4. Anterior instituționalizării, persoana a beneficiat de servicii în comunitate (de ex., asistent personal, centru de zi, indemnizație lunară și buget personal complementar în baza Legii 448/2006, alte ajutare bănești sau alte facilități (gratuități la diferite servicii), servicii de logopedie, de recuperare fizică, de psihoterapie, sprijin pentru angajare, cursuri profesionale etc.) Din ce cunoașteți, cum s-a simțit persoana atunci când beneficia de aceste servicii și beneficii? Cât îi erau de folositoare? Persoana ar fi avut nevoie și de alte servicii de care nu a putut beneficia?
5. Anterior instituționalizării, au existat situații în care persoana să fi fost internată în spitalul de psihiatrie? Ne puteți spune mai multe despre ce anume a declanșat aceste situații?

6. De când păstrați legătura în mod regulat cu (numele persoanei)? De la momentul instituționalizării? Care sunt modalitățile prin care păstrați legătura (vizite, telefon, scrisori, întâlniri). Cât de des vă întâlniți, vorbiți?
7. Despre ce vorbiți, de regulă, cu (numele persoanei)?
8. Cunoașteți detalii despre viața (numele persoanei), nevoile și dorințele acesteia (de exemplu, nevoi medicale, de mobilitate, de îngrijire, viața din centru, prieteni, nemulțumiri, dorințele persoanei etc.)? Cunoașteți ce îi face plăcere sau ce o liniștește în anumite momente?
9. (*Dacă este cazul*) În prezent persoana are următoarele nevoi de comunicare (mimico-gestual, alternativ,...) Dumneavoastră vă este greu să înțelegeți ce dorește persoana să vă comunice? Cum procedați atunci când nu reușiți să înțelegeți sau să vă faceți înțeles?
10. S-a întâmplat să vă confrunțați cu dificultăți legate de comportamentul (numele persoanei)? Care sunt aceste dificultăți (*în măsura în care ele există*)? Puteți identifica situații în care se manifestă aceste dificultăți? Cum ați procedat în astfel de situații?
11. Credeți că (numele persoanei) are niște abilități manuale sau necesare pentru a fi angajată într-o activitate lucrativă? Care ar fi acestea? De ce servicii credeți că ar avea nevoie pentru a le putea pune în valoare?
12. În situația în care persoana s-ar muta în comunitate singură sau cu alte persoane, ați fi dispus să o sprijiniți? Cum și cu ce frecvență? (de exemplu, socializare, deplasări, treburi domestice etc.). Dacă nu, din ce motiv? De ce fel de ajutor ați avea nevoie pentru ca acest lucru să devină posibil (de exemplu, sprijin pentru a comunica cu persoana etc.)?

DACĂ PERSOANA CU DIZABILITĂȚI A MENȚIONAT EXPLICIT DORINȚA DE A LOCUI CU PERSOANA INTERVIEWATĂ

13. Doriți ca persoana să locuiască împreună cu dumneavoastră? Dacă nu, există anumite motive care vă fac să aveți această rețineră? (ex. în gospodărie sunt deja persoane care necesită îngrijire sau supraveghere, venitul gospodăriei este insuficient, sunt adulți în gospodărie care nu reușesc să se angajeze sau să păstreze un loc de muncă, teama de dificultăți odată ce persoana cu dizabilități s-ar muta în gospodărie).
14. Dacă ați avea acces la sprijin pentru a rezolva motivele menționate mai sus, ați fi de acord să se mute persoana cu dumneavoastră? De exemplu, mai mulți bani, accesibilizarea locuinței, dotarea locuinței cu mobilier, sprijin pentru a comunica cu persoana, pentru a gestiona situațiile de criză, pentru a furniza îngrijire, perioade de refacere etc.

DACĂ PERSOANA INTERVIEWATĂ DOREȘTE SĂ LOCUIASCĂ ÎMPREUNĂ CU PERSOANA CU DIZABILITĂȚI, SE DECLANȘEAZĂ ANCHETA SOCIALĂ A GOSPODĂRIEI CU SPRIJINUL ASISTENTULUI SOCIAL DE LA PRIMĂRIE.

15. Care credeți că ar fi principalele dificultăți cu care v-ați confrunța odată ce persoana s-ar muta în gospodărie? De ce ați avea nevoie în astfel de situații?
16. Aveți informații despre beneficiile sau serviciile de care pot beneficia persoanele cu dizabilități în România? Dar familiile care au în îngrijire persoane cu dizabilități?
17. Credeți că ar fi utile/suficiente aceste servicii pentru ca persoana să locuiască cu dumneavoastră?

DACĂ PERSOANA ARE ÎNCADRARE ÎN GRAD GRAV DE HANDICAP CU ASISTENT PERSONAL

18. Ați fi dispus să acordați asistență și îngrijire (numele persoanei) ca asistent personal angajat de primărie sau în schimbul unei indemnizații lunare ?
19. Există și alte persoane cu care dumneavoastră considerați ca s-ar putea muta persoana (alți membri de familie, prieteni)?

DACĂ PERSOANA/FAMILIA ESTE DISPUSĂ SĂ SPRIJINE PERSOANA CU DIZABILITĂȚI DUPĂ MUTAREA ÎN COMUNITATE (SĂ LOCUIASCĂ ÎMPREUNĂ SAU ORICE ALT TIP DE SPRIJIN)

20. Am aici o listă de servicii de care ați putea beneficia dvs. și membrii familiei/gospodăriei dvs. (*dacă e cazul mai multor persoane care păstrează legătura cu persoana cu dizabilități și care locuiesc împreună – membri ai aceleiași familii/aceleiași gospodării*). Vă rog să îmi spuneți de care dintre aceste servicii ați avea nevoie pentru a putea, la rândul dvs., să sprijiniți pe (numele persoanei) după mutarea în comunitate. Citește serviciile din lista de mai jos (cu explicații, exemplificări, acolo unde

este nevoie) și notează numărul de persoane din familie/gospodărie (acolo unde este cazul) care ar avea nevoie de fiecare serviciu.

Servicii necesare persoanelor resursă pentru a sprijini persoana cu dizabilități	Număr persoane identificate ca având nevoie de serviciu
Consiliere și informare despre beneficii și servicii destinate persoanelor cu dizabilități	
Informare și consiliere cu privire la drepturile și facilitățile sociale existente, precum și clarificări privind demersurile de obținere	
Informare și sprijin pentru facilitarea independenței persoanei cu dizabilități, inclusiv adaptarea locuinței	
Consiliere și informare privind aspecte precum: comunicarea cu și atitudinile față de persoanele cu dizabilități, gestionarea emoțiilor și a comportamentelor dificile, respectarea drepturilor și alegerilor persoanei, menținerea relației cu persoana adultă cu dizabilități și sprijinirea persoanei cu dizabilități în luarea deciziei	
Consiliere psihologică	
Psihoterapie	
Informare pentru identificarea posibilităților de reconversie/formare profesională cu sprijinul AJOFM	
Alte servicii, care?	

Anexa B1. Planul Individual – Anexă 2 în sprijinul managementului de caz: Set de întrebări privind calitatea vieții și includerea în comunitate a persoanei cu dizabilități

În cadrul Planului de monitorizare se dezvoltă împreună cu persoana cu dizabilități un set de întrebări pentru documentarea, în cadrul vizitelor de monitorizare, a modului în care persoana cu dizabilități trăiește independent în comunitate. Aceste întrebări trebuie propuse de MC și convenite împreună cu persoana cu dizabilități în Planul de monitorizare, parte a PIVIIC, și utilizate în vizitele de monitorizare ulterioare. Formularea întrebărilor poate necesita din partea MC din cadrul DGASPC documentarea în prealabil, înainte de a le propune, cu privire la: (i) comunitatea de destinație și serviciile accesate în comunitate sau alte servicii accesate în afara comunității (de exemplu, angajatori), pentru a înțelege ce blocaje ar putea apărea în calea includerii în comunitate a persoanei cu dizabilități; (ii) consultarea unor specialiști, pentru a înțelege de exemplu anumite informații specializate despre dizabilitatea persoanei, semnele posibile că apar degradări ale bunăstării psihice și fizice ale persoanei, simptome de criză, simptome ale unor afecțiuni derivate/asociate etc.

Întrebările trebuie să fie **personalizate, relevante în funcție de situația specifică a persoanei cu dizabilități**, ținând cont de aspirațiile exprimate în PCP, abilități și nevoile persoanei conform profilului, și serviciile alocate în Planul de servicii. De exemplu, întrebările legate de existența unei camere proprii, a unui spațiu personal amenajat pentru uzul exclusiv al persoanei sau de relațiile cu ceilalți locatari nu sunt aplicabile în condițiile în care persoana locuiește singură, dar pot fi importante în cazul în care coabitează. Situația locativă, care determină formularea acestor întrebări, ar trebui să fie evidențiată în Planul de servicii inițial și actualizată ulterior dacă apar schimbări.

Dacă apar probleme de asigurare a unor condiții adecvate pentru desfășurarea unei vieți independente în comunitate, anumite concluzii acționale, exprimate sub forma unor măsuri, trebuie trase, discutate și convenite cu persoana cu dizabilități, cu MC din cadrul DGASPC, cu asistentul personal profesionist, alte persoane care acordă sprijin, după caz, și cu ceilalți actori comunitari și extra-comunitari relevanți.

Responsabilii pentru implementarea măsurilor trebuie evidențiați clar.

Setul de întrebări este ilustrativ și adaptabil în funcție de profilul fiecărei persoane.

Locuire

- Persoana locuiește acolo unde și-a dorit și cu persoanele cu care și-a dorit?
- Îi place spațiul în care locuiește? Se simte acasă?
- Și-a amenajat camera după cum dorește (dispunerea spațiilor și mobilierului, elemente de decor, fotografii cu persoanele importante etc.)?
- Și-a amenajat camera proprie într-un mod comod și util?
- Spațiul de locuit este dotat corespunzător?
- Persoana cu dizabilități consideră că spațiul de locuit este suficient de curat și fără riscuri pentru sănătate?
- Locuința este racordată la toate utilitățile și sunt acestea funcționale (electricitate, apă rece și caldă, încălzire)?
- Spațiul de locuit are condiții adecvate din punct de vedere al luminozității, încălzirii, umidității și al altor aspecte care țin de calitatea condițiilor de locuit?
- Are acces liber la toate spațiile comune din locuință, după caz: sufragerie, baie/toaletă, bucătărie?
- Poate intra și ieși din locuință când dorește? Poate primi vizite când dorește?
- Se poate odihni/poate dormi în condiții adecvate: este suficient de liniște, temperatura și luminozitatea sunt adecvate pentru a permite odihna?
- Au apărut nevoi de reparații în locuință? Dacă da, ce s-a întâmplat în această privință?
- Își permite persoana să susțină cheltuielile de locuire?
- Persoana are o relație bună legată de folosirea locuinței cu ceilalți co-locatari/colegi/membri ai casei? (de exemplu, uzul comun al bucătăriei și băilor, nivelul de zgomot în locuință)
- Își dorește persoana cu dizabilități să facă în continuare grădinărit în curtea adiacentă locuinței? Ce a făcut în acest sens?
- Există în locuință un material/document cu instrucțiuni privind modul de utilizare a obiectelor și dispozitivelor domestice, ca în momentul mutării? Sunt ele utile?

- Ce nevoi de sprijin are de la asistentul personal cu privire la locuire? Le acordă acesta așa cum trebuie?
- Are persoana cu dizabilități în locuință sau în jurul locuinței spații în care poate petrece timpul liber?
- Permite localizarea locuinței accesul la toate serviciile din comunitate de care are nevoie?
- Are relații amiabile cu vecinii?
- Are locuința dotări care îl/o ajută în dezvoltarea sa personală sau în petrecerea timpului liber?
- Este spațiul său privat suficient pentru nevoile sale?

Ocupare

- Este persoana mulțumită cu ceea ce face la locul de muncă? Care sunt aspectele care îi aduc satisfacție și care sunt cele care o nemulțumesc?
- Se descurcă cu sarcinile la locul de muncă? Întâmpină dificultăți în realizarea lor? Care sunt aceste dificultăți și ce forme de sprijin ar fi utile pentru depășirea lor?
- Este satisfăcută de condițiile de muncă?
- Consideră că salariul este potrivit față de activitatea desfășurată?
- Salariul este suficient astfel încât, împreună cu celelalte venituri, să asigure satisfacerea nevoilor de trai?
- Care sunt intențiile persoanei cu privire la locul de muncă? Dorește să îl păstreze?
- Cum se înțelege cu colegii de muncă?
- Ar exista anumite lucruri care ar ajuta-o să își facă munca mai bine? (pot fi dispozitive asistive sau anumite aranjamente la locul de muncă, de tipul program de muncă redus sau flexibil, schimbarea anumitor raporturi de colaborare cu colegii, persoane de sprijin care să o însoțească la locul de muncă și/sau să o sprijine pe perioada desfășurării activității etc.)
- Își dorește persoana să își găsească un alt loc de muncă? A beneficiat/beneficiază de sprijin în acest demers?
- Este locul de muncă adaptat pentru condiția sa fizică? Dar pentru abilitățile sale de muncă?

Standard de viață și administrarea resurselor financiare

- Sunt veniturile de care dispune suficiente pentru a acoperi nevoile obișnuite?
- I se oferă sprijin pentru a utiliza și pentru a gestiona bugetul?
- I se întâmplă frecvent să rămână fără bani?
- Și-ar dori și are acces la un PC/laptop/tabletă? Are un telefon mobil? Are acces la internet? Vrea să folosească aceste dispozitive și nu poate?
- Are mai multe schimburi de haine și de încălțări potrivite pentru starea vremii? Își poate permite să le schimbe când se uzează?
- Are unde și cum să își spele hainele?
- Își poate permite să călătorească în afara localității?
- Își poate permite să își cumpere un obiect în fiecare lună care nu este de strictă necesitate? (de exemplu, o carte)
- Cum își plănuiește cheltuielile? Are o imagine cu privire la cheltuielile lunare obligatorii (cheltuielile legate de locuință și eventuale tratamente de sănătate)? Cum procedează dacă rămâne fără bani?
- Cum ia decizii cu privire la bani? Cu cine se consultă?
- Are un cont bancar? Are acces ușor la acesta? Utilizează un card bancar? Tranzacții online?
- Dorește să facă economii? Există anumite achiziții mai scumpe pe care și-ar dori să le facă? În ce măsură reușește să facă acest lucru?

Educație/Formare

- Ar fi interesat să facă anumite cursuri de instruire astfel încât să avanseze profesional sau să schimbe meseria?
- Are anumite pasiuni și hobby-uri pentru practicarea cărora i-ar plăcea să învețe ceva în plus?

- Ar fi interesat să urmeze cursuri pentru dezvoltarea de abilități de viață independentă: gestionarea bugetului, gătit, curățenie, socializare etc.?

Sănătate

- Persoana urmează regulat un tratament prescris ? Când a avut ultima consultație? Cât de des merge la medicul specialist?
- Au existat împrejurări în care nu a respectat schema de tratament? Au fost împrejurări în care nu a putut să achiziționeze medicamentația? Care au fost urmările? Cine prescrie medicamentele? De unde și cum le achiziționează?
- Are momente în care se simte rău, simte dureri? Există activități pe care nu le poate desfășura din cauza unor limitări ale stării de sănătate? Dacă da: a fost la medic pentru a vedea care sunt cauzele acestor probleme? Are un diagnostic? Persoana urmează un tratament? Pentru ce problemă de sănătate urmează tratamentul? Care este regularitatea cu care ia acest tratament? Ce se întâmplă dacă nu îl urmează?
- Persoana urmează o dietă? Are acces la alimentele necesare pentru a urma această dietă? Își permite achiziționarea lor?
- Persoana are obiceiuri sănătoase de odihnă, de igienă și de nutriție?
- Câte ore doarme de obicei pe noapte? Când se trezește, se simte odihnită?
- Dacă apare o situație de criză de sănătate, există o persoană resursă care poate interveni rapid să o ajute? Cine este această persoană și în cât timp poate interveni? Persoana are un plan de contingență care include o secțiune privind acțiunile pe care persoana și le dorește și cele pe care nu și le dorește în eventualitatea declanșării unei crize?
- Are momente în care se simte foarte abătută, care durează timp de mai multe zile? Momente în care simte că viața nu are rost? Simte anumite schimbări negative ale sentimentelor, gândurilor, comportamentelor care sugerează că poate apărea un moment de criză, spre exemplu: senzație de anxietate, teamă; sentiment de depresie; dificultăți de somn (adoarme greu, se trezește devreme)?
- Cine îi monitorizează dieta?
- Beneficiază de consiliere psihologică? Tratamente de recuperare? Terapii?

Îngrijire și sprijin

- Persoana își poate organiza programul obișnuit după cum dorește?
- Persoana face față sarcinilor pe care le are în gospodărie?
- Se poate deplasa în spațiile din afara casei în siguranță?
- Poate face față situațiilor stresante?
- Persoana reușește să comunice cu persoanele cu care se întâlnește în afara locuinței? Cu co-locatarii?
- Își poate face igiena zilnică? Își poate pregăti și curăța îmbrăcămintea?
- Își poate pregăti hrana? Se hrănește suficient în fiecare zi?
- Persoana beneficiază de sprijin adecvat pentru îngrijire și sarcinile sau situațiile din viața de zi cu zi?
- Cum percepe sprijinul persoanei de sprijin care o ajută să se îngrijească? Se achită această persoană în mod adecvat de sarcinile pe care le are? Este atentă această persoană la nevoile și cererile persoanei cu dizabilități?

Relații sociale și stil de viață

- Are un program zilnic care presupune exercitarea anumitor rutine?
- Persoana are o rețea de sprijin formată din membri ai familiei? Unde se află aceștia? Știu aceștia că persoana cu dizabilități se află în comunitate? Care este frecvența cu care îi întâlnește? Care este frecvența cu care interacționează cu aceștia?

- Persoana are o rețea de sprijin formată din vecini, colegi, prieteni? Cum interacționează cu aceștia? Cu cine și-ar dori să aibă relații mai apropiate? Cum crede că ar putea să își apropie anumite persoane?
- Menține relațiile pe care le avea în centru cu... (nume)?
- Persoana își cunoaște vecinii? Care sunt relațiile cu aceștia?
- Persoana se află într-o relație de cuplu? Este mulțumită de interacțiunea cu partenerul? Dacă NU, are dificultăți în a-și găsi un partener? Și-ar dori să formeze o relație de cuplu?
- Se angajează în conversații cu persoane din afara gospodăriei pe teme de interes comun?
- Are prieteni sau cunoștințe persoane fără dizabilități?
- Consideră că este dificil să înceapă sau păstreze relații cu alte persoane?
- Are un loc în care se întâlnește cu prietenii? Cu alte persoane cu dizabilități?

Comunitate și incluziune socială

- Persoana participă la evenimentele din comunitate? Dar la film, teatru, spectacole? Știe ce evenimente se petrec în localitate sau în apropiere? De unde află despre acestea? Știe despre existența unor evenimente accesibilizate pentru tipul ei de dizabilitate? Poate folosi mijloace de transport în comun pentru a se deplasa în comunitate?
- Știe cum să acceseze serviciul de asistență socială? A avut nevoie să facă asta? Cum a fost această experiență?
- Știe cum să acceseze diferite servicii din comunitate? Să acceseze serviciile bancare? Știe să plătească utilitățile?
- Merge în anumite locuri pentru a-și petrece timpul liber?
- Persoana știe că are dreptul să voteze? A votat la ultimele alegeri?
- Știe ce ar trebui să facă în cazul unei situații de urgență (incendiu, cutremur etc.)?
- Dorește și are posibilitatea de a călători în alte destinații decât localitatea în care se află?
- Cum consideră persoana că este privită de membrii comunității?
- Are planuri de viață care presupun activități în comunitate?
- Persoana este membră sau participă la activitățile unor organizații? Dar a unor grupuri de sprijin/sprijin între egali? Își dorește acest lucru?

Ce probleme legate de domeniul ... există din perspectiva persoanei cu dizabilități?

Ce alte servicii legate de domeniul ... ar fi necesare, din perspectiva persoanei cu dizabilități?

Acțiuni necesare care ar solicita intervenția managerului de caz:

Acțiuni necesare care ar solicita intervenția asistentului social local (dacă este alt rol):

Acțiuni necesare care ar solicita intervenția altor factori de decizie:

Acțiuni necesare care ar solicita contractarea altor furnizori de servicii de sprijin:

Anexa B2. Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate

RUC1. Nume	RUC2. Prenume	RUC3. Funcția deținută în cadrul CR	RUC4. Persoana va lucra într-un serviciu din comunitate?	RUC5. Tipul serviciului din comunitate	RUC6. Funcția/postul în serviciul din comunitate	RUC7. Estimare dată de început
			☐ (1) Da ☐ (2) Nu			[zz/ll/aaaa]
			☐ (1) Da ☐ (2) Nu			[zz/ll/aaaa]
			☐ (1) Da ☐ (2) Nu			[zz/ll/aaaa]
...	...	...	...	...	...	...

OBS. Observații

RUC. Persoana care a completat Planul de mutare a personalului din centru în serviciile din comunitate:

RUC.R. Nume și prenume	RUC.FR. Funcție	RUC.DATA. Dată completare	RUC.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa B3. Fișa pentru evaluarea riscurilor

RT1. Riscuri care țin de sistem și de structura și organizarea serviciilor	
Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI pentru mai multe detalii și exemple de riscuri de acest tip	
a. Evaluați probabilitatea de apariție a riscurilor de acest tip în procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.	☐ (1) Scăzută ☐ (2) Medie ☐ (3) Mare
DACĂ PROBABILITATE MEDIE SAU MARE	
b. Prezentați ce riscuri de acest tip ați identificat în cazul procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului	
...	
c. Evaluați impactul riscurilor de acest tip asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului	☐ (1) Scăzut ☐ (2) Mediu ☐ (3) Ridicat
DACĂ IMPACT MEDIU SAU RIDICAT	
d. Descrieți măsurile ce vor fi implementate pentru a preveni, diminua sau elimina riscurile de acest tip din procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.	
Precizați în descriere, de asemenea, și: data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta; specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului; rezultatul așteptat al intervenției.	
...	
RT2. Riscuri instituționale	
Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI pentru mai multe detalii și exemple de riscuri de acest tip	
a. Evaluați probabilitatea de apariție a riscurilor de acest tip în procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.	☐ (1) Scăzută ☐ (2) Medie ☐ (3) Mare
DACĂ PROBABILITATE MEDIE SAU MARE	
b. Prezentați ce riscuri de acest tip ați identificat în cazul procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului	
...	
c. Evaluați impactul riscurilor de acest tip asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului	☐ (1) Scăzut ☐ (2) Mediu ☐ (3) Ridicat
DACĂ IMPACT MEDIU SAU RIDICAT	
d. Descrieți măsurile ce vor fi implementate pentru a preveni, diminua sau elimina riscurile de acest tip din procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.	
Precizați în descriere, de asemenea, și: data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta; specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului; rezultatul așteptat al intervenției.	
...	
RT3. Riscuri care țin de implementarea procesului de dezinstituționalizare	
Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI pentru mai multe detalii și exemple de riscuri de acest tip	
a. Evaluați probabilitatea de apariție a riscurilor de acest tip în procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.	☐ (1) Scăzută ☐ (2) Medie ☐ (3) Mare
DACĂ PROBABILITATE MEDIE SAU MARE	

b. Prezentați ce riscuri de acest tip ați identificat în cazul procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

...

c. Evaluați impactul riscurilor de acest tip asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

☐₍₁₎ Scăzut
☐₍₂₎ Mediu
☐₍₃₎ Ridicat

DACĂ IMPACT MEDIU SAU RIDICAT

d. Descrieți măsurile ce vor fi implementate pentru a preveni, diminua sau elimina riscurile de acest tip din procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.

Precizați în descriere, de asemenea, și: data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta; specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului; rezultatul așteptat al intervenției.

...

RT4. Riscuri financiare

Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI pentru mai multe detalii și exemple de riscuri de acest tip

a. Evaluați probabilitatea de apariție a riscurilor de acest tip în procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.

☐₍₁₎ Scăzută
☐₍₂₎ Medie
☐₍₃₎ Mare

DACĂ PROBABILITATE MEDIE SAU MARE

b. Prezentați ce riscuri de acest tip ați identificat în cazul procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

...

c. Evaluați impactul riscurilor de acest tip asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

☐₍₁₎ Scăzut
☐₍₂₎ Mediu
☐₍₃₎ Ridicat

DACĂ IMPACT MEDIU SAU RIDICAT

d. Descrieți măsurile ce vor fi implementate pentru a preveni, diminua sau elimina riscurile de acest tip din procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.

Precizați în descriere, de asemenea, și: data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta; specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului; rezultatul așteptat al intervenției.

...

RT5. Riscuri legate de catastrofe naturale și urgențe umanitare

Vezi secțiunea 3.5 din Ghidul DI pentru mai multe detalii și exemple de riscuri de acest tip

a. Evaluați probabilitatea de apariție a riscurilor de acest tip în procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.

☐₍₁₎ Scăzută
☐₍₂₎ Medie
☐₍₃₎ Mare

DACĂ PROBABILITATE MEDIE SAU MARE

b. Prezentați ce riscuri de acest tip ați identificat în cazul procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

...

c. Evaluați impactul riscurilor de acest tip asupra procesului de dezinstituționalizare la nivelul centrului

☐₍₁₎ Scăzut
☐₍₂₎ Mediu
☐₍₃₎ Ridicat

DACĂ IMPACT MEDIU SAU RIDICAT

d. Descrieți măsurile ce vor fi implementate pentru a preveni, diminua sau elimina riscurile de acest tip din procesul de pregătire și implementare a Planului DI din centrul dvs.

Precizați în descriere, de asemenea, și: data identificării riscului sau intervalul de timp în care este preconizat a se manifesta; specialistul responsabil cu prevenirea, monitorizarea, diminuarea sau eliminarea riscului; rezultatul așteptat al intervenției.

...

OBS. Observații

RT. Persoana care a completat Fișa pentru evaluarea riscurilor:

RT.R. Nume și prenume	RT.FR. Funcție	RT.DATA. Dată completare	RT.TELR. Telefon
		[zz/ll/aaaa]	

Anexa B4. Indicatori cheie pentru monitorizarea progresului implementării Planului de dezinstituționalizare

Indicatorii cheie se colectează anual și furnizează informații pentru monitorizarea progresului implementării și revizuirea Planului de dezinstituționalizare, precum și informații necesare elaborării Parcursului județean anual/actualizării Foii de parcurs la nivelul județului.

Activități de coordonare și resurse disponibile în centrul rezidențial

SEC1.	Număr de organizații relevante consultate în pregătirea, actualizarea și implementarea Planului de Dezinstituționalizare	Număr
a.	Total organizații relevante consultate	
b.	Instituții publice consultate	
c.	Organizații reprezentative ale persoanelor cu dizabilități, consultate	
d.	Organizații neguvernamentale consultate, altele decât cele reprezentative ale persoanelor cu dizabilități	

SEC2.	Număr de activități de informare/formare pentru rezidenți cu privire la viața independentă și includerea în comunitate/societate care implică autoreprezentanți și organizațiile lor reprezentative	
-------	---	--

SEC 3.	Număr de persoane cu dizabilități și organizații implicate în furnizarea de activități de informare/formare pentru persoanele cu dizabilități cu privire la viața independentă și includerea în comunitate	Număr
a.	Total persoane cu dizabilități și organizații implicate în furnizarea de activități de informare/formare	
b.	Persoane cu dizabilități implicate în furnizarea de activități de informare/formare	
c.	Organizații implicate în furnizarea de activități de informare/formare	

SEC4.	Număr de activități de stimulare a abilităților de viață independentă, de participare socială și civică, educație și pentru muncă, în funcție de locul de desfășurare al activităților	Număr de activități	
		în centrul rezidențial	în comunitate

a.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de viață independentă		
b.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de participare socială și civică		
c.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de educație		
d.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor pentru muncă		

SEC5.	Număr de manageri de caz pentru rezidenții cu dizabilități implicați în elaborarea de Planuri Individuale	
--------------	--	--

SEC6.	Număr de persoane cu dizabilități cu manageri de caz instruiți în planificare centrată pe persoană	
--------------	---	--

Personalul centrului rezidențial

RCS1.	Număr de persoane care lucrează în centru, inclusiv ca personal contractat, în funcție de poziție	Număr de persoane
a.	Total personal	
b.	Personal de conducere	
c.	Personal specializat cu studii superioare	
d.	Personal specializat cu studii medii	
e.	Personal administrativ, gospodărie, de întreținere-reparații, deservire	

RCS2.	Număr de persoane care lucrează în centru formate în abordarea centrată pe persoană?	Număr de persoane formate	
		În ultimele 12 luni	Total persoane formate
a.	Total personal		
b.	Personal de conducere		
c.	Personal specializat cu studii superioare		
d.	Personal specializat cu studii medii		
e.	Personal administrativ, gospodărie, de întreținere-reparații, deservire		

RCS 3.	Număr de specialiști care lucrează în centru formați în planificarea centrată pe persoană	În ultimele 12 luni	Total specialiști formați
a.	Total specialiști care lucrează în centru		

b.	Asistenți sociali		
c.	Psihologi		
d.	Alți specialiști		

RCS4.	Număr de persoane care lucrează în centru evaluate ca fiind calificate în utilizarea abordării centrate pe persoană	
--------------	--	--

RCS5.	Procent de persoane care lucrează în centru evaluate ca fiind calificate să utilizeze abordarea centrată pe persoană, din total persoane care lucrează în centru	
--------------	---	--

RCS6.	Număr de persoane care au finalizat cursuri de calificare/reconversie profesională pentru a lucra ca personal de sprijin în comunitate	Număr
a.	Total persoane care au finalizat cursuri de calificare/reconversie profesională	
b.	Persoane care lucrează în centrul rezidențial	
c.	Persoane care au lucrat în centrul rezidențial și au fost transferate în servicii în comunitate	

Persoanele cu dizabilități rezidente

PD1.	Număr de persoane cu dizabilități care trăiesc în centru	
-------------	---	--

PD2.	Număr de cereri de admitere în centru în ultimele 12 luni, în funcție de comunitatea sursă	
a.	Localitatea 1	
b.	Localitatea 2	
	...	

PD3.	Număr de intrări noi în centru, în ultimul an, în funcție de sursă	Număr
a.	Total intrări noi în centru	
b.	Persoane nou intrate în sistemul de protecție	
c.	Persoane transferate din sistemul de protecție a copilului	
d.	Persoane transferate dintr-un centru rezidențial de protecție pentru adulți cu dizabilități	

e.	Persoane care au beneficiat de alte soluții nerezidențiale în sistemul de protecție pentru adulți cu dizabilități (asistent personal, îngrijiri la domiciliu etc.)	
----	--	--

PD4.	Număr de decese, în ultimul an, în funcție de cauză	Număr
a.	Total decese	
b.	Cauza 1	
c.	Cauza 2	
	...	

PD5.	Număr total de persoane transferate în ultimele 12 luni în alte centre (inclusiv locuințe protejate), în funcție de tipul de centru de destinație	Număr
a.	Total persoane transferate în alte servicii rezidențiale	
b.	CIA	
c.	CAbR	
d.	CPVI	
e.	Locuințe protejate (LmP și LMP)	
f.	Centre rezidențiale pentru persoane vârstnice	

PD6.	Număr de persoane cu dizabilități rezidente în centru, per manager de caz	Număr de persoane cu dizabilități
a.	Manager de caz 1	
b.	Manager de caz 2	

SEC 7.	Numărul de rezidenți care au desfășurat în ultimele 12 luni	În centru	În comunitate
a.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de viață independentă		
b.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de participare socială și civică		
c.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de educație		
d.	Activități pentru îmbunătățirea aptitudinilor de angajabilitate		

PD8.	Număr de persoane cu dizabilități care trăiesc în centru instruite pentru a deveni autoreprezentanți	
-------------	---	--

PD9.	Număr de persoane cu dizabilități din centru pentru care este desemnat un facilitator	
-------------	--	--

		În ultimele 12 luni	În total
PD10.	Număr de persoane pentru care a fost pregătit un Plan Individual		

PD11.	Număr mediu de persoane resursă în cercul de sprijin desemnate pentru a fi implicate în procesul de planificare centrată pe persoană în funcție de tipul relației pe care o au cu persoana cu dizabilități	Număr mediu de persoane resursă
a.	Total persoane în cercul de sprijin, <i>din care</i>	
b.	Membri ai familiei	
c.	Prieteni	
d.	Alte persoane cu dizabilități din centrul rezidențial	
e.	Voluntari care activează în centrul rezidențial	
f.	Personal din centrul rezidențial	
g.	Alt tip de relație (specificați _____)	

PD12.	Număr de persoane care primesc sprijin în luarea deciziei	
--------------	--	--

PD13.	Număr de persoane transferate în comunitate, <i>din care</i>	
PD13.1.	Număr persoane transferate conform unui Plan individual	

PD14.	Număr de persoane cu dizabilități transferate în comunitate, în funcție de tipurile de sprijin	Număr de persoane
a.	Total persoane cu dizabilități transferate în comunitate	
b.	Cu asistent personal	
c.	Cu asistent personal profesionist	
d.	Care au primit serviciile unor centre respiro și de criză în ultimele 12 luni	
e.	Care primesc servicii de îngrijire la domiciliu	
f.	Care primesc serviciile unor echipe mobile	
g.	Care primesc serviciile unor centre de zi și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu	
h.	Care primesc servicii de asistență și suport	

g.	Cu un alt tip de sprijin (specificați _____)	
----	--	--

PD15.	Număr de persoane cu dizabilități transferate în comunitate în ultimul an, în funcție de soluția de locuire	Număr de persoane
a.	Total persoane cu dizabilități transferate în comunitate	
b.	Locuințe nou construite	
c.	Locuințe sociale	
d.	Locuințe închiriate de pe piața liberă	
e.	Locuințe pentru care nu este plătită chirie (în proprietatea familiei, a unor cunoscuți sau a persoanei cu dizabilități)	

PD16.	PD16. Număr de persoane cu dizabilități transferate în comunitate în ultimul an, cu sau fără beneficiu de tranziție sau de locuire, în funcție de soluția de locuire	Număr de persoane care au primit beneficiu de tranziție	Număr de persoane care au primit beneficiu de locuire	Număr de persoane care au primit beneficiu de tranziție și de locuire	Număr de persoane care nu au primit nici beneficiu de tranziție, nici de locuire
a.	Total persoane cu dizabilități transferate în comunitate				
b.	Locuințe nou construite				
c.	Locuințe sociale				
d.	Locuințe închiriate de pe piața liberă				
e.	Locuințe pentru care nu este plătită chirie (în proprietatea familiei, a unor cunoscuți sau a persoanei cu dizabilități)				

Serviciile în comunitate

CS1.	Stocul de locuințe în comunitate pentru persoanele cu dizabilități dezinstituționalizate, în funcție de soluția de locuire	Nr. de unități locative
a.	Total de unități locative	
b.	Locuințe nou construite	
c.	Locuințe pentru care nu este necesară plata unei chirii (în proprietate a familiei, a unor cunoscuți sau a persoanei cu dizabilități)	
d.	Locuințe de închiriat de pe piața liberă	
e.	Locuințe sociale	

CS2.	Servicii de sprijin identificate în comunitate	Număr de beneficiari unici persoane cu dizabilități, în ultimul an, <i>din care</i>	Număr persoane transferate din centru în serviciu în ultimul an
a.	Număr total de servicii de sprijin în comunitate disponibile		

b.	Servicii tip centre respiro și de criză		
c.	Servicii de îngrijiri la domiciliu		
d.	Servicii tip echipe mobile		
e.	Servicii tip centre de zi și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu		
f.	Servicii de asistență și suport		
g.	Servicii de asistență personală profesionistă		
h.	Alt tip de serviciu de sprijin în comunitate		

CS3.	Număr de persoane care lucrează în serviciile de sprijin identificate în comunitate pentru persoanele dezinstituționalizate din centru în ultimul an, în funcție de tipul serviciului și metoda de recrutare	Număr persoane, <i>din care</i>	Număr persoane care au lucrat anterior în centrul rezidențial
a.	Număr total de persoane care lucrează în serviciile de sprijin identificate în comunitate		
b.	Servicii tip centre respiro și de criză		
c.	Servicii de îngrijire la domiciliu		
d.	Servicii tip echipe mobile		
e.	Servicii tip centre de zi și centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu		
f.	Servicii de asistență și suport		
g.	Servicii de asistență personală profesionistă		
h.	Alt tip de serviciu de sprijin în comunitate		

Anexa B5. Lista de verificare pentru evaluarea calității planificării centrate pe persoană

Această secțiune conține patru liste de verificare, prin intermediul cărora profesioniștii în planificarea centrată pe persoană, precum managerii de caz și facilitatorii, pot evalua dacă planurile au o calitate adecvată. Listele pot fi utilizate de către formatorii în PCP pentru a ilustra viitorilor facilitatori modul de desfășurare și rezultatele procesului, de către mentori și evaluatori pentru a verifica dacă procesul are o calitate adecvată și pentru a identifica aspecte care impun sprijin suplimentar, și de către profesioniștii care desfășoară planificări centrate pe persoană pentru a verifica dacă planificarea lor cuprinde toate elementele corespunzătoare și pentru a le îmbunătăți pe cele identificate ca insuficiente. De asemenea, acest instrument poate fi utilizat în cadrul monitorizărilor independente.

Dimensiunile de planificare care trebuie verificate în raport cu criteriile de calitate sunt: (1) procesul, (2) conținutul și planul de acțiune și (3) implementare și revizuire.

Notă: Acest instrument este adaptat după Amado, A. N. și Mc Bride, M. (2001: 37-48) și Raportul final al studiului pilot de planificare centrată pe persoană (1995), Centrul de incluziune comunitară, Maine UAP, Universitatea din Maine.

1. PROCESUL. CÂT DE CENTRATĂ PE PERSOANĂ ESTE PLANIFICAREA DUMNEAVOASTRĂ CENTRATĂ PE PERSOANĂ?

Numele persoanei vizate de proces:

Numele facilitatorului:

Numele managerului de caz:

Numele formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul:

<i>Răspundeți la următoarele întrebări pentru a stabili gradul de centrare pe persoană al planificării dvs. (bifați caseta din dreapta pentru tot ce este aplicabil)</i>	Autoevaluarea facilitatorului	Evaluarea formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul
1. Persoana a ales acest proces centrat pe persoană pentru a o ajuta la planificare (i s-a prezentat o serie de opțiuni într-un mod clar și ușor de înțeles)		
2. Persoana a ales persoanele care să o ajute cu planificarea		
3. Persoana a ales persoanele care să îi faciliteze planificarea (facilitatorul)		
4. Mediul a încurajat participarea grupului		
5. Grupul însărcinat cu planificarea include și membri neremunerați ai comunității și/sau membri ai familiei		
6. Cel mai înalt nivel de contribuție a fost din partea persoanei și a celor care o cunosc cel mai bine și o iubesc cel mai mult		
7. Relațiile se construiesc cu membrii cercului de sprijin în așa fel încât aceștia să participe, în mod continuu, la activitățile planului de acțiune rezultat din planificare		
8. Persoana a ales unde și când să se		

desfășurare sesiunile de planificare		
9. Persoana a stabilit ce dimensiuni ale vieții va viza planificarea		
10. Visele și dorințele persoanei au constituit temelia procesului		
11. Procesul a fost unul pozitiv și bazat pe respect		
12. Strategiile folosite pentru a obține părerea persoanei au fost bazate pe respect		
13. Procesul a identificat și a fost construit pe baza aptitudinilor și capacităților persoanei		
14. A fost identificată o locuință ideală pentru persoana vizată		
15. Au fost identificate idei privind locul de muncă ideal sau contribuția la comunitate ideală a persoanei		
16. Au fost identificate și alte perspective cu privire la un viitor dezirabil		
17. Viziunea/planul a identificat modalități de a asista persoana în:		
a. Extinderea și aprofundarea rețelei de relații		
b. Contribuția adusă vieții comunității		
c. Extinderea numărului și tipurilor de roluri sociale valorizate pe care le îndeplinește		
d. Sporirea experimentării alegerii, controlului și autodeterminării		
18. Strategiile și tipurile de sprijin identificate i-ar putea produce supărare sau frustrare persoanei		
19. Toate întâlnirile legate de planificare au fost flexibile și dinamice		
20. Procesul de planificare centrată pe persoană a avut un ritm adecvat pentru persoana vizată și pentru cercul de sprijin		
21. Au fost utilizate competențe de ascultare		
22. Atunci când a fost necesar, au fost utilizate metode de soluționare a conflictelor		
23. A fost utilizată metoda consensului pentru a promova activitatea grupului de sprijin		
24. Persoana a participat la toate etapele procesului		
25. A fost încurajată autodeterminarea persoanei vizate, astfel încât planul centrat pe persoană să fie creat de către		

și împreună cu persoana și nu în locul ei		
---	--	--

2. CONȚINUT ȘI PLAN DE ACȚIUNE

Numele persoanei vizate de proces:

Numele facilitatorului:

Numele managerului de caz:

Numele formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul:

E = Excelent

B = Bun

Î = Trebuie îmbunătățit/Nu încă

PLANUL ARE LA BAZĂ:	Autoevaluarea facilitatorului	Evaluarea formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul
1. O atitudine pozitivă vizavi de aptitudinile și capacitățile persoanei vizate		
2. Preferințele și interesele persoanei vizate		
3. Personalitatea unică a persoanei vizate		
4. Aspecte critice ale vieții persoanei vizate (de exemplu, sănătatea, siguranța, sprijinul fizic, reputația etc.)		
5. O reflectare fidelă a viziunii de viitor a persoanei vizate		
6. O viziune care depășește limitele opțiunilor oferite de sistem		
7. O viziune de viitor suficient de consistentă pentru a mobiliza grupul să acționeze		

DUPĂ PARTICIPAREA LA ÎNTÂLNIRILE PENTRU PLANIFICAREA CENTRATĂ PE PERSOANĂ	Autoevaluarea facilitatorului	Evaluarea formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul
1. Am un sentiment de speranță și optimism		
2. Consider că am ajuns să cunosc persoana vizată		
3. Am suficiente informații pentru a susține persoana vizată		
4. Știu ce am de făcut pentru a susține persoana vizată		
5. Planul este ușor de înțeles de către persoana vizată și de cercul de sprijin		

(nu conține limbaj specializat)		
6. Consider că viziunea/planul vor asista persoana vizată în:		
a. Extinderea și aprofundarea rețelei de relații		
b. Contribuția adusă vieții comunității		
c. Extinderea numărului și tipurilor de roluri sociale valorizate pe care le îndeplinesc		
d. Sporirea experimentării alegerii, controlului și autodeterminării		
8. Facilitatorul și cercul de sprijin au susținut persoana vizată să își găsească un vis dincolo de actuala situație de viață și profesională		
9. Planul de acțiune va ajuta persoana vizată să își realizeze viziunea de viitor		
10. Planul de acțiune este logic, ușor de folosit și implementat		
11. Planul acordă prioritate sprijinului oferit de membri neremunerați ai comunității		

3. IMPLEMENTARE ȘI REVIZUIRE

Numele persoanei vizate de proces:

Numele facilitatorului:

Numele managerului de caz:

Numele formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul:

E = Excelent

B = Bun

Î = Trebuie îmbunătățit/Nu încă

	Autoevaluarea facilitatorului	Evaluarea formatorului/mentorului/evaluatorului, dacă este cazul
1. De la ultima întâlnire, planul a fost implementat întocmai cum a fost elaborat		
2. Planul a fost revizuit pentru a aborda schimbările survenite în viața persoanei vizate sau a cercului de sprijin, sau cu privire la disponibilitatea serviciilor de sprijin		
3. Schimbările au fost integrate și abordate într-un plan de acțiune actualizat		
4. Schimbările au fost abordate în timp util		

5. Au fost construite relații cu membrii cercului de sprijin pentru ca aceștia să participe în continuare la crearea planului de acțiune		
6. Măsurile și pașii acestora au fost concepute în contextul viziunii pe termen lung		

Bibliografie

1. Amado, A. N. și Mc Bride, M. (2001). *Increasing Person-Centered Thinking: Improving the Quality of Person-Centered Planning: A Manual for Person-Centered Planning Facilitators*. Minneapolis, Minnesota: Universitatea din Minnesota, Institutul pentru Integrare Comunitară.
2. ANPDPD – Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (2021). *Buletin statistic pentru trimestrul IV 2021*. Disponibil la: <http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/>
3. Banca Mondială (2021a). *Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități în România*. Livrabilul 4 al Acordului privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la consolidarea mecanismului de coordonare aferent implementării Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD)”, semnat între Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare. Disponibil la: <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2021/01/Diagnoza-situatiei-persoanelor-cu-dizabilitati-in-Romania-2020-RO.pdf>
4. Banca Mondială (2021c). *Raport de diagnoză complexă a serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități la nivelul comunității*. Livrabilul 9 Acordului privind Serviciile de Asistență Tehnică Rambursabile cu privire la „Suport pentru accelerarea tranziției persoanelor cu dizabilități de la servicii rezidențiale la servicii la nivelul comunității”, semnat între Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.
5. Comisia Europeană – Directoratul General pentru Ocupare, Afaceri Sociale și Șanse Egale (2009). *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Disponibil la: <file:///C:/Users/40727/Downloads/2009-12-08%20Expert%20Group%20Report%20Final%20EN.pdf>
6. Comisia Europeană (2021). *O Uniune a egalității: Strategia privind drepturile persoanelor cu handicap 2021-2030*. Bruxelles: Publications Office of the European Union. Disponibil la: [file:///C:/Users/40727/Downloads/KE0221257ENN_002%20proof%20%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/40727/Downloads/KE0221257ENN_002%20proof%20%20(4).pdf)
7. Comitetul CDPD – Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități (2014). *Comentariu General nr. 1. (2014). Articolul 12: Recunoașterea egală în fața legii*. Disponibil la: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>
8. Consiliul ONU pentru Drepturile Omului (2017). *Raportul Raportorului Special al ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități*. A/HRC/34/58. Disponibil la adresa: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/64/PDF/G1643664.pdf?OpenElement>
9. Comitetul CDPD (2022). *Instrucțiuni privind dezinstituționalizarea, inclusiv în cazuri de urgență*. CRPD/C/27/3. Disponibil la: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5
10. Consiliul Europei (1996). *Carta Socială Europeană* (revizuită). Disponibil la: <https://rm.coe.int/168007cf93>
11. Consiliul Europei (2017). *Human Rights: A reality for All. Council of Europe Disability Strategy 2017-2023*. Disponibil la: <https://rm.coe.int/16806fe7d4>
12. Consiliul Europei (2021). *Deinstitutionalisation of persons with disabilities*. Disponibil la: <https://assembly.coe.int/LifeRay/SOC/Pdf/DocsAndDecs/2021/AS-SOC-2021-46-EN.pdf>
13. Consiliul Europei – Adunarea Parlamentară (2022). *Rezoluția 2431 (2022). Dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități*. Disponibil la:

<https://pace.coe.int/pdf/73ffab87972dfa6e99934cfd9bc00112afdfbb9e451badcd7a7c360c21e0869a/resolution%202431.pdf>

14. EEG – Grupul European de Experți în tranziția de la îngrijirea instituțională către cea din cadrul comunității (2012). *Orientări europene comune asupra tranziției de la îngrijirea instituțională către cea din cadrul comunității. Îndrumări asupra implementării și sprijinirii unei tranziții susținute de la îngrijirea instituțională către alternativele din cadrul familiei și comunității pentru copiii, persoanele cu dizabilități, persoanele cu probleme de sănătate mentală și persoanele în etate din Europa*. Bruxelles: Grupul European de Experți în tranziția de la îngrijirea instituțională către cea din cadrul comunității. Disponibil la: https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-europeanguidelines_romanian-version_edited-with-photo.pdf

15. European Network on Independent Living (2014). *Comparing the Cost of Independent Living and Residential Care A Survey by the European Network on Independent*. Disponibil la: <http://eva-bap.be/images/enilcostsurveyva>

16. Gomez, L.E., Arias, B., Verdugo, M.A. și Navas, P. (2012). Application of the Rasch Rating Scale model to the assessment of quality of life of persons with intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil*. 37(2):141-50. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22546020/>

17. Hotararea 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistența socială și a structurii orientative de personal.

18. Klein, J. E. (2014). Deinstitutionalization in Croatia: A Summary of Open Society Support, Open Society Foundation. Disponibil la: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/9ee9929a-ce89-4e95-be06-42f97b9cf6f4/deinstitutionalization-croatia-20140708.pdf>

19. Legea nr. 7/2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative.

20. Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J. și Beecham J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 1: Executive Summary. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

21. MMSS – Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și ANPDPD – Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (2022). Strategia Națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități „O Românie echitabilă”, 2022–2027. Disponibilă la: <http://anpd.gov.ro/strategia2022-2027/download/The%20National%20Strategy%20for%20the%20Rights%20of%20Persons%20with%20Disabilities%20-%20An%20equitable%20Romania,%202022-2027.pdf>

22. OHCHR – Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (2009). *Dreptul la locuire adecvată*. Disponibil la: [FS21_rev_1_Housing_en.pdf \(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/en/hq/hcr/FS21_rev_1_Housing_en.pdf)

23. OHCHR– Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (2010). *Forgotten Europeans – Forgotten Rights: The Human Rights of Persons Placed in Institutions*. Geneva: OHCHR.

24. OMS – Organizația Mondială a Sănătății și Banca Mondială (2011). *World Report on Disability*. Disponibil la: <https://www.refworld.org/pdfid/50854a322.pdf>

25. ONU – Organizația Națiunilor Unite (2006). *Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. New York: United Nations. Disponibil la: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

26. Parker, C. și Bulic, I. (2010). *Wasted Time, Wasted Money, Wasted Lives A Wasted Opportunity? – A Focus Report on how the current use of Structural Funds perpetuates the social exclusion of disabled people in Central and Eastern Europe by failing to support the transition from institutional care to community-based services*. London: European Coalition for Community Living.
27. Regional SEN Transition to Employment Initiative (2012). *Person Centred Planning*. Disponibil la: <https://www.ldw.org.uk/wp-content/uploads/2019/02/MAPs.pdf>
28. Smull, M. (2013). *Thinking about risk*. Support Development Associates. Disponibil la: <http://allenshea.com/wp-content/uploads/2016/10/risk-final.pdf>
29. Hotararea 1543/2022 pentru aprobarea *Strategiei naționale privind prevenirea instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități și accelerarea procesului de dezinstituționalizare, pentru perioada 2022-2030*.
30. Tondora, J., Croft, B., Kardell, Y., Camacho-Gonsalves, T. și Kwak, M. (2020). *Cinci domenii de competență pentru personalul care facilitează planificarea centrată pe persoană*. Cambridge, MA: Centrul național pentru avansarea practicilor și sistemelor centrate pe persoană.
31. Verdugo, M. A., Gómez, L.E., Arias, B., Domínguez, M., Clavero Herrero, D. și Tamarit Cuadrado, J. (2013). *Assessment of Quality of life in Persons with Significant Intellectual and Developmental Disabilities*. INICO Publications, University Institute on Community Integration, University of Salamanca, Salamanca, Spania. Disponibil la: https://sid-inico.usal.es/idos/F8/FDO26363/INICO_FEAPS_Manual_English_%20draft.pdf
32. Verdugo, M. A., Gómez, L.E., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. și Hierro, I. (2014). *Assessment of Quality of life in Persons with Significant Intellectual and Developmental Disabilities*. INICO – FOSM. Disponibil la: https://sid-inico.usal.es/idos/F8/FDO26729/San_Martin_Scale_Borrador.pdf

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro
Adresa Centrului pentru relații cu publicul este: șos. Panduri nr. 1, bloc P33, sectorul 5, București; 050651.
Tel. 021.401.00.73, 021.401.00.78, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcăți actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro>, secțiunea Publicări.

