

ANEXA NR. 1
la H.C.L.S. 6 Nr. 63/ 26.04.2012

SPITALUL SOCIAL “Sfântul Nectarie”

I. PROPUNERE TEHNICĂ DE PROIECT

Denumire Instituția care implementează proiectul	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6 București
Formă juridică	Instituție Publică în Subordinea Consiliului Local al sectorului 6 București
Date de contact (adresa completă, inclusiv cod poștal, telefon, fax, e-mail)	Str. Cernișoara nr.38-40, Telefon/Fax: 021/7457237; 021/7456229, cod poștal 061019 dgaspc6@yahoo.com

PARTENER

Denumire	FUNDAȚIA AHAVA
Formă juridică	Fundație înființată în baza legii asociațiilor și fundațiilor
Date de contact (adresa completă, inclusiv cod poștal, telefon, fax, e-mail)	Str. Ivanovici D.Mendeleev nr 44, et.2, ap.3, sector 1, București, CF: 26422912, asociatiaahava@Gmail.ro

1. Titlul proiectului

Spitalul Social « Sfântul Nectarie »

2. Obiectivul vizat

A. Dezvoltarea serviciilor medico-sociale pentru cetățenii vulnerabili din sectorul 6

3. Scopul proiectului

Înființarea unui spital social cu capacitate de primire, diagnostic și tratament în sistem rezidențial de 48 de paturi, respectiv 12 saloane cu câte 4 paturi fiecare, asigurată de departamentele de specialitate pentru cetățenii sectorului 6 care sunt într-o situație socială de vulnerabilitate și au nevoie de intervenție medicală de specialitate.

4. Obiectivele specifice ale proiectului

- a) Dezvoltarea serviciilor medicale complexe specializate în favoarea includerii sociale a adulților cu o situație socială dificilă, cu sau fără handicap sau cu probleme psiho-sociale care nu permit accesul la serviciile publice sau private de asistență medicală și a reducerii marginalizării sociale a acestora, prin crearea unui spital social cu o capacitate de primire de 48 de locuri, respectiv 12 saloane cu câte 4 paturi fiecare, distribuite pe 2 secții (cardiologie 24 de paturi și gastroenterologie, 24 de paturi) și 14 cabinete de specialitate;
- b) Dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire medicală pentru adulții vulnerabili din sectorul 6 bazat pe un model de bună practică acceptat la nivel european ;
- c) Furnizarea de servicii medicale corespunzătoare nevoilor evaluate ale persoanelor marginalizate sau vulnerabile, cu sau fără handicap, pentru recuperarea lor funcțională ;

- d) Participarea activă a persoanelor adulte la demersurile specifice din cadrul spitalului, privind valorificarea potențialului lor recuperator și facilitarea accesului la serviciile sociale colaterale adecvate nevoilor identificate;
- e) Creșterea capacității instituționale și administrative a sectorului 6 pentru oferirea de servicii medicale de specialitate specifice domeniului diagnostic și terapeutic, pe diferite arii de specialitate, destinate persoanelor adulte marginalizate social;

5. Rezumatul proiectului

SCOPUL proiectului este înființarea unui spital social performant de recuperare medicală a persoanelor adulte marginalizate din sectorul 6, care se află în imposibilitate socială și financiară de a suporta cheltuielile unui serviciu medical complex, în imposibilitate de a avea accesul la serviciile publice și private de asistență medicală datorită incapacității sociale și funcționale, datorită marginalizării datorată unei patologii mintale și nu numai, datorită lipsei de venituri sau a veniturilor insuficiente pentru a accesa aceste servicii. Acest spital social va fi capabil să ofere servicii integrate medicale, adecvate nevoilor specifice ale pacienților, după standarde europene și standardele instituțiilor medicale agrementate la nivelul legislației comunitare și naționale în domeniul sănătății și a recuperării medicale. Fiecare beneficiar care va accesa serviciile medicale menționate, va fi abordat în mod individualizat, în concordanță cu tipul de patologie medicală.

Acest spital social va avea o capacitate de primire de 48 de paturi, distribuite pe 2 secții: cardiologie 24 de paturi și gastroenterologie, 24 de paturi, respectiv 12 saloane cu câte 4 paturi fiecare și va oferi **persoanelor adulte marginalizate social** pe lângă serviciile de tip medical în regim rezidențial și servicii de terapie și de recuperare medicală și psihologică acolo unde este cazul, în scopul valorificării potențialului recuperativ al beneficiarilor și al integrării/reintegrării lor socio-profesionale. Spitalul va fi accesibil tuturor beneficiarilor, familiilor, cetățenilor din sectorul 6 care nu au venituri, care au venituri la nivelul salariului minim garantat sau care au venituri care le permit accesarea unui eșantion minim de servicii medicale, care însă nu se adresează unei patologii care solicită o abordare de specialitate în cadru ambulator sau de tratament cu cazare. Spitalul va fi înființat în cadrul clădirii din strada Uverturii nr. 81, fostul cămin pentru bătrâni Sfântul Nectarie, care în momentul de față necesită anumite intervenții specifice transformării în instituție spitalicească precum și achiziționarea dotărilor de specialitate.

Proiectul susține asistența medicală a **adulților marginalizați social, persoane cu situație socială dificilă, cu venituri mici sau fără venituri, cu vârsta de peste 18 ani, neinstituționalizate, bătrâni, șomeri, adulți fără venituri, cu venituri mici la nivelul venitului minim garantat, cu o situație familială dificilă și având o situație medicală care necesită o intervenție recuperatorie de specialitate.** Admiterea într-o instituție medicală a acestor persoane întâmpină nevoile unei categorii profund afectate de schimbările legislative, de mentalitatea oamenilor, de lipsa cunoștințelor din domeniu, de ignoranță, de alte urgențe și priorități impuse, de lipsa mijloacelor de intervenție recuperatorie adecvată în perioada de recuperare, de criza economică care a afectat o parte importantă a populației prin creșterea șomajului, scăderea puterii de cumpărare, degradarea bio-funcțională a persoanelor, întârzierea actului medical ceea ce agravează patologia (se știe că pacienții ajung în mediul spitalicesc adesea în stadii avansate ale bolilor și asta indiferent de vârstă, de la vârste tinere până la persoane de vârsta a 3 a.

Proiectul :

- facilitează accesul persoanelor adulte marginalizate la servicii medicale de specialitate, furnizate de DGASPC sector 6, servicii de găzduire, medicale, de terapie conform standardelor de calitate și a modelelor de bune practici în domeniu, recuperare medico-psiho-socială;
- vine să răspundă intereselor specifice ale persoanelor adulte marginalizate din sectorul 6;
- se bazează pe permanenta evaluare a beneficiarilor ;
- dorește modernizarea sistemelor de evaluare și recuperare adaptate la cerințele legislației în vigoare ;
- promovează principiul șanselor egale, respectului față de oameni și al confidențialității;

Beneficiarii :

- Beneficiarii vor fi 1000 de persoane/ lunar cu diferite diagnostice în diferite domenii medicale;
- Vârsta beneficiarilor va fi peste 18 ani;
- Situație socială : venituri mici, somaj, situație medicală și socială de vulnerabilitate, etc (criterii detaliate în capitolul specific)

6. Justificarea proiectului

Descrieți situația actuală și nevoia căreia i se adresează proiectul.

Date demografice și analize sociale

Peste 6,6 milioane de români suferă de lipsuri materiale severe, cea mai mare cifră din UE, dintr-un total de aproape 9 milioane de persoane care trăiesc în sărăcie sau riscă să ajungă în această situație, reiese din datele prezentate de Eurostat.

Potrivit informațiilor Eurostat, 41,4% din populația României riscă sărăcia sau excluderea socială, reprezentând 8,89 milioane de persoane dintr-o populație totală de 21,47 milioane luată în calcul de biroul de statistică al UE. Datele au fost colectate la nivelul anului 2010.

Statele UE cu cele mai ridicate procentaje din populație care riscă sărăcia sunt Bulgaria (42%), România (41%), Letonia (38%), Lituania (33%) și Ungaria (30%). La polul opus se regăsesc Cehia (14%), Suedia și Olanda (15% fiecare), Austria, Finlanda și Luxembourg (17% fiecare).

Totodată, 31% din populația României suferă de lipsuri materiale severe, reprezentând 6,65 milioane de persoane conform bazei de calcul utilizată de Eurostat.

Categoria persoanelor care trăiesc cu lipsuri materiale severe cuprinde populația afectată de cel puțin patru din următoarele probleme:

- nu pot plăti la timp chiria, ipoteca sau facturile la utilități,
- nu-și permit să-și încălzească în mod adecvat locuința,
- nu pot face față cheltuielilor neașteptate,
- nu își permit o masă cu carne, pește sau alt tip de hrană bogată în proteine cel puțin odată la două zile,
- nu își permit o vacanță de o săptămână în fiecare an,
- nu pot deține și întreține un automobil, o mașină de spălat, un televizor color sau un telefon, fix sau mobil.

Statistica privind persoanele care suferă de lipsuri materiale grave subliniază diferențele de nivel de trai dintre statele UE. Astfel, dacă în România și Bulgaria 31% (2,6 milioane de persoane), respectiv

35% din populație se încadrează în această categorie, Luxembourg figurează cu 0,5%, Suedia cu 1,3%, iar Austria cu 2,2%.

La nivelul UE, 23,4% dintre persoane riscă sărăcia sau excluderea socială, iar 8,1% suferă de lipsuri materiale severe.

În statele central-est-europene, 27,4% din populația Letoniei trăiește cu lipsuri materiale grave, 21,6% (2,1 milioane) în Ungaria, 19,5% în Lituania, 14,2% (aproximativ 5 milioane) în Polonia, 11,4% în Slovacia, 9% în Estonia.

În Grecia, epicentrul crizei datoriilor, de stat din zona euro, 11,6% din populație se încadrează în această categorie.

Spania, cu un somaj care persistă în apropierea cotei de 20%, figurează cu o cotă de numai 4% la nivelul anului 2010, mai mică decât cea a Franței (5,8% - 3,5 milioane de persoane), a Marii Britanii (4,8%) sau a Germaniei (4,5% - 3,6 milioane).

O proporție de 33% dintre români întâmpină privațiuni materiale grave, iar 8% din populația totală a Uniunii Europene se confruntă cu astfel de probleme relevă un studiu al Eurostat (Oficiul de Statistică al Comunităților Europene), publicat luni. Nivelurile cele mai reduse ale acestui indicator se înregistrează în Luxemburg, Suedia, Olanda, Danemarca și Spania (fiecare sub 3 la sută).

Studiul, arată că 17% din populația Uniunii Europene (81 de milioane de persoane) era în anul 2008 expusă riscului sărăciei după transferurile sociale, ceea ce înseamnă că venitul disponibil al respectivelor persoane era mai mic decât pragul sărăciei la nivel național în țările lor. Cele mai ridicate rate ale acestui indicator se înregistrează în Letonia (26%), România (23%) și Bulgaria (21%), iar cele mai mici în Republica Cehă (9%), Olanda și Slovacia (fiecare câte 11%). Un obiectiv al Strategiei Europa 2020 este scoaterea din categoria celor expuși sărăciei și excluziunii sociale în UE **a cel puțin 20 de milioane de persoane până în 2020**.

Progresele către atingerea acestui obiectiv sunt măsurate în funcție de 3 indicatori - persoane aflate în risc de sărăcie, persoane ce întâmpină privațiuni materiale grave și persoane ce locuiesc în menaje cu intensitate a muncii foarte scăzută. În anul 2008, 116 milioane persoane erau afectate de cel puțin una din aceste 3 forme de excluziune socială.

Dintre statele membre, cele mai ridicate rate erau în Bulgaria (45% din populație), România (44% din populație), Letonia (34% din populație) și Polonia (31%), iar cele mai reduse în Olanda, Suedia și Republica Cehă (15%).

Istoric și analiza sărăciei în mediul urban

În secolul XIX, România era o țară predominant agrară, subdezvoltată în raport cu standardele europene. Era caracterizată mai ales printr-o sărăcie rurală datorată structurii proprietății și a unui sistem de exploatare semifeudal.

Prima jumătate a secolului XX a continuat procesul de dezvoltare modernă a României, începând la mijlocul secolului XIX, diminuându-se decalajul care o despărțea de Europa Occidentală. Societatea românească era în continuare caracterizată prin predominarea ruralului, prezentând un nivel ridicat de sărăcie mai ales în această zonă.

Socialismul s-a axat pe un program de monitorizare rapidă a societății, centrat obsesiv pe industrie și urbanizare. A fost încurajată o deplasare masivă a populației de la agricultură la industrie, de la sat la oraș.

Astfel, orașele au cunoscut o dezvoltare rapidă, oferind condiții de locuit relativ modeste, dar superioare ruralului.

Investițiile în industrie și în dezvoltarea urbană au atins un punct de vârf la jumătatea anilor 70. Standardul de viață al populației a crescut rapid până în acel moment, mai ales la oraș și în sistemul industrial, satul fiind în continuare neglijat, dar într-o restrângere continuă.

De la jumătatea anilor 70, sistemul socialist intră într-o criză economică cronică, care se accentuează rapid după 1980. Investițiile industriale, proiectele iraționale s-au dovedit a fi ineficiente, suportul statului fiind vital pentru menținerea în funcție a unor zone tot mai largi din economie. În ciuda principiilor politice ale regimului, s-a produs o scădere substanțială a locurilor de muncă din industrie, în condițiile în care zona serviciilor a rămas cronic subdezvoltată. La oraș, mai ales în orașele mici și mijlocii, a crescut șomajul mascat. Populația de la sat a fost descurajată să se mai deplaseze spre industrie și spre oraș. Datorită scăderii oportunităților de la oraș începe să se contureze o migrație inversă spre rural, limitată de lipsa locurilor de muncă. Încetinirea programului de industrializare cuplată cu criza economică generată de ineficiența economiei stopează și inversează sensul procesului de absorbție a sărăciei. Se prefigurează un nou val de sărăcie care lovește la început pe cei mai prost plasați: cei cu nivel scăzut de educație și lipsiți de calificare, provenind mai ales din segmentul de romi, tinerii din rural care nu-și mai găsesc loc de muncă, locuitorii orașelor mici care dispun de oportunități ocupaționale tot mai limitate. Diferențe considerabile în ceea ce privește nivelul de trai se înregistrează între cele două medii de rezidență (urban – rural), amploarea fenomenului sărăciei fiind mai mare în mediul rural.

Astfel, principalele probleme, defalcate pe medii de rezidență, sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multi-dimensională din mediul urban.

Sărăcia extremă este concentrată în mediul urban, la nivelul vârstnicilor și este în strânsă relație cu fenomenul persoanelor fără locuință, cu schimbările de pe piața muncii (șomaj), cu ieșirea din viața activă (pensionarea) și cu formele de dezorganizare socială.

În mediul rural, problema principală o constituie sărăcia de tip tradițional, asociată cu nivelul redus de modernizare și cu viața economică dominată de agricultură. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale și distribuția neechilibrată a resurselor administrative și bugetare, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale. Toate aceste aspecte influențează negativ calitatea vieții persoanelor vârstnice.

Alături de sărăcie, în perioada de tranziție au apărut o serie de fenomene de dezagregare socială, caracterizate prin cronicizarea șomajului și apariția fenomenului de dependență socială, degradarea condițiilor de locuit și a accesului la bunurile durabile.

Factorii cei mai importanți asociați riscului de sărăcie sunt cei legați de dinamica pieței muncii, accesul la educație, starea generală de sănătate a populației și calitatea condițiilor de locuit.

În ceea ce privește ocuparea, dinamica pieței muncii se caracterizează prin creșterea ponderii populației inactive, scăderea ratei de ocupare, creșterea ocupării în sectorul informal și a șomajului mascat.

În România se înregistrează încă valori ridicate ale unor indicatori, precum mortalitatea infantilă și incidența TBC, deoarece există anumite categorii de populație, în special în mediul rural, care nu au acces la serviciile de sănătate.

În domeniul locuirii, probleme sociale grave sunt generate de calitatea scăzută a condițiilor de locuit, de creșterea costului utilităților publice, lipsa locuințelor sociale etc.

Sărăcia persoanelor vârstnice poate fi analizată din perspectiva dihotomiei urban-rural, prezentând principalele caracteristici ale sărăciei în cele două medii de rezidență și accentuând tipurile, dimensiunile și factorii sărăciei în funcție de acest criteriu. De asemenea, din analiza cadrului legislativ în domeniul asistenței și protecției sociale și a funcționării instituțiilor cu atribuții în acest domeniu, rezultă efectele strategiilor anti-sărăcie asupra grupurilor sociale afectate de acest fenomen.

Problemele principale sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multi-dimensională din mediul urban. Astfel:

- Dacă din perspectiva consumului, sărăcia rurală este principala problemă a sărăciei în România, din perspectiva „noii sărăcii”, profunde, cronice, multi-dimensionale, aceasta o reprezintă sărăcia urbană.
- Dacă sărăcia de consum este în descreștere ca urmare a creșterii economice, „noua sărăcie” este în plin proces de dezvoltare ca urmare a creșterii inegalității și a slăbirii coeziunii sociale.
- Dacă sărăcia de consum afectează milioane de cetățeni, „noua sărăcie” este specifică pentru câteva sute de mii de locuitori din mediul urban, afectați de această formă de sărăcie.
- Analiza riscului de sărăcie arată că, atât pentru sărăcia de consum, cât și pentru sărăcia extremă multi-dimensională, principalii factori determinanți îi constituie **ocuparea și educația**. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește *infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale*, ceea ce a condus în ultimii ani la o adâncire a diferențelor dintre cele două medii de rezidență. La schimbările structurale din ultimii ani se adaugă și *distribuirea neechilibrată a resurselor administrative și bugetare*, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale.

Sărăcia de consum și sărăcia comunitară predomină mediul rural, dar *este concentrată teritorial*:

- Mediul rural este înalt diferențiat;
- Satele mici, periferice în cadrul comunei, izolate (departe de orașe, de un drum european, de capitală de județ) sunt considerabil mai sărace decât satele mari, centru administrativ de comună, mai ales dacă se află în vecinătatea unui oraș sau drum european;
- În satele mari dezvoltate sunt în proces de formare zone de concentrare a gospodăriilor în sărăcie și anume zonele cu romi și zonele cu *venetici*. Sărăcia de consum și sărăcia comunitară au dimensiuni reduse în mediul urban, dar orașele mici, cu cel mult 30 mii locuitori, mai ales cele în declin, sunt considerabil mai sărace decât celelalte orașe și chiar decât unele comune mari și dezvoltate.

Sărăcia extremă definită multi-dimensional și asociată cu excluziunea socială este specifică mediului urban. În toate tipurile de orașe sunt în proces de dezvoltare zone intra-urbane sărace, caracterizate de sărăcie comunitară mai accentuată decât cea rurală și de sărăcie extremă a gospodăriilor rezidente.

Discrepanța majoră dintre mediul rural și mediul urban cu privire la majoritatea aspectelor menționate constituie una dintre concluziile principale, care se regăsesc în cele mai multe analize. Totuși, mediul de rezidență reprezintă de obicei numai una dintre multele dimensiuni sau unul dintre factorii influenți ai sărăciei din România, fără să existe un studiu sistematic al diferențelor / asemănarilor dintre sărăcia urbană și sărăcia rurală.

La începutul tranziției, economia românească se caracteriza prin:

- distorsiuni structurale majore, cu sectoare artificial dezvoltate, dominată de complexe industriale rigide, care au aglomerat disproporționat populația în anumite centre economice;
- largi zone rurale cu infrastructură slab dezvoltată și populație îmbătrânită;
- populație al cărui consum a fost sacrificat de-a lungul a peste zece ani pentru a compensa criza cronicizată a economiei.

Perioada de tranziție de după 1989 a generat un **val accentuat de sărăcie**, factorul cel mai important fiind căderea economiei datorită configurației ei iraționale și a strategiei politice de restructurare și privatizare.

Deci se poate vorbi despre o explozie a sărăciei, desfășurată în toate direcțiile:

- **un proces de sărăcie a majorității populației**, produs atât prin erodarea veniturilor și prin degradarea acumulărilor (în mod special a stocului locativ), dar și prin creșterea aspirațiilor de consum datorită contactului cu piața mondială și cu societățile occidentale;
- **extinderea sărăciei severe** - un segment important al colectivității se confruntă cu o sărăcie severă. Tot mai multe persoane sunt victime ale reșezării prețurilor și crizelor din diferite zone ale producției și consumului. Astfel, aceste persoane înregistrează un deficit permanent de consum, reușind cu greu și cu sacrificii să facă față nevoilor zilnice. Stocul de bunuri acumulate se erodează, deficitul sever de venituri

nepermițând înnoirea sau reabilitarea lui. În mod special, nevoia de reparații a locuinței generează cel mai adesea situații grave de criză. Exemplul cel mai elocvent este dificultatea cu care o mare masă a populației urbane se confruntă datorită creșterii rapide a costului utilităților publice: termoficare, apă, gaze naturale, electricitate. Chiar și parțial compensate pentru cei mai săraci, ele produc un stres economic considerabil, împingând pe mulți în situație de criză.

Șocul cel mai puternic este resimțit de cei cu venituri ceva mai ridicate decât nivelul de compensare, și care sunt obligați în lunile de iarnă să plătească mai mult din veniturile lor lunare pentru acoperirea acestor costuri. Astfel, aceste familii acumulează datorii, mai ales la întreținere, și, în cele mai multe cazuri, își pierd locuința.

- **sărăcia extremă** a cunoscut o explozie gravă. Pe lângă situațiile cu impact emoțional un număr mare de persoane și îndeosebi vârstnice se află în situații critice, cum ar fi: datorii acumulate la întreținere, cu reduceri severe ale alimentației, în imposibilitatea de îngrijire medicală minimală în caz de nevoie etc.
- **excluziunea socială** este procesul cu efecte sociale negative, datorită paralizării capacităților de redresare. Sărăcia extremă generează, prin permanentizare și reproducere la nivelul tinerei generații, excluziune socială.

Așadar, **după 1990 sărăcia cunoaște o nouă explozie**. Trei factori au contribuit la această explozie a sărăciei în România și au afectat partea mai săracă a societății, multe familii fiind împinse în sărăcie, iar cei mai săraci devenind și mai săraci:

- **erodarea puterii de cumpărare a mării majorități a veniturilor**: salarii și pensii.
- **creșterea rapidă a diferențierii veniturilor**: veniturile salariale scăzute s-au erodat într-un ritm mult mai rapid decât cele medii; diferențele de venituri dintre familii s-au lărgit.
- **scăderea transferului social**: protecția socială s-a diminuat atât din punctul de vedere al sprijinului economic, cât și al serviciilor sociale oferite.

Sărăcia și excluziunea socială în România sunt un produs al crizei profunde a proiectului socialist și al erorilor de strategie a tranziției, responsabilă de căderea economiei și de deficitul de politică socială pentru compensare.

Sărăcia urbană București și sectorul 6 (metodele analitice ale Institutului de Cercetare a Calității Vieții)

Sărăcia reprezintă lipsa sau insuficiența resurselor necesare unei vieți sociale normale, așa cum este ea definită de standardele societății.

Se evidențiază mai multe **tipuri de sărăcie** și anume:

- **Sărăcia relativă** - presupune un standard de viață în parametrii decenței, dar care, raportat la aspirațiile colective de viață, creează disconfort, frustrare. În societățile bogate, ea nu este asociată neapărat cu lipsa mijloacelor minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință), deși implică cel mai adesea o hrană inadecvată pentru o viață sănătoasă, îmbrăcăminte insuficientă, locuință insatisfăcătoare. Ea indică mai degrabă lipsa resurselor necesare participării normale și demne la viața colectivității.
- **Sărăcia absolută** - reprezintă inexistența unor condiții minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință) necesare supraviețuirii în condițiile societății. Acest tip de sărăcie nu înseamnă înfometare, ci condiții elementare de viață insuficiente și lipsa resurselor pentru participarea la viața socială. Sărăcia absolută înseamnă marginalizare și în mod special excludere socială.
- **Sărăcia severă** - presupune un nivel al resurselor care oferă condiții accentuat modeste de viață, pline de lipsuri și restricții, care împiedică o funcționare socială normală, dar care nu blochează nici efortul de a ieși din sărăcie și nici redresarea în situația în care resursele revin la normal.
- **Sărăcia extremă** - presupune o lipsă gravă a resurselor financiare încât condițiile de viață ale respectivei persoane sunt absolut inacceptabile pentru o societate civilizată. Acest tip de sărăcie alterează grav demnitatea ființei umane, producând degradări rapide și greu reversibile ale capacităților de

funcționare socială normală. Sărăcia extremă tinde să se fixeze cronic în marginalizarea și excluziunea socială, șansele de ieșire din situația de sărăcie devenind ne semnificative. Sărăcia extremă se referă la lipsa resurselor de satisfacere a nevoilor absolut elementare, necesare pentru trai: hrană, adăpost, îmbrăcăminte.

Pe termen lung, această lipsă duce la o deteriorare serioasă a capacităților fizice, psihologice și sociale ale persoanei. Avem de-a face cu persoane care suferă de foame, trăiesc în condiții mizere (neîncălzite, fără lumină, fără apă, din cauza datoriilor acumulate la întreținere), fiind parțial izolate social.

• În România se poate vorbi și de o **sărăcie comunitară** ca fiind sărăcia ce se extinde de-a lungul unor largi teritorii. Zonele de sărăcie comunitară concentrează cu mare probabilitate o pondere importantă a populației sărace din mediul rural, fiind situate preponderent la mare distanță față de orașe și având acces redus la oportunitățile oferite de acestea – locuri de muncă, licee și spitale, piață de desfacere a produselor agricole. Sărăcia comunitară are un caracter periferic – cele mai multe aglomerări de comune sărace sunt localizate la granițele țării și la marginea județelor sau a orașelor .

Excluziunea socială reprezintă plasarea unei persoane în afara formelor normale de viață socială, ca rezultat al unor deprivări multiple, cu șanse reduse de reinsertie într-o viață socială normală. Rezultat al discriminărilor, lipsei de oportunități, cumulării de privațiuni, degradării sau nedezvoltării capacităților de funcționare socială normală sau al unui stil de viață individual sau colectiv de marginalizare.

Marginalizarea socială este un termen folosit în principal cu același conținut ca și excluziunea socială, referindu-se la poziția unor persoane/grupuri în afara (la „marginea”) vieții sociale, ”normale” a comunității.

Incluziunea socială reprezintă procesul de reinsertie în formele de viață normale, într-o funcționare socială normală a persoanelor aflate în situație de excluziune/marginalizare socială sau cu risc de marginalizare, prin dezvoltarea capacităților și asigurarea de oportunități.

Așadar, sărăcia apare atunci când resursele abia ajung unui trai la limita sau sub limita minimumului necesar, fiind percepută pe fondul general al căderii economice, tranziția fiind considerată generatoarea unui proces de sărăcie de masă.

În afară de alimentative, locuință, transport, dimensiunea sănătății și a recuperării medicale este analizată în studiile despre sărăcie în ceea ce privește pachetul de tratament simplificat pe care îl are orice familie (medicamente uzuale, analgezice, alcool medicinal, antibiotice etc).

În ceea ce privește situația medicală, studiile analizează medicamentele pe persoană calculate numai pentru trusa de prim ajutor - în condițiile în care 25,3% din persoanele de 65 - 74 ani și 20,9% din persoanele de 75 ani și peste declară că suferă de cel puțin o boală cronică - care necesită cheltuieli lunare cu medicamentele de întreținere și analizele medicale;

Date administrative si demografice sectorul 6

A) SECTORUL 6 ÎN CIFRE

Populația: 376.480 locuitori, fiind al doilea sector al Capitalei din punct de vedere al numărului de locuitori.

Suprafața: 37 kmp

Conducerea Primăriei Sector 6: Primar, Viceprimar, Secretar și Administrator Public

Așezare: Este parte componentă a Municipiului București, fiind al doilea sector al Capitalei din punct de vedere al suprafeței. Sectorul 6 se află foarte aproape de Gara de Nord, principalul nod feroviar al țării, și de Gara Basarab. Din partea de vest a Sectorului 6 pleacă drumul european E70. Totodată există legături cu toate celelalte sectoare ale Capitalei.

Fondul de locuințe: Cetățenii sectorului locuiesc în mare parte la bloc, iar în zonele mărginașe ale sectorului, la casă. Locuințele sunt dispuse în blocuri de 4–10 etaje sau în case individuale, majoritatea acestora fiind racordate la rețelele tehnico-edilitare. Totalul locuințelor din sector este de 155.795.

Structura populației: Din punct de vedere a structurii populației pe grupe de vârstă, în Sectorul 6 numărul de locuitori cel mai mare se află între 14 și 54 ani.

Populație totală activă: 161.361

Populația ocupată: 149.972

Șomeri: 11.393

Populație totală inactivă: 215.115

Pensionari: 96.370

Populația stabilă și densitatea populației Sectorului 6 în anii 2000 - 2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total sector	401779	359396	361825	360638	371050	371861	371819
- femei	211399	192898	194185	193536	197955	198246	198537
0- 4 ani	12916	14145	15440	16495	17564	18756	19559
- femei	6235	6748	7367	7940	8472	9010	9432
5 - 9 ani	13120	11245	11441	11790	12231	12941	13900
- femei	6373	5469	5555	5704	5867	6194	6604
10- 14 ani	23430	12006	11450	11257	10953	10839	11036
- femei	11365	5887	5652	5535	5385	5309	5388
15- 19 ani	31053	22719	21405	19496	19324	16736	14609
- femei	14898	11330	10645	9777	9549	8301	7225
20- 24 ani	48354	28005	27833	26398	34370	34344	32505
- femei	23174	14376	14202	13400	17069	17175	16436
25 - 29 ani	33067	37144	37376	35477	34967	33143	32372
- femei	16871	19020	19336	18412	17962	16929	16723
30- 34 ani	34148	30394	32257	34386	36778	38341	38325
- femei	17777	15619	16486	17442	18586	19410	19414
35- 39 ani	21290	31020	33043	34201	29193	28462	29743
- femei	11462	16234	17235	17756	150174	14556	15086
40 - 44 ani	31617	19613	18463	18537	24579	27689	29800
- femei	17587	10660	9908	9910	13010	14562	15574
45 - 49 ani	35679	28270	25860	23620	21517	20062	18859
- femei	19086	15908	14581	13299	11894	11012	10308
50- 54 ani	27906	31498	31740	31590	30353	28878	26653

- femei	14769	17186	17451	17612	17118	16330	15123
55- 59 ani	19398	24346	26096	27425	28570	28877	29099
- femei	10581	13172	14242	14936	15710	16047	16211
60- 64 ani	20463	16837	17337	17733	18427	20049	22217
- femei	11431	9463	96061	9809	10223	11066	12329
65- 69 ani	17748	17173	16502	16030	15515	15290	15032
- femei	10207	10014	9670 1	9367	9068	8879	8756
70- 74 ani	14775	14394	14396	14309	14330	14575	14680
- femei	8517	8666	8691	8634	8704	8840	8898
75- 79 ani	9564	11178	11254	11541	11497	11504	11423
- femei	6195	6693	6817	7042	7062	7141	7167
80 - 84 ani	3858	6397	6730	6904	7161	7398	7700
- femei	2650	4347	4472	4506	4529	4635	4804
85 de ani și peste	3393	3012	3202	3449	3721	3977	4307
- femei	2221	2106	2269	2455	2673	2850	3059

Sursa: Direcția Regională de Statistică București, Documentare cu date statistice 2000 - 2010, pe sectoare administrative ale Municipiului București, iunie 2010

Potențialul demografic este un indicator care exprimă gradul de vitalitate al populației rezultat din relația care se stabilește între numărul de femei de vârstă fertilă și numărul total al populației feminine.

$$I_{pd} = F_{vf} / F_t \times 100$$

I_{pd} = indicele de potențial demografic

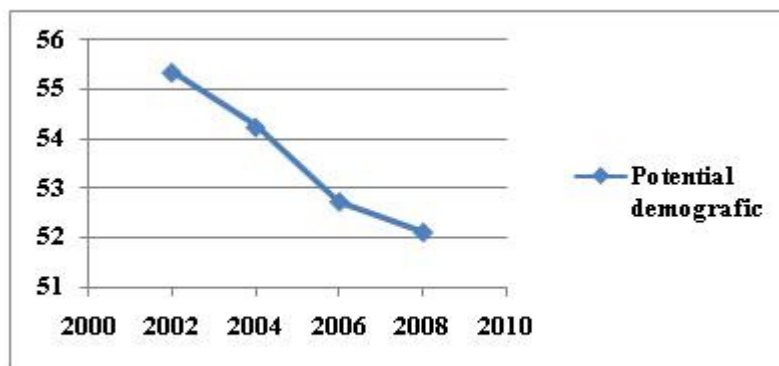
F_{vf} = numărul populației feminine fertile

F_t = populația feminină totală

Pe baza interpretării datelor calculate la nivelul a 4 ani de referință (2002, 2004, 2006, 2008) se constată că la nivelul sectorului 6 potențialul demografic prezintă o evoluție în ușoară scădere, având o valoare medie de 53.5%. Analiza valorii indicelui de potențial demografic la nivelul sectorului 6 pentru anul 2002, indică o concordanță cu structura pe grupe de vârstă a populației feminine, înregistrând valoarea de 55,34 %. Începând cu anul 2004, indicele prezintă o ușoară scădere (54,23%), menținându-se constat în următorii ani având o valoare medie de 52%.

Densitatea populației. Reflectă gradul de intensitate a populării unui anumit teritoriu prin raportarea numărului de locuitori la anumite suprafețe diferite în privința modului de utilizare. Prin valoarea densității populației (9.549,4 loc/km²) sectorul 6 ocupă locul al treilea la nivelul capitalei, după sectoarele 2 și 3. Comparativ cu densitatea înregistrată la nivel național (de 94,2 loc/km²), sectorul 6 prezintă o valoare de 15 ori mai mare a densității populației. Deși prezintă o valoare ridicată a densității populației, există o serie de diferențieri la nivelul cartierelor care intră în componența sectorului; astfel

cele mai dens populate zone sunt: cartierul Militari: (zona Lujerului), cartierul Drumul Taberei (Bd. Timișoara) cu peste 40.000 loc/km², cartierul Militari (Piața Gorjului, Armata Poporului) cu 30.000-40.000 loc/km², zona Militari (Apusului, Păcii, zona Industriilor cu valori medii de 20000-30000 loc/km²) (fig. nr. 4). Aceste valori ridicate ale densității sunt datorate zonelor rezidențiale în cadrul cărora predomină blocurile de 10 etaje și a vechilor cartiere muncitorești.



1. Mișcarea naturală a populației în sectorul 6 în anii 2000 și 2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Date absolute - numar							
Nascuti - vii	2882	3659	3705	3765	4103	4182	4194
Decedati	3838	4006	3934	3946	3872	3725	3757
Spor natural	-956	-347	-229	-181	231	457	437
Casatorii	2667	2284	3057	3156	3061	2800	2339
Divorturi	718	111	833	827	670	858	1204
Nascuti morti	21	14	15	14	1	13	8
Morti în varsta de sub 1 an	34	36	33	15	25	22	
Proportii la 1000 de locuitori							
Nascuti-vii	7.5	10.2	10.4	10.5		11.7	11.7
Decedati	10.6	11.2	11.0	11.0	10.8	10.4	10.4
Spor natural	-2.5	-1.0	-0.6	-0.5	0.7	1.3	1.2
Casatorii	6.9	8.1	8.5	8.8	8.5	7.8	6.5
Divorturi	1.87	2.17	2.33	2.31	1.87	2.39	3.34

Față de sectoarele Municipiului București, după numărul de locuitori sectorul 6 se situează pe locul 2, iar ca densitate este pe locul 3, în ordine, după sectoarele 2 și 3. Orientativ, față de densitatea națională de 94,2 locuitori pe km patrat, sectorul 6 al Capitalei este mai dens populat decât România de peste 15,2 ori.

2. PENSIONARI

SURSA DATELOR: CASA NATIONALA DE PENSII SI ALTE DREPTURI DE ASIGURARI SOCIALE

2.1. NUMĂRUL MEDIU DE PENSIONARI

- numar -	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensionari de asigurari sociale	92975	94771	94581	94177	93944	94657	95573
Beneficiari de ajutor social	129	52	41	34	23	14	10
Pensionari	245	142	117	99	87	76	67

2.2. PENSIA MEDIE LUNARĂ (* exclusiv pensia suplimentara)

- lei-	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2016
Pensie de asigurari	95	337	402	515	760	912	953
Aiutor social	30	77	84	108	157	179	214
Pensie IOVR	140	273	290	307	320	317	317

2.3.

DINAMICA NUMĂRULUI MEDIU DE PENSIONARI Anul 2000=100

-%-	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensionari de asigurari sociale	101.9	101.7	101.3	101.0	101.8	102.8
Beneficiari de ajutor social	40.3	31.8	26.4	17.8	10.9	7.8 7.8
Pensionari IOVR	58.0	47.8	40.4	35.5	31.0	27.3

2.4. DINAMICA PENSIEI MEDII LUNARE Anul 2000=100

-%-	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensie de asigurari sociale	353.2	423.2	542.1	800.0	960.0	1003.2
Aiutor social	253.5	280.0	360.0	523.3	596.7	713.3
Pensie IOVR	195.7	207.1	219.3	228.6	226.4	226.4

Notă: până în anul 2005, dinamica pensiei medii este calculată utilizând lei, ROL

2.5. INDICII PENSIEI MEDII REALE A PENSIONARILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT

-%-	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000	100.0	121.9	128.2	127.1	142.1	152.4	170.4	208.2	285.3	324.2	319.3
2001		100.0	105.1	104.2	116.5	125.0	139.9	171.0	234.0	265.9	261.9
2002			100.0	99.16	110.8	118.9	133.0	162.6	222.5	252.8	249.1
2003				100.0	111.7	119.9	134.2	164.0	224.4	255.0	251.2
2004					100.0	107.2	120.0	146.7	200.7	228.1	224.7
2005						100.0	111.9	136.7	187.1	212.7	209.5
2006							100.0	122.2	167.2	190.0	187.1
2007								100.0	136.8	155.5	153.1
2008									100.0	113.6	111.9
2009										100.0	98.5
2010											100.0

Notă: Indicele pensiei medii reale s-a calculat, numai pentru pensionarii de asigurari sociale de stat, ca raport procentual între indicele pensiei medii nominale și indicele general al preturilor de consum. Pensia medie nominala utilizata în calculul pensiei reale a pensionarilor de asigurari sociale de stat cuprinde și pensia suplimentara.

2.6. REPARTIZAREA EFECTIVULUI DE PENSIONARI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT, PE GRUPE DE PENSII

Grupe de pensii	Dec. 2003	Dec. 2004	Dec. 2005	Dec. 2006	Dec. 2007	Dec. 2008	Dec. 2009	Dec. 2010
Total	95707	95158	94792	94287	94143	94236	95017	95856
Sub 50	216	187	239	356	917	92	87	84
51-75 lei	538	184	107	73	65	55	44	42
76-100	2127	528	325	119	79	61	44	39
101-150	16017	7346	3986	2038	741	413	273	244
151-200	11459	15301	9190	4064	1621	440	274	252
201-250	20735	7237	10370	4917	1963	847	657	627
251-300	22826	8843	8480	7939	2557	1270	1106	1089
301-350	11479	23258	18802	12035	4095	1595	1379	1337
351-400	4864	14427	12958	10440	5967	2242	1797	1788
401-500	3656	11874	15895	18559	14377	7529	5789	5720
501-750	1325	5066	11611	24113	30986	27356	24323	24244
751-1000	222	576	2231	6629	18382	22995	22872	23284
Peste 1000 lei	243	331	598	3005	12393	29335	36372	36606

3.ȘOMERI

SURSA DATELOR: AGENTIA DE OCUPARE A FORȚEI DE MUNCĂ

3.1. NUMĂRUL SOMERILOR INREGISTRATI, LA 31 DECEMBRIE

	2000	2005	2006	2007	2008
Numarul total al somerilor	8042	3127	3478	3253	3263
- femei	4590	1878	1975	1924	2082
- Beneficiari de ajutor de somaj	2265	1256	1307	952	697
- femei	1380	761	691	605	472
- Beneficiari de ajutor de integrare	774	118	73	43	42
- femei	425	78	56	27	30
- Beneficiari de alocație de sprijin	3248	-	-	-	-
- femei	1993	-	-	-	-
- someri	1755	1753	2098	2258	2524
- femei	792	1039	1228	1292	1580

3.2. NUMĂRUL ȘOMERILOR INREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE

	2009	2010
Numărul total al somerilor înregistrați	5250	4897
- femei	2749	2481
- someri în plătă	4028	4191
- femei	2035	2116
din care: absolvenți	166	205
- femei	99	116
- someri neindemnizați	1222	706
- femei	714	365

3.3 ȘOMERI ÎNREGISTRAȚI, DUPĂ NIVELUL DE INSTRUIRE, LA 31 DECEMBRIE

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Numarul total al somerilor	8042	3127	3478	3253	3263	5250	4897
din care: femei	4590	1878	1975	1924	2082	2749	2481
Primar, gimnazial, profesional	5739	1798	1965	1905	1797	2811	2290

din care: femei	2988	981	1007	1062	1077	1288	944
Liceal și postliceal	1674	977	1133	1049	1143	1473	1383
din care: femei	1241	681	750	695	799	895	8351
Superior	629	352	380	299	323	966	1224
din care: femei	361	216	218	167	206	566	702

Numărul total de șomeri la data de 29.02.2012

JUDET	Număr total șomeri	din care femei	Nr. total som. indemnizați	Nr. total som. neindemnizați	Total som. din sector privat	Rata șomajului (%)	Rata șomajului Feminină (%)	Rata șomajului Masculină (%)
BUCUREȘTI	21967	11494	9328	12639	13802	2,03	2,12	1,94

Studiu: Sărăcie

Dupa 20 de ani, România a ajuns la un număr mare de săraci și la o inegalitate socială mai mare decât cea din 1989. Iată una din concluziile unui studiu realizat de **Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române**. Specialiștii atrag atenția că în urma măsurilor de austeritate luate de Guvern gradul de sărăcire a populației va fi din ce în ce mai mare.



Dupa 20 de ani, România a ajuns la un număr mare de săraci și la o inegalitate socială mai mare decât cea din 1989. Iată una din concluziile unui studiu realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române. Specialiștii atrag atenția că în urma măsurilor de austeritate luate de Guvern gradul de sărăcire a populației va fi din ce în ce mai mare.

Potrivit studiului, statul român cheltuiește pentru domeniul social proporția cea mai mică, nu numai în raport cu PIB, dar și ca pondere din buget: 36,5% față de 55,9% media Uniunii Europene. Studiul arată că potrivit analizelor, programele guvernării duc cu siguranță la creșterea decalajului dintre noi și celelalte țări europene.

Raportul social “După 20 de ani: Opțiuni pentru România” mai arată că salariații și pensionarii au reprezentat împreună, pe toată această perioadă, aproximativ 50% din populația României.

Evoluția lor a fost însă de sensuri opuse: în timp ce numărul salariaților a scăzut, cel al pensionarilor a crescut, tendințe care se vor păstra și în 2010. În prezent, salariații sunt mai puțini cu 60% din câți erau în 1989 ajungând la 4,6 milioane. În cei 20 de ani numărul pensionarilor a crescut cu 55% ajungând la 5,5 milioane în 2010.

Creșterea somajului în 2009 prin disponibilizările din sectorul privat, urmate de scăderile salariale și disponibilizările din cel public din 2010 aduc salariații în fața riscului de sărăcire. În afara căderii în saracie, un risc la fel de ridicat pentru clasa de mijloc este incapacitatea de a face față returnării împrumuturilor bancare, excesiv încurajate până la debutul crizei, arată specialiștii Academiei Române. Aceștia atrag atenția că pensionarii sunt în fața unui risc ridicat de sărăcire. Reducerea pensiilor cu 15%, ca și perspectiva reducerii cheltuielilor publice din sistemul de sănătate vor crește procentul săracilor absoluți în rândul pensionarilor.

Situația sărăciei pe criteriu de gender: femei / bărbați

Potrivit acestui studiu publicat în contextul marcării Zilei Femeii, riscul de sărăcie și excluziune socială îi afectează în măsură aproape egală și pe bărbații din cele două țări. Astfel, datele arată că 42,1% dintre femei și 40,8% dintre bărbații din România sunt expuși riscului de sărăcie și excluziune socială. În Bulgaria, 43,3% dintre femei și 39,8 % dintre bărbați sunt expuși acestui risc.

Procentele sunt aproape duble comparativ cu media la nivelul UE 27, care indică 24,5% în cazul femeilor și 22,3% în cazul bărbaților.

Datele Eurostat sunt aferente anului 2011, deși în cazul anumitor state, printre care și România, cifrele sunt cele raportate în anul 2010.

Potrivit Eurostat în UE sunt, în total, 257 de milioane de femei și 245 de milioane de bărbați, respectiv 104,8 femei la 100 de bărbați. În cazul populației cu vârsta peste 65 de ani, numărul femeilor crește comparativ cu cel al bărbaților, fiind 138,2 femei la 100 de bărbați. În România erau, potrivit cifrelor Eurostat, 105,4 femei la sută de bărbați, respectiv 147 de femei la sută de bărbați în cazul categoriei de vârstă de peste 65 de ani. Cele mai mari diferențe între numărul de femei și bărbați se înregistrează în țările baltice. Acolo, numărul femeilor este aproximativ de două ori mai mare comparativ cu cel al bărbaților.

Studiul mai arată că România este printre statele în care procentul femeilor angajate este relativ scăzut. Astfel, 59,5 % dintre femeile din România sunt angajate. În Malta, doar 38,8% dintre femei muncesc. Procente de ocupare mai scăzute decât în România s-au mai înregistrat în cazul femeilor din Italia (51,4%), Grecia (53,9%), Spania (57,3%) și Ungaria (57,6%). Rata de ocupare în cazul femeilor cu vârste între 25 și 64 de ani a fost de 63,8% la nivelul UE27 în 2010, în timp ce în cazul bărbaților a fost de 77,5%.

Datele Eurostat arată că, în cazul categoriilor de populație cu un nivel scăzut de studii, numărul femeilor angajate este, în medie, cu 20% sub cel al bărbaților. În schimb, diferența scade la doar câteva procente în cazul persoanelor cu studii superioare. În România, 45,7 % dintre femeile cu studii minime și 67,6% dintre bărbații din aceeași categorie sunt angajați. În cazul persoanelor cu studii medii, gradul

de ocupare este de 60,6% în cazul femeilor și de 75,5% în cazul bărbaților. În cazul persoanelor cu studii superioare, 84,5% dintre femei și 86% dintre bărbați sunt angajați.

Situația Handicapului

La nivelul sectorului 6 există în acest moment un număr de 10290 de persoane adulte cu handicap, din care 8138 au handicap somatic, fizic, auditiv, vizual și mental. Spitalul Social este extrem de necesar deoarece vine și în întâmpinarea nevoilor acestei categorii extrem de defavorizate. Unii dintre beneficiari vor avea încadrare în grad de handicap. Proiectul este în conformitate cu Strategia Națională privind protecția socială și integrarea socială a persoanelor adulte cu handicap. Obiectivele programului vizează dezvoltarea modelelor de recuperare, reabilitare prin specifice pe diferite arii de dezvoltare sau dizabilitate: recuperare medicală, consiliere psihologică, activități terapeutice.

Din totalul de 631.199 de persoane cu handicap din România, 97% se află în îngrijirea familiilor și doar 3% sunt încadrate în muncă. Potrivit datelor prezentate de Ministerului Muncii Familiei și Protecției Sociale, cele mai multe persoane cu handicap (52%) se afla în mediul urban, iar cea mai mare pondere din totalul persoanelor cu handicap o reprezintă populația feminină (54,5%).

Un procent de 3% din totalul persoanelor cu handicap din România (17.275) se află în instituțiile rezidențiale publice coordonate de Ministerul Muncii Familiei și Protecției Sociale, restul fiind în îngrijirea familiilor sau traiesc independent. Ponderea persoanelor cu handicap din populația României este de 2,93%, față de 2,63% la sfârșitul anului 2007. În comparație, ponderea medie la nivelul țărilor din Uniunea Europeană este de 10%. În funcție de gradul de handicap, cele mai multe persoane se încadrează la categoria de handicap accentuat(334.045). Numărul de instituții publice rezidențiale este de 297 la care se adaugă 52 de instituții nerezidențiale (de zi). Astfel, la data de 31 decembrie 2009, sunt înregistrate în evidențele serviciilor publice de asistență socială 620.042 persoane adulte cu handicap, din care 17.091 sunt persoane adulte cu handicap instituționalizate. Din cele 17.091 persoane adulte cu handicap instituționalizate, 16.227 persoane se află în 350 de servicii sociale de tip rezidențial în 41 de județe.

În municipiul București, la începutul anului 2010 au fost înregistrate 56.580 persoane adulte cu handicap, din care 864 sunt instituționalizate în 23 servicii sociale de tip rezidențial aferente unui număr de 4 sectoare. În sectoarele 5 și 6 situația persoanelor adulte cu handicap se prezintă astfel:

- în sectorul 5, un număr de 7.000 persoane adulte cu handicap sunt potențiali beneficiari ai serviciilor sociale acordate atât în centre de tip rezidențial cât și în cadrul altor servicii alternative;
- în sectorul 6, un număr de 8138 de persoane adulte cu handicap - somatic, fizic, auditiv, vizual și mental - ar putea beneficia de servicii sociale adecvate nevoilor determinate de tipul de handicap identificat și certificat de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap a sectorului

Total persoane adulte cu handicap sector 6, București - 10290

TIP	Barbați				Femei				Total
	Grad IV	Grad III	Grad II	Grad I	Grad IV	Grad III	Grad II	Grad I	
fizic	0	42	241	131	2	64	329	88	897
somatic	11	456	841	320	26	748	1480	364	4226
auditiv	0	2	209	3	0	11	215	0	440
vizual	12	121	153	251	27	195	356	396	1506
mental	1	15	161	296	2	21	275	298	1069
psihic	4	41	438	333	4	62	524	450	1856
asociat	0	11	55	32	1	17	42	14	172
HIV-SIDA	0	2	4	38	0	2	10	37	93
boli rare	0	1	5	5	0	3	11	4	29
surdocecitate	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Total	28	691	2108	1410	62	1121	3222	1648	10290

Persoanele adulte care se confruntă cu probleme asociate handicapului, nemaiputându-și îndeplini activitățile cotidiene obișnuite ajung într-o stare de dependență, marginalizare, își pierd autonomia și au nevoie de sprijinul celor din jur. Aceste fapte, au consecințe multiple și complexe :

- **În plan economic:** veniturile persoanelor adulte cu handicap sunt uneori inexistente și /sau foarte mici. Spitalul social va oferi servicii de recuperare pentru reluarea capacității de muncă și desfășurarea de activități cu caracter organizat.
- **În plan social:** dificultățile de comunicare și/sau cele din cadrul relațiilor interumane cresc gradul de marginalizare a persoanelor adulte cu handicap
- **În plan financiar:** costurile medicației și a intervenției terapeutice interdisciplinare pentru tratarea afecțiunilor sunt ridicate
- **În plan familial:** adeseori familiile și aparținătorii se afla în imposibilitatea de a acorda o îngrijire care să corespundă necesităților lor.

Din punct de vedere al urgenței și al oportunității putem afirma faptul că în acest moment un proces de recuperare eficient, pentru unii dintre beneficiarii care nu sunt subiectul unui program de recuperare în centrele specializate de recuperare și reabilitare sau terapie, ar putea fi derulat numai într-

un cadru specializat în care pot fi oferite atât servicii de găzduire cât și de recuperare medicală și psihosocială. Problemele grupului țintă au nevoie de o intervenție instituțională specializată care uneori solicită găzduire pe anumite perioade de timp mai scurt sau mai îndelungat.

Contextul Strategiei D.G.A.S.P.C. sector 6

Prin strategia DGASPC 6, aprobată prin HCL 159/29.11.2011 se precizează :« Necesitatea facilitării accesului la unități de tip spitalicesc » pentru cetățenii sectorului 6.

Proiectul se încadrează în următoarele obiective strategice :

Obiectiv strategic 3: Creșterea accesului la serviciile de promovare a sănătății și adaptarea acestora la nevoile beneficiarilor

Obiectiv strategic 10: Dezvoltarea serviciilor sociale la nivelul Sectorului 6.

Obiectiv strategic 11: Protecția grupurilor vulnerabile care necesită o atenție specială (de exemplu, copiii străzii, copiii delincvenți, copiii/tineri cu handicap)

Obiectiv strategic 12: Dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu handicap/în dificultate.

Obiectiv strategic 14: Dezvoltarea competențelor instituționale de management modern a serviciilor sociale și optimizarea structurilor funcționale și a politicilor publice sociale și administrative.

Istoric și fundamentare din punctul de vedere al medicinei sociale

Medicina socială este o ramură a medicinei și o parte a sănătății publice; ea se bazează pe constatarea conform căreia factorii sociali au o influență determinantă asupra fenomenului de sănătate și boală. Obiectul medicinei sociale este studiul stării de sănătate a populației în corelație cu factorii ce o influențează (diagnosticul stării de sănătate a populației și factorii etiologici).

Sănătatea publică reprezintă ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației orientat spre menținerea și îmbunătățirea sănătății.

Obiectul sănătății publice îl reprezintă grupurile umane.

Hanlon a definit sănătatea publică ca fiind știința protejării oamenilor și a sănătății, a promovării redobândirii sănătății prin efortul organizat al societății.

Scopul sănătății publice este să reducă: disconfortul, boala, incapacitatea (invaliditatea, handicapul), decesul prematur.

O definiție concisă a sănătății publice dată de Organizația Mondială a Sănătății, 1997, este: arta și știința prevenirii îmbolnăvirilor, prelungirea vieții și promovării sănătății prin mijloace de acțiune organizată ale societății ; acest lucru are ca premisă faptul că sănătatea este un proces care angajează resurse sociale, fizice, mentale și spirituale.

Deci, sănătatea publică este știința și arta care se preocupă cu :

- prevenirea îmbolnăvirilor
- prelungirea vieții
- promovarea sănătății prin efortul organizat al comunității
- sanitația și mediu
- educația pentru sănătate

- organizarea sistemului de sănătate astfel încât să permită accesul la un pachet de servicii de bază pentru întreaga populație.

În consecință noul concept al Organizației Mondiale a Sănătății, de sănătate publică include organizarea tuturor resurselor umane și a instituțiilor pentru furnizarea de servicii de sănătate în vederea promovării sănătății, prevenirii bolilor, diagnosticului și tratamentului bolilor și reabilitării fizice, sociale și profesionale, după ce au fost identificate nevoile de sănătate ale populației.

Scopurile principale ale medicinei sociale sunt:

- creșterea speranței de viață sănătoasă pentru populație;
- prevenirea deceselor evitabile sau premature;
- îmbunătățirea calității vieții pentru persoanele cu boli cronice pe termen lung sau disfuncții;
- ameliorarea stării de sănătate prin intermediul prevenirii.

Medicina sociala este un domeniu interdisciplinar în care se regăsesc elemente din diferite discipline precum: epidemiologia, biostatistica, demografia, ecologie, igienă, etică, sociologia, dreptul, managementul și organizarea serviciilor de sănătate.

Sănătatea este un drept fundamental al omului ; este o resursă esențială pentru individ, pentru comunitate și pentru societate în ansamblu.

Există o diversitate de definiții ale sănătății pentru care se folosesc multiple criterii . Cele utilizate cel mai frecvent sunt :

- bunăstarea funcțională
- capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate da viață și de muncă
- condiția umană care îl face pe individ creativ.

Organizația Mondială a Sănătății a definit sănătatea individuală „starea de bine din punct de vedere fizic, mintal și social și nu numai absența bolii sau a infirmității”.

Sănătatea grupurilor umane ar putea fi definită ca fiind o sinteză a sănătăților individuale apreciată într-o viziune sistemică, globală.

Diagnosticul stării de sănătate a populației

Diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități se face după un raționament similar cu cel pe care îl face medicul aflat în fața unui bolnav . În ambele situații trebuie parcurse, în mod obligatoriu, anumite etape, metodologia diagnosticului fiind practic aceeași. Trebuie știut, însă, că nu se poate face o extrapolare de la diagnosticul individual al unui bolnav la starea de sănătate sau boală a unei întregi comunități. Prezentăm mai jos după D.Enăchescu, M.Marcu (1997) o paralelă între diagnosticul stării de sănătate a individului și diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități.

Diagnosticul stării de sănătate a unui individ	Diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități
-Identificarea persoanei (nume, sex, vârstă, ocupație)	Identificarea grupului (distribuția pe vârste și determinarea vârstei medii care reprezintă “vârsta” grupului; distribuția pe sexe cu determinarea proporției sexului masculin, respectiv feminin, distribuția în funcție de alte variabile ca de exemplu: ocupație, grad de școlarizare, etc.
- Anamneza - Examenul clinic - Examenul paraclinic - Compararea informațiilor obținute cu “modelele” știute pentru diferite afecțiuni	Culegerea de informații în condiții cât mai standardizate, prelucrărilor, calculându-se indici valori medii și / sau valori relative și compararea rezultatelor obținute, cu anumite modele de referință.
- Diagnosticul sănătății sau bolii individului	- Diagnosticul sănătății comunității

- Determinarea etiologiei bolii	- Determinarea cauzelor probabil implicate
- Tratamentul bolii (etiologic, patogmetic, simptomatic , etc.)	- “Tratamentul” sub forma unui program de intervenție aplicat colectivității care vizează factorii “cauzali”, de risc (de ex: modificarea comportamentelor) , sau boala a cărei frecvență a fost determinată.
- Control	- Control prin monitorizarea stării de sănătate a colectivității.

Sănătatea publică este privită ca un concept multifactorial fiind condiționată de mai mulți factori . Factorii care influențează starea de sănătate a unei populații pot fi grupați, după Lalonde în factori biologici, comportamentali (stil de viață), factori socio-economici (factori ambientali) care intervin în proporție de 90% în determinarea sănătății și asistența medicală, indiferent de tipul sistemului de sănătate în procent de 10%.

- Factorii biologici reprezintă zestrea biologică a fiecărui individ – ereditatea. Ei cuprind și caracteristicile demografice ale populației.

- Factorii ambientali se referă la:

- factorii mediului fizic
- factorii sociali
- factorii economici
- factorii culturali
- factorii educaționali

- Factorii comportamentali – stilul de viață depinde de comportamente care, la rândul lor, sunt condiționate de factori sociali. Stilul de viață este deci rezultatul factorilor sociali și al comportamentelor, el se referă atât la obiceiuri alimentare cât și la riscurile profesiei și cele din timpul liber.

- Serviciile de sănătate sunt de trei categorii :

- curative
- preventive
- recuperatorii

Neceșitatea proiectului în zona în care este propus, oportunități și constrângeri.

Oportunități :

- Contextului legislativ favorabil, prin promovarea noii legislații în domeniul serviciilor sociale, a sănătății, pentru persoanele marginalizate, codul fiscal. Apariția serviciilor publice de asistență socială, consolidarea comisiilor de dialog social sau de eradicarea sărăciei, programele de formare a resurselor umane finanțate din Fonduri Structurale, crează premisele de schimbare în favoarea integrării sociale a oricărei persoane cu risc de excludere sau marginalizată;
- Schimbării sistemului socio-economic-politic, proces care luptă pentru reducerea discriminării și pentru materializarea noilor prevederi legale de esență europeană. Este un interes crescut față de persoanele marginalizate sau vulnerabile;
- Metodele pe care le folosim de implicare a diverșilor actori sociali care reacționează pozitiv când sunt responsabilizați și implicați;
- Crearea unor modele standardizate de servicii ce pot fi implementate în comunități diferite ca valori, cultură și nivel economic;
- Existența unor modele de succes care pot inspira crearea spitalului social.

Modul în care obiectivele specifice și activitățile proiectului răspund nevoilor individuale ale beneficiarilor direcți.

Stigmatizarea persoanelor marginalizate, dar și a celor care lucrează în domeniu este un fapt deseori întâlnit. În România problematica sărăciei și a marginalizării sunt considerate încă subiecte „tabu”. Conform Strategiei Naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap sau a Strategiei Naționale Anti-sărăcie, a strategiei pentru sănătatea publică și igiena populației, factorii care mențin stigmatizarea sunt: lipsa interesului din partea instituțiilor și a publicului, instituții în stare de degradare, lipsa de resurse, sisteme inadecvate de gestionare a informației, legislație inadecvată. De aceea, pentru atingerea acestui obiectiv ne propunem să acționăm printr-o serie de activități care să ducă la informarea oamenilor, prin editarea de fluturași și broșuri de informare în ceea ce privește marginalizarea și problemele asociate, în ceea ce privește starea de sănătate a populației și nevoia de intervenție medicală specifică oportună. Și pentru că suntem în era informatizării, când informațiile circulă cel mai rapid și mai eficient prin intermediul internetului, intenționăm ca site-ul DGASPC 6 să fie îmbunătățit cu informații despre problematica complexă a persoanelor marginalizate, dar și despre posibilitatea accesării de către orice membru al comunității a rețelei de servicii sociale. Ținând cont de Planul Național de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale pentru Persoanele cu Handicap 2006-2013, a Strategiei Naționale Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, Strategiei de Incluziune a Tinerilor cu Oportunități Reduse și a Strategiei Naționale în Domeniul Sănătății care să abordeze persoanele având în vedere nevoile lor psiho-socio-medicale. Această structură va implementa activități de recuperare pentru mai multe tipuri de patologii. Intervenția va fi una interdisciplinară astfel încât programele specifice de recuperare medicală vor aborda într-un mod holistic atât aspectele medicale cât și cele emoționale ale beneficiarilor. Activitățile de recuperare din cadrul spitalului vor fi repartizate pe diferite specialități, pacienții vor avea parte de o supraveghere permanentă cu personal calificat, care va putea aplica în mod profesionist strategiile de recuperare specifice fiecărui client. Abordarea va fi una individualizată astfel încât șansele de recuperare și integrare socială să crească vizibil.

În cadrul **spitalului Sf.Nectarie** vor fi furnizate servicii medicale, care vor urmări realizarea obiectivelor specifice ale proiectului, vizând obținerea unui impact favorabil asupra recuperării și integrării sociale a persoanelor marginalizate care solicită serviciile medicale:

- a) servicii de tip rezidențial de gazduire și masă: asigurarea cazării, hranei, cazarmamentului, condițiilor igienico-sanitare corespunzătoare persoanelor cu handicap, asistenței medicale curente și de specialitate,
- b) activități de asistență medicală: diagnostic medical, consult medical, administrare medicație;
- c) activități de terapie medicală;
- d) activități de recuperare medicală prin terapii specifice;
- e) activități de consiliere psihologică, îndrumare pentru accesarea drepturilor prevăzute de legislația în vigoare;
- f) activități de orientare medicală către instituții de specialitate dacă spitalul nu are specialitățile necesare recuperării pacientului.

Încadrare Legală

Spitalul va respecta legislația în vigoare în special:

-Ordinul Ministerului Sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, Nr. 274, din 19 aprilie 2011.

-Ordinul ministrului Sănătății nr. 1408/2011 privind metodologia pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență;

-Normele programelor naționale de sănătate (Ordinul 1591/2010) – completate cu Bugetul alocat programelor de sănătate aprobate pentru anul 2012;

-ORDIN Nr. 383 din 6 iunie 2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;

-Legea 292/2011 legea asistenței sociale;

7. Grupul țintă și beneficiarii direcți ai proiectului

- 1000 de persoane /lunar - cu vârste peste 18 ani, bărbați și femei - cu sau fara handicap, fără venituri sau cu venituri mici;

Serviciile medicale de specialitate pentru persoanele defavorizate din comunitatea locală a sectorului 6 se vor acorda în funcție de venitul pe membru de familie, după cum urmează :

- persoanele cu un venit de până la 705 lei /membru de familie vor beneficia se servicii medicale gratuite , în limita a 700, cu posibilitatea de extindere până la 800 lei;
- persoanele cu un venit situat între 706 lei/membru – 1000 lei/membru vor achita 30% din costuri ;
- persoanele cu un venit situat între 1001 lei/membru - 1500 lei/membru vor achita 50% din costuri ;
- persoanele cu un venit situat între 1501 lei/membru - 2000 lei/membru vor achita 70% din costuri ;
- persoanele cu un venit de peste 2000 lei/membru vor achita costurile integral.

Informații despre modul în care se va face selecția beneficiarilor care vor avea acces la serviciul social înființat, grupe de vârstă, gradul și tipul handicapului, etc.

Evaluare pre-internare sau înaintea implementării măsurilor de recuperare medicală și socială
--

După **evaluarea situației sociale** de către personalul desemnat din cadrul D.G.A.S.P.C. Sector 6, în baza solicitării persoanei, se va efectua **selectarea beneficiarilor** în funcție de criteriile medico-sociale stabilite. Ulterior, se va realiza, într-o primă fază, **intervenția primară** ce constă în evaluarea stării de sănătate de către echipa medicală de la nivelul cabinetului. Informația medicală va fi înregistrată într-un registru specific al pacienților. În baza evaluării se va decide dacă persoanele adulte vor fi integrate într-un program de intervenție medicală specifică precum și într-un program de monitorizare. De asemenea, cazurile care necesită anumite abordări complementare vor fi orientate către serviciile de asistență socială.

Asistența medicală propriu-zisă pentru adulți se va acorda conform programului zilnic stabilit la nivelul fiecărui cabinet, agendei de lucru pe care o va realiza echipa medicală, care va avea în vedere și anumite intervenții în regim de urgență în funcție de cazuistică.

Tratamentul va fi asigurat ambulator sau în regim de internare în funcție de gravitatea cazului și de specificul acestuia.

8. Rezultate urmărite

Rezultatele sunt cuantificate, măsurabile și verificabile. Se corelează rezultatele cu activitățile.

În urma derulării proiectului, estimăm următoarele rezultate:

- 1 Spital Social (Sf.Nectarie) pentru persoane adulte, cu o capacitate de 48 de paturi distribuite pe 2 secții: cardiologie 24 de paturi și gastroenterologie 24 de paturi, respectiv 12 saloane cu câte 4 paturi fiecare, funcțional pe raza sectorului 6, care oferă servicii de găzduire și recuperare medicală;
- Un număr de 1000 de persoane pe lună ai serviciilor de diagnostic și tratament, incluși în programul de reabilitare medicală;
- Un număr de 1500 de aparținători care primesc servicii directe de consultanță medicală și socială;
- Un număr de 2 apariții în presa locală și centrală;
- 100% dintre beneficiari au planuri de intervenție medicală viabile în concordanță cu nevoile identificate;
- Crearea unui model de îngrijire și recuperare medicală a adulților adaptabil oricărei comunități din România în conformitate cu standardele europene;
- Limitarea tendinței persoanelor pentru spitalizarea îndelungată din motive sociale. Ne așteptăm ca fiecare beneficiar să aibă o mai bună calitate a vieții între intervențiile din spitale;
- O mai bună înțelegere și o mai bună practică de advocacy în domeniul promovării și respectării drepturilor persoanelor marginalizate, în concordanță cu practicile Europene existente în favoarea punerii în practică a politicilor naționale ;
- Reducerea spitalizării pe termen lung în spitale uneori neadecvate pentru nevoile persoanei, în rândul persoanelor adulte prin facilitarea accesului la servicii de recuperare socio-medicală adaptate fiecărui pacient;
- Modelele specifice de intervenție specializată prin terapie ocupațională pentru fiecare tip de handicap somatic, fizic, auditiv, vizual și mental

Indicatori care vor fi urmăriți în cadrul proiectului în raport cu rezultatele :

- *1 Spital Social pentru persoane vulnerabile/marginalizate, spital funcțional, care oferă servicii de diagnostic și terapie adresate unei arii largi de patologii ;*
- *1000 de persoane evaluate lunar pentru integrarea în programe de recuperare medicală;*
- *48 de persoane marginalizate pentru care se face decizie de internare și recuperare în mediu spitalicesc;*
- *Selectarea unei echipe medicale interdisciplinare profesioniste pentru implementarea activităților spitalului;*

9. Impact

Cum va îmbunătăți proiectul situația beneficiarilor

Proiectul susține recuperarea medicală, reabilitarea și incluziunea socială a adulților marginalizați, o categorie profund afectată de schimbările legislative, de mentalitatea oamenilor, de lipsa cunoștințelor din domeniu, de ignoranță, de alte urgențe și priorități impuse.

Proiectul vizează asigurarea unor servicii medicale de specialitate, la un nivel performant, competitiv, pentru persoanele care altfel nu ar avea accesibilitate la aceste tipuri de servicii din rațiuni sociale, psihologice și economice.

- facilitează accesul persoanelor adulte marginalizate la servicii de terapie medicală specializată în domeniile diverse specificate în metodologie;
- vine să răspundă intereselor specifice ale persoanelor adulte marginalizate, raportate la complexitatea nevoilor generate de situația de patologie medicală;
- promovează principiul șanselor egale, respectului confidențialității, respectul față de oameni;
- se bazează pe permanenta evaluare a beneficiarilor, dorește modernizarea acestor sisteme de evaluare adaptate la cerințele legislației în vigoare.
- promovează intervenția timpurie prin evaluare și diagnostic medical adecvat și realizarea unor planuri de recuperare individualizate la nevoile fiecărui client;
- asigură un mediu securizant cu personal specializat precum și cu echipamente adecvate pentru implementarea pe termen scurt sau lung a strategiilor de recuperare medicală;
- persoanele adulte marginalizate vor beneficia de recuperare adecvată, de intervenție specializată, în afara mediului de viață, în condiții de maximă siguranță și cu dotările de specialitate;
- beneficiarii vor avea șanse crescute de reintegrate în comunitate, primind sprijin ulterior prin strategiile de asistență socială comunitară;

Obiectivul general al proiectului este de a dezvolta un serviciu comunitar complex de recuperare și reabilitare a adulților marginalizați în comunitate, centrat pe nevoile acestora într-un timp specific fiecărei afecțiuni și a particularităților fiecărui caz în parte. Prin activitățile acestui proiect vizăm să dezvoltăm servicii de îngrijiri complexe în favoarea recuperării și includerii sociale a adulților vulnerabili și în favoarea reducerii spitalizării pe termen lung prin facilitarea accesului la servicii de recuperare socio-medicală. Să dezvoltăm parteneriatul și cooperarea cu instituțiile neguvernamentale și cu ceilalți actori sociali pentru dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire pentru adulții, bazat pe un model de bună practică acceptat la nivel european și în respectul standardului minim de calitate .

Optimizarea serviciilor sociale acordate beneficiarilor se va realiza prin:

- crearea unui **Spital Social** funcțional, adaptat nevoilor beneficiarilor în cadrul căruia se va acorda asistență recuperatorie complexă, adaptată specificului individual, pentru susținerea unei vieți independente;
- crearea unor echipe interdisciplinare medicale și sociale de specialiști care să intervină eficient în cazistica fiecărui beneficiar, în conformitate cu standardele minime de calitate aplicabile spitalelor și unităților medico-sociale;
- implicarea activă a beneficiarilor în procesele terapeutice- recuperative în implementarea recomandărilor cuprinse în planul individualizat de recuperare/intervenție;
- promovarea unei atitudini pozitive la nivelul comunității și sensibilizarea acesteia cu privire la problematica integrării sociale a persoanelor vulnerabile/marginalizate;
- limitarea tendinței pentru spitalizarea îndelungată din motive sociale.

Perioada maximă de spitalizare va fi de 3 zile (cu posibilitate de prelungire în situații speciale), iar traseul pacientului va fi următorul :

- prezentare la recepția spitalului ;
- înregistrare (întocmire fișă de consultație și foaie de observație) ;

- deparazitare (după caz) ;
- formalități garderobă ;
- repartizare pe secție ;
- intervenții medicale specifice celor 2 secții ale spitalului, respectiv cardiologie și gastroenterologie ;
- demersuri specifice de asistență socială (identificare și informare familie și aparținători legali)
- externare sau transferare către o altă unitate medicală specializată.

2. (6) Care va fi impactul proiectului asupra comunității locale și autorităților locale.

Asupra DGASPC sector 6

- Creșterea performanței în muncă;
- Încurajarea pentru a promovarea în România instituțiilor medico-sociale și implicarea activă în aplicarea standardelor profesionale în meseriile medicale în domeniul recuperării și reabilitării;
- Contribuirea la dezvoltarea serviciilor medicale pentru includerea persoanelor defavorizate și reducerea sărăciei;
- Dezvoltarea de abilități suplimentare – învățarea continuă – în concordanță cu modelele europene și capacitatea de a le adapta la nevoile cetățenilor din România;
- Creșterea calității în serviciile medicale și sociale oferite persoanelor marginalizate/vulnerabile, aparținătorilor acestora sau altor persoane aflate în risc social;
- Creșterea încrederii în a colabora și a crea servicii complementare medico-sociale cât și implicarea directă în rezolvarea unei probleme complexe a membrilor comunității;
- Creșterea abilității de comunicare și de exercitare de relații publice ale acestora ;
- Implicarea directă a DGASPC sector 6 în punerea în practică a noilor prevederi legale de către autoritățile locale prin oferirea unui model viabil de spital social;
- Creșterea înțelegerii asupra nevoilor comunității și disponibilității folosirii experienței altor instituții pentru a asigura diversitatea necesară;
- Creșterea credibilității spitalelor și serviciilor medico-sociale;
- Dezvoltarea mecanismelor consultative cu alți actori sociali;
- Folosirea acelor prevederi menționate în procesul de integrare europeană referitoare la dezvoltarea locală și la creșterea cooperării între autoritățile locale, societatea civilă;

Măsurile care se vor lua pentru a asigura un impact îndelungat al proiectului.

Pentru un impact pe termen lung a proiectului se vor :

- a) asigura condițiile fizice optime pentru implementarea unor programe eficiente de reabilitare medico-socială;
- b) asigurarea sustenabilității prin susținere financiară și prin resursă umană ;
- c) asigurarea unui sprijin interdisciplinar medical și social pe termen lung pentru clienții spitalului astfel încât să fie asigurate premisele unei recuperări eficiente ;
- d) comunicarea cu toți actorii sociali care pot sprijini prin expertiză intervenția în cadrul spitalului social;

- e) comunicarea transparentă periodică a rezultatelor proiectului ;
- f) asigurarea unei metodologii de evaluare internă astfel încât să fie asigurat un management performant al spitalului ;
- g) asigurarea unor programe de formare continuă a personalului medical și social de specialitate ;

10. Activitățile proiectului

Oferiți o descriere detaliată a activităților astfel încât, pentru fiecare activitate să reiasă: contribuția respectivei activități la atingerea obiectivelor proiectului, metodele de implementare propuse, rezultate așteptate, participanți, rolul fiecărui partener, acolo unde este cazul.

Activitățile

Activitatea 1

Activitatea de management al proiectului

Managementul proiectului va consta în urmărirea tuturor etapelor de realizare a obiectivului acestui proiect începând cu etapele de achiziție, selectare de personal, formare de personal, amenajare/reabilitare, monitorizarea activităților. Managementul proiectului va fi realizat de o echipă formată din : manager proiect, responsabil achiziții, contabil și consilier juridic (pentru componenta de organizare de șantier). Instrumentele de monitorizare vor fi formate din grile de indicatori care vor fi evaluați lunar. Indicatorii vor fi cei din proiect precum și indicatori specifici ai procesului de construcție. Managementul proiectului se va realiza la sediul DGASPC 6, str.Cernișoara nr 38-40 sector 6 București unde există infrastructură precum și resursă umană necesare acestei activități. Echipamentele puse la dispoziție sunt 3 calculatoare, 3 birouri și 1 mașină pentru deplasarea în cadrul monitorizării. În cadrul procesului de management vor fi contactați furnizorii, se vor realiza procedurile de aprovizionare, procedurile de achiziție, monitorizarea construcției, selectarea și formarea personalului, selectarea beneficiarilor, amenajarea spitalului și derularea activității de recuperare. În cadrul managementului se vor realiza și raportările specifice precum și solicitările financiare și urmărirea derulării convenției de finanțare cu instituția finanțatoare. Orice modificare a convenției de finanțare, conform procedurilor, va fi realizată prin act adițional. În cadrul managementului de proiect se vor asigura toate diligențele pentru desfășurarea în bune condițiuni a parteneriatului strategic cu Fundația AHAVA pentru implementarea proiectului și darea în folosință a spitalului social Sf.Nectarie.

Atribuții profesionale :

Manager proiect

- Comunicarea directă cu furnizorii
- Stabilirea cadrului de desfășurare a activităților
- Monitorizarea activităților
- Monitorizarea implementării proiectului
- Raportarea lunară la managementul DGASPC precum și către finanțator
- Organizarea reuniunilor de echipă de proiect
- Conduce echipa proiectului
- Reprezintă proiectul în raport de terții
- Informează toți factorii interesați
- Ia decizii în colaborare cu echipa
- Comunică cu finanțatorul
- Monitorizează lucrările

- Solicită documente pentru raportări

Consilier Juridic

- asigură încadrarea juridică corectă a acțiunilor proiectului
- asigură informarea permanentă privind modificările legislative în domeniu;
- asigură validitatea contractelor de muncă și de formare realizate în cadrul proiectului
- asigură cadrul legal al tuturor acțiunilor proiectului și monitorizează conformitatea acestora cu cadrul legal în vigoare;
- comunică cu managerul de proiect pe probleme legale;
- participă la reuniunile de echipa

Contabil

- participă la procesul de achiziții
- participă la reuniunile de echipă
- participă la găsirea celor mai bune oferte
- realizează centralizarea documentelor fiscale împreună cu departamentul financiar
- urmărește îndeaproape procesul de derulare al plăților aferente proiectului
- comunică cu managerul de proiect
- semnalează orice anticipare a unor cheltuieli

Responsabil Achiziții

- elaborarea documentelor de specialitate.
- analizarea legislației aplicabile specifice.
- acordarea consultanței de specialitate.
- planificarea achizițiilor publice.
- derularea procedurilor de atribuire.
- finalizarea procedurilor de atribuire.

Activitatea 2

Selectarea și formarea personalului spitalului social Sf.Nectarie

Se va realiza cu resursele proprii DGASPC 6. Selectarea personalului spitalului Sf.Nectarie se va realiza începând cu luna a 1a și va avea în vedere întreaga echipă a spitalului atât componenta de management (coordonator) cât și echipa de implementare a activităților specializate de recuperare medicală și suport specific pentru beneficiari. Selectarea echipei se va realiza în baza unor examinări inițiale și a aplicării unei grile de condiții minime care trebuie îndeplinite pentru desfășurarea activității și anume :

- absolvirea unei formări, instruirii specifice activității pentru care se depune candidatura ;
- experiența de minim 1 an în domeniu (experiența în ceea ce privește activitatea specifică)

Formarea personalului se va realiza cu resursele proprii DGASPC 6 și va consta în desfășurarea unei formări inițiale pentru diferite atribuții pe specialitate, specificul instituțional de spital social, categorii de beneficiari și abordări specifice, patologii asociate sărăciei și marginalizării, curriculum de formare urmând legislația în vigoare, indicatorii și itemii de formare impuși de institutele de specialitate precum și de standardele minime obligatorii în domeniu.

Activitate 3

Obținerea **Autorizațiilor specifice funcționării tipului de instituție**. Vor fi absolut necesare pentru demararea activităților. Autorizațiile se vor obține de la instituțiile reglementate prin lege.

Activitate 4

Realizarea procedurilor de achiziție pentru dotarea spitalului social. Aceste proceduri vor fi realizate în conformitate cu legislația în vigoare de către departementele specializate ale DGASPC sector 6.

Activitate 5

Dotare

Dotări Spitalul Social “Sfântul Nectarie”

LISTA DOTĂRILOR PE CABINETE MEDICALE/LABORATOR

PARTER

Denumire Cabinet	Dotari necesare
1. Cabinet Ginecologie	<ul style="list-style-type: none">• Birou+scaun birou• Scaun pacient• Canapea consultație• Dulap instrumentar• Măsuță instrumentar• Tensiometru• Stetoscop• Cântar• Masă ginecologie• Paravan cu 3 foi / 4 buc.• Scăriță cu 2 trepte• Scăriță cu o treaptă
2. Cabinet Endocrinologie	<ul style="list-style-type: none">• Birou + scaun birou• Scaun pacient• Canapea consultație• Dulap instrumentar• Măsuță instrumentar• Tensiometru• Stetoscop• Cântar
3. Cabinet Neurologie	<ul style="list-style-type: none">• EEG Computerizat – 1 buc• Ciocan reflexe – 2 buc• Dinamometru• Otoscop – 1 buc

	<ul style="list-style-type: none"> • Tensiometru – 1 buc • Stetoscop – 1 buc • Diapazon – 2 buc • Canapea consultații– 1 buc
4. Cabinet Medicină generală și de familie	<ul style="list-style-type: none"> • Birou + scaun birou • Scaun pacient • Canapea consultație • Dulap instrumentar • Măsuță instrumentar • Tensiometru • Stetoscop • Cântar
5. Cabinet Medicina muncii	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometru – 1 buc • EKG portabil – 1 buc • Tensiometru -1 buc • Stetoscop – 1 buc • Canapea consultații – 1 buc
6. Cabinet Psihologie	<ul style="list-style-type: none"> • Canapea medicală de consultații pentru 1 persoana – 1 buc • Fotoliu consultații – 1 buc • Panouri de plută pentru afișaj – 1 buc • Instrumentar psihologic • Teste psihologice • Canapea
7. Cabinet Diabet, Nutriție și Boli Metabolice	<ul style="list-style-type: none"> • Tensiometru – 1 buc • Stetoscop – 1 buc • Oftalmoscop – 1 buc • Diapazon – 1 buc • Glucometru – 1 buc • Oscilometru – 1 buc • Birou – 1 buc • Scaun – 1 buc • Dulap instrumentar – 1 buc • Scaun pacienți – 1 buc • Canapea consultații – 1 buc
8. Cabinet Reumatologie/Recuperare și Ortopedie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masă terapeutică (canapea consultații simplă, din 2 piese) – 1 buc ▪ Măsuțe instrumentar – 2 buc ▪ Birou + scaun – 1 buc ▪ Scaun pacient – 1 buc ▪ Scaune cu rotile pacienți – 4 buc ▪ Trusă mică chirurgie – 1 buc ▪ Goniometru - 1 buc ▪ Dulap medicamente omologat M.S. – 1 buc

- Stetoscop – 1 buc.
- Tensiometru – 1 buc.
- Oscilometru – 1 buc

Etaj 1

Denumire cabinet	Dotări necesare
<p style="text-align: center;">9. Cabinet Dermatologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radiocauter – 1 buc • Canapea consultații – 1 buc • Lampă examinare cu lupă integrată – 1 buc • Stetoscop – 1 buc • Tensiometru – 1 buc • Birou – 1 buc • Scaun – 1 buc • Dulap medicamente omologat M.S. – 1 buc • Măsuță instrumentar – 1 buc • Colector pansamente – 1 buc • Trusă mică chirurgie – 1 buc
<p style="text-align: center;">10. Cabinet Gastroenterologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Birou + scaun birou • Scaun pacient • Canapea consultație • Dulap instrumentar • Măsuță instrumentar • Tensiometru • Stetoscop • Cântar • Endoscop
<p style="text-align: center;">11. Cabinet Explorări funcționale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ECG Computerizat – 1 buc • Ecograf color – 1 buc • Pulsimetru • Sistem testare circulație vasculară periferică • Holter • Tensiometru – 1 buc • Stetoscop – 1 buc • Termometru – 1 buc • Cântar adulți – 1 buc • Canapea consultații – 1 buc • Spirometru – 1 buc • Urospec – 1 buc • Birou – 1 buc • Scaun – 1 buc • Dulap medicamente omologat M.S. – 1 buc • Măsuță instrumentar – 2 buc

<p align="center">Cameră sterilizare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat de sterilizare – 1 buc • Mic instrumentar de laborator • Etuvă cu convecție naturală – 1 buc
<p align="center">Cameră Recoltare probe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fotoliu ergonomic, reglabil pentru pacienți – 1 buc • Instrumentar de laborator specific • Birou – 1 buc • Scaun – 1 buc • Masă de lucru probe – 1 buc • Colector pansament- 5 buc.
<p align="center">12. Cabinet Cardiologie –Medicina interna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ECG Computerizat – 1 buc • Holter (cu 3 inregistratoare) – 1 buc • ECG testare de efort – 1 buc • Oscilometru – 1 buc • Ecograf color – 1 buc • Termometru – 1 buc • Tensiometru – 1 buc • Stetoscop Cardiologic – 1 buc • Birou – 1 birou • Scaun – 1 buc • Măsuță instrumentar – 1 buc • Dulap medicamente omologat M.S. – 1 buc • Scaun pacienți – 1 buc • Canapea consultații – 1 buc
<p align="center">13. Cabinet ORL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oglindă frontală cu iluminare – 1 buc • Diapazon - 2 buc • Termometru – 5 buc • Aspirator secreții – 1 buc • Apăsător limbă steril – lemn (100 buc) • Specule nazale – 1 buc • Specule auriculare (3 marimi) – min 3 buc • Oglinzi laringiene cu mâner(12 tipodimensiuni) • Oglinzi cavum – min. 2 • Deschizător de gură (inox) – 1 buc • Lampă spirt – 1 buc • Cristalizator – 2 buc • Scaun ORL – 1 buc • Sonde drenaj – 1 set • Canapea consultații • Tăvițe renale- 10 buc.
<p align="center">14. Laborator Microbiologie/Camera Sterilizare laborator</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hotă cu flux lamina - 1 buc • Termostat - 1 buc

	<ul style="list-style-type: none"> • Autoclav - 1 buc • Frigider - 1 buc • Centrifuga - 1 buc • Butelie + Bec Bunsen - 1 buc • Birou – 1 buc • Scaun – 1 buc
Laborator Hematologie-Biochimie-Coagulare	<ul style="list-style-type: none"> • Analizor biochimie (uscata) - 1 buc • Analizor ioni cartridge – pH, K, Na, Ca, Cl - 1 buc • Analizor hematologie 5Diff/22 parametri - 1 buc • Analizor urină 10 parametri + 1000 buc stripuri – 1 buc • Analizor automat coagulare – 4 canale • Glucometru + stripuri – (4 buc/2000 buc stripuri) • Analizor Co-Oximetru - 1 buc • Centrifuga (24 posturi) - 1 buc • Analizor markeri cardiaci- 1 buc • Microscop - 1 buc • Analizor hemoglobină-glicozilată – 1 buc.

Notă: În tabelul de mai sus sunt prezentate dotările medicale, fără a cuprinde și micul mobilier necesar.

Lista de dotare pentru saloane pacienți :

Paturi de o persoană	48 buc.
Noptiere	48 buc.
Saltele	48 buc.
Lenjerii pat o persoană (cearceaf plic, husă pat cu elastic, față de pernă)	100 buc.
Perne	100 buc.
Pilote	100 buc.
Televizoare	12 buc.
Dulapuri cu 2 uși	48 buc.
Frigidere medii pentru saloane	12 buc.
Coșuri de gunoi cu pedală	12 buc.

Dozatoare de săpun lichid	12 buc.
---------------------------	---------

Listă dotare recepție :

Canapele așteptare a câte 4 locuri	4 buc.
Computer	1 buc.
Centrală telefonică cu interioare	1 buc.
Televizor	1 buc.
Dozator apă (La fântâna)	6 buc.
Dozator dezinfectant mâini	4 buc.
Fax	1 buc.
Copiator	1 buc.
Inprimantă	1 buc.

Lista dotare Birou administrativ :

Birouri	4 buc.
Dulapuri cu 2 uși	6 buc.
Computer	1 buc.
Inprimantă	1 buc.
Copiator	1 buc.

Lista dotare echipament de protecție :

Halate (pentru medici și asistente)	60 buc.
Costume pentru bucătari	20 buc.
Șorțuri bucătărie	20 buc.
Bonete	20 buc.
Papuci albi	50 perechi
Cizme	5 perechi
Costume infirmiere	60 buc.

Dotări necesare spălătorie Spitalului Social Sfântul Nectarie :

Mașini de spălat profesionale	4 buc
Uscătoare profesionale	2 buc
Fiare de călcat profesionale	2 buc
Mese de călcat	2 buc
Calandru	1 buc

Dotări necesare bloc alimentar Spital Social Sfântul Nectarie :

1. Bucătărie:

Dulap pentru veselă	2 buc
Rastel de vase	2 buc
Lavoar	1 buc
Dulap pentru materiale de curățenie	1 buc
Dulap pentru pâine	1 buc
Mașină de tocat	1 buc
Mașină de curățat cartofi	1 buc
Robot de bucătărie	2 buc
Mixer de bucătărie	4 buc
Masă pentru ouă	1 buc
Masă pentru tăiat pâine	1 buc
Masă pentru servit hrana	1 buc
Bazin pentru spălat carnea	1 buc
Bazin pentru preparat lapte	1 buc
Farfurii întinse mari	100 buc
Farfurii întinse mici	100 buc
Castroane inox	100 buc
Polonice	10 buc
Spumiere	10 buc
Sucitoare	5 buc
Cuțite inox mari	10 buc
Strecurători	10 buc
Furculițe	100 buc
Linguri	100 buc
Lingurițe	100 buc
Răzători	5 buc
Teluri	5 buc
Căni ciorbă	100
Căni apă	100
Carafe apă	20
Ceainice	60
Coș de pâine inox	20
Oală inox 50 l	4 buc
Oală inox 30 l	2 buc
Oală inox 8 l	6 buc
Cratiță inox 30 l	4 buc
Ligheane inox	6 buc
Ligheane plastic	10 buc
Găleți	6 buc;
Tigaie teflon	5 buc;
Tavă cuptor	10 buc
Tavă chec	10 buc;
Tăvi servire	10 buc
Tocătoare	10 buc
Ciocan inox	5 buc

Dotări necesare bloc alimentar electrocasnice Spital Social Sfântul Nectarie

1. Bucătărie:	
aparat aer condiționat	1 buc
frigider pentru probe alimentare	1 buc
frigider pentru decongelare	1 buc
cântar electronic	1 buc
vitrină frigorifică pentru patiserie	1 buc
feliator mezeluri	1 buc
masină de tocat	1 buc
masină de curățat cartofi	1 buc
robot de bucatarie	1 buc
mixer de bucatarie	1 buc
2. Magazie	
frigider (vitrină) pentru ouă	1 buc
frigider pentru lactate	1 buc
frigider pentru mezeluri	1 buc
ladă frigorifică pentru carne de porc	1 buc
ladă frigorifică pentru carne de vită	1 buc
ladă frigorifică pentru carne de pui	1 buc

Dotări specifice PSI (Hidranți incendiu echipați, detectoare fum, sistem alarmare în caz de incendiu, stingătoare, pichet incendiu).

Aparate aer condiționat pentru fiecare încăpere. Dotările vor mai cuprinde și toate echipamentele tehnologice, centralele termice, racordările, panourile fotovoltaice sau subelementii ce țin de rețeaua de încălzire, apă, electrificare.

Activitate 6

Evaluarea / Identificarea viitorilor beneficiari

Identificarea și evaluarea viitorilor beneficiari se va face din rândul persoanelor adulte marginalizate sau într-o situație de vulnerabilitate socială, care solicită acordarea serviciilor medicale. Aceștia au vârsta peste 18 ani.

Decizia de admitere a persoanei adulte în cadrul spitalului social precum și Programul individual de reabilitare medicală în baza căruia sunt acordate serviciile de recuperare medicală sunt emise de echipele interdisciplinare de diagnostic.

Activitate 7

Activitățile specifice care se vor desfășura în cadrul Spitalului Social..

1. Găzduire/ Cazarea pacienților / Perioada maximă de spitalizare va fi de 3 zile (cu posibilitate de prelungire în situații speciale)
2. Prepararea și servirea hranei
3. Asistență medicală
4. Terapie în regim de internare sau ambulator;

Listă cabinete :

1. Neurologie
2. Dermatologie
3. Ginecologie
4. Ortopedie și reumatologie
5. Explorări funcționale
6. Cardiologie și medicină internă
7. Medicină generală și de familie
8. ORL
9. Laborator – Microbiologie
 - Hematologie
 - Biochimie
10. Gastroenterologie
11. Psihologie
12. Medicina muncii
13. Diabet și boli metabolice
14. Endocrinologie

În cadrul activității de spitalizare se asigură:

- cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico – sanitare corespunzătoare, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și bunurilor din dotare;
- spații igienico-sanitare suficiente, accesibile, funcționale, sigure, confortabile ;
- spații suficiente pentru utilizare în comun de către beneficiari (camere în care se pot desfășura activități sociale, spații destinate asistenței medicale curente; spații în care se servește masa; spații pentru fumat; spații în aer liber);
- pentru deficienții fizic nerecuperabili, spații și dispozitive care să permită mobilitatea paturilor, schimbarea poziției, apelul în caz de nevoie, servirea mesei precum și depozitarea obiectelor personale;
- buna întreținere și folosire a mobilierului, cazarmamentului și echipamentului existent în dotare.

Din punctul de vedere al internării :

1. spitalul alocă fiecărui beneficiar internat un spațiu optim;
2. Dormitoarele dispun de spațiul necesar pentru beneficiarii care folosesc un fotoliu rulant, pentru a se putea deplasa de o parte și de alta a patului.
3. Spitalul social ia măsuri speciale de prevenire a accidentelor, de exemplu securizarea ferestrelor, securizarea instalațiilor electrice etc.
4. Pardoseala trebuie să fie aderentă și ușor de igienizat.
5. Fiecare beneficiar dispune în sala de internare de un spațiu ce se poate încuia: noptieră, sertar, în care își poate depozita medicamente, bani sau alte valori, dacă nu există restricții în acest sens;

În cadrul activității de preparare și servire a hranei se asigură:

- stabilirea meniurilor și a listei zilnice de alimente, primirea produselor de la magazie și verificarea cantitativă și calitativă a acestora;
- pregătirea și servirea la timp și în condiții corespunzătoare a meselor;

- păstrarea probelor alimentare pentru control;
- spălarea și dezinfectarea vaselor și a tacâmurilor utilizate de asistenți cât și curățenia încăperilor destinate blocului alimentar și sălii de mese.

Pentru spațiile igienico-sanitare :

Spitalul va dispune de spații igienico-sanitare suficiente, accesibile, funcționale, sigure, confortabile;

Beneficiarii au acces la spații igienico-sanitare adecvate nevoilor lor.

În cadrul activității de asistență medicală se asigură:

- îngrijirea asistaților conform prescripției medicului, supraveghere și menținerea sănătății în concordanță cu misiunea unității și nevoile pacienților;
- izolarea în caz de boli contagioase și internarea de urgență în spitale a celor care au recomandare în acest sens;
- respectarea normelor legale în vigoare privind eliberarea rețetelor, înregistrarea, depozitarea, manipularea, distribuția și administrarea medicamentelor;
- în caz de boală în fază terminală sau deces, toate serviciile de îngrijire necesare precum și serviciile spirituale, religioase, cu respectul demnității personale;
- asigură fiecărui beneficiar un program de recuperare care are ca finalitate dezvoltarea autonomiei personale a acestuia;
- organizarea procesului de spălare și dezinfecție a veselei și tacâmurilor, echipamentului și cazarmamentului;
- îndrumarea activității blocului alimentar, aplicarea și respectarea normelor igienico-sanitare și antiepidemice în ceea ce privește alimentația.
- spitalul aplică măsurile de prevenire și control al infecțiilor, în conformitate cu legislația în vigoare.
- beneficiarii sunt protejați contra riscului infecțiilor.
- în spital există condiții de menținere a sănătății beneficiarilor și a colectivității;

Indexul activităților care vor fi asumate de Spitalul Social « Sfântul Nectarie » :

- a) asigură cazarea, hrana, cazarmamentul și condițiile igienico-sanitare corespunzătoare persoanei asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bunurilor din dotare;
- b) asigură activitatea de diagnostic medical prin personalul și laboratorul de specialitate ;
- c) asigură realizarea activităților de recuperare medicală specifice diagnosticului;
- d) acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța persoanelor potențial beneficiare.
- e) monitorizează și analizează situația persoanelor internate, ulterior finalizării programelor de recuperare;
- f) asigură aplicarea Strategiei Locale de Asistență Socială, în vederea asigurării creșterii calității activității de protecție specială a persoanelor asistate.
- g) realizează pentru fiecare beneficiar un program individualizat de recuperare, medicală în concordanță cu diagnosticul;
- h) identifică mediile în care poate fi reintegrată orice persoană beneficiară care a parcurs programele de recuperare, reabilitare și a beneficiat de consiliere.
- i) asigură consiliere și informare privind problematica socială (probleme familiale, psihologice, etc.);

- j) asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a beneficiarilor internați;
- k) dezvoltă parteneriate și colaborează cu instituțiile neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vederea diversificării și îmbunătățirii programelor de recuperare, în funcție de realitățile și specificul local;
- l) intervine în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- m) intervine în sensibilizarea comunității la nevoile specifice persoanelor marginalizate;
- n) asigură respectarea standardelor și indicatorilor stabiliți de autoritățile competente în domeniu;
- o) promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice;
- p) gestionează fondurile alocate în conformitate cu specificul activității desfășurate.

Activitate 8

Evaluarea proiectului

Evaluarea proiectului este o activitate de management care va avea rolul de a stabili gradul de îndeplinire a obiectivelor proiectului și va consta în monitorizarea permanentă a activităților precum și un raport de evaluare consistent care va menționa la sfârșitul proiectului evoluția, dinamica, gradul de îndeplinire a obiectivelor, vor fi aplicate instrumente calitative și cantitative de evaluare, vor fi luați în considerare indicatori de performanță, se va urmări partea de calitate a serviciilor și vor fi stabilite primele concluzii privind integrarea beneficiarilor în cele două luni minime de funcționare.

Activitate 9

Informarea publică cu privire la evoluția proiectului și funcționarea spitalului social

Informarea se va realiza prin tehnici de marketing și de relații publice, prin informarea presei și a comunității locale, periodic asupra evoluției proiectului, vor fi realizate articole de presă, anunțuri pe siteul www.asistentasociala6.ro, vor incluse articole permanente în revista de asistență socială pe care cu consecvență DGASPC 6 o publică lunar sau trimestrial. Informarea se va realiza cu transparență respectând legislația în vigoare privind drepturile omului, confidențialitatea beneficiarilor, codul de conduită.

11. Metodologia de implementare

Spitalul Social "Sfântul Nectarie" va respecta întocmai legislația în domeniu privind instituțiile medicale

Elemente ROF (orientative, ROF va fi întocmit de întreaga echipă a proiectului în perioada de implementare și înainte de începerea activității)

Spitalul se va înființa prin Hotărârea Consiliului Local sector 6, cu avizul prealabil privind asocierea cu Fundația AHAVA, al Consiliului General al Municipiului București conform art.81, alin.(2) litera q) din legea 215/2001 privind administrația publică locală, republicată cu modificările și completările ulterioare.

- Spitalul Social Sf.Nectarie este o instituție publică specializată, fără personalitate juridică în subordinea DGASPC Sector 6, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico-sociale
 - Persoanele care beneficiază de servicii furnizate în unitatea spital social sunt persoane cu nevoi medico-sociale stabilite conform prevederilor legale în vigoare, care, după caz, necesită supraveghere, asistare, tratament precum și servicii de inserție și reinserție socială.
 - Internarea în Spitalul Social Sf.Nectarie se face la recomandarea unităților sanitare sau la solicitarea persoanelor fizice sau juridice, pe baza unei grile de evaluare medico-sociale a persoanei.
 - Beneficiarii serviciilor acordate în Spitalul Social Sf.Nectarie sunt persoane cu afecțiuni care necesită permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care din cauza unor motive de natură economică, fizică, psihică sau social nu au posibilitatea să-și asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competență pentru integrare socială.
 - Internarea în Spitalul Social Sf.Nectarie este recomandată de către persoane, institutii și este condiționată de evaluarea medico-socială prealabilă, efectuată în conformitate cu grila de evaluare medico-socială, aprobată prin reglementările comune legale.
- Internarea se efectuează în conformitate cu reglementările legale în vigoare privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu avizul conducerii acestor unități, în limita locurilor disponibile și a resurselor financiare.
- Spitalul Social Sf.Nectarie asigură servicii medicale, servicii de îngrijire și servicii sociale.
 - Asigurarea continuității asistenței medicale se asigură prin chemări de la domiciliu în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.
 - Serviciile medicale și de îngrijire asigurate în Spitalul Social Sf.Nectarie sunt prevăzute în documentația de fundamentare și în conformitate cu documentația legală instituțiilor medicale.
 - Serviciile sociale de care pot beneficia persoanele internate sunt:
 - asigurarea unui nivel maxim posibil de autonomie și siguranță;
 - asigurarea unor condiții de îngrijire, care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea;
 - asigurarea menținerii capacităților fizice și intelectuale;
 - asigurarea consilierii și informării atât a asistaților, cât și a familiilor acestora privind problematica socială (probleme familiale, psihologice și altele asemenea);
 - intervenții pentru prevenirea și combaterea instituționalizării prelungite;
 - stimularea participării la viața socială;
 - facilitarea și încurajarea legăturilor interumane, inclusiv cu familiile proprii;
 - organizarea de activități psiho-sociale și culturale;
 - identificarea mediilor în care poate fi integrate persoana internată în timp îndelungat.
 - Serviciile sociale prevăzute la articolul 11 sunt asigurate de personal specializat angajat al unității sau al serviciului public local de asistență socială.
- (1) Conducerea Spitalului Social Sf.Nectarie este asigurată de către un coordonator, asimilat șefului de centru, care este numit și eliberat din funcție, după caz, prin hotărâre a Directorului General DGASPC sector 6.
 - (2) în realizarea atribuțiilor sale, coordonatorul spitalului este sprijinit de un consiliu consultativ compus din 5 membri consultanți de specialitate;
 - Coordonatorul Spitalului Social Sf.Nectarie îndeplinește următoarele atribuții:
 - a) coordonează întreaga activitate a spitalului, cu sprijinul consiliului consultativ;
 - b) stabilește răspunderile și competențele și elaborează fișa postului pentru fiecare angajat;
 - c) asigură crearea condițiilor necesare desfășurării activității unității;
 - d) stabilește măsuri pentru protejarea fondurilor gestionate și a patrimoniului și răspunde de administrarea acestuia;
 - e) colaborează permanent cu autoritățile administrației publice locale și centrale, precum și cu organizații neguvernamentale cu preocupări în domeniul asigurării îngrijirilor medico-sociale;

- f) elaborează regulamentul de organizare și funcționare a unității de asistență medico-sociale, cuprinzând prevederi privind funcționarea unității, atribuțiile, competențele și răspunderile personalului.

-În sensul prezentului proiect se înțelege următoarele:

- a) prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b) prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c) prin îngrijiri de sănătate se înțelege serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical;
- d) prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
- e) prin îngrijiri terminale se înțelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

DREPTURILE BENEFICIARILOR :

- Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.
- Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.
- Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.
- (1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.
- (2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.
- Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și pronostic.
- Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferința.
- Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștința în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
- Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.
- Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.
- Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
- Pacientul are dreptul să solicite și să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.
- Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

- Când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.
- În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar.
- În cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere.
- Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.
- Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.
- Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimțământul său, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale.
- Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

OBLIGAȚIILE BENEFICIARILOR :

- De a furniza informații corecte cu privire la identitatea, situația familială, socială, medicală și economică;
- De participare la procesul de furnizare a serviciilor sociale;
- Să contribuie, în conformitate cu legislația în vigoare, la plata serviciilor sociale furnizate, în funcție de tipul serviciului și de situația materială;
- Să comunice orice modificare intervenită în legătură cu situația lor personală;

Organizarea activității :

- Activitatea de achiziție a lucrărilor va fi realizată de departamentul achiziției din cadrul DGASPC sector 6 în conformitate cu legislația în vigoare ;
- Echipa de proiect va monitoriza în permanență realizarea lucrărilor pentru a se respecta standardele minime de calitate impuse de legislația în vigoare ;
- Dotările vor fi realizate în baza unei note de fundamentare care să cuprindă obiecte de mobilier precum și echipamentele de recuperare ;
- Pentru îndeplinirea obiectului de activitate, personalul este organizat conform organigramei, aprobate de Consiliul local al sectorului 6.
- Atribuțiile personalului se stabilesc în conformitate cu fișele postului.
- Selectarea și formarea personalului se va realiza din luna a 6 a și vor începe activitatea în luna a 11 a de proiect.

Activitățile specifice mai detaliate sunt:

- Managementul proiectului
- Selectarea și formarea personalului
- Documentația tehnică

- Lucrări de amenajare
- Cazarea bolnavilor
- Prepararea și servirea hranei
- Diagnostic și asistență medicală
- Terapie
- Activități de timp liber

Detalierea activităților specifice spitalului social

- În cadrul activității de cazare, se asigură:

- cazarea persoanelor internate în condițiile stabilite prin normele igienico-sanitare și baremurile de dotare;
- condiții de îngrijire și de păstrare a igienei pacienților;
- condiții de îngrijire și izolare a bolnavilor cronici prin organizarea de saloane speciale;
- pentru deficienții fizic nerecuperabili, spații și dispozitive care să permită mobilitatea paturilor, schimbarea poziției, apelul în caz de nevoie, servirea mesei, precum și pentru depozitarea obiectelor personale;
- izolarea în caz de carantină și boli contagioase;
- buna întreținere și folosire a mobilierului, cazarmamentului și echipamentului existent în dotare.

(3) În cadrul activității de preparare și servire a hranei se asigură:

- stabilirea meniurilor și a listei zilnice de alimente, primirea produselor de la magazie și verificarea cantitativă și calitativă a acestora;
- pregătirea și servirea la timp și în condiții corespunzătoare a meselor;
- păstrarea probelor alimentare pentru control;
- spălarea și dezinfectarea vaselor și tacâmurilor utilizate de asistați cât și curățenia încăperilor destinate blocului alimentar și sălii de mese.

(4) În cadrul activității de asistență medicală se asigură:

- îngrijirea asistaților, potrivit prescripției medicului;
- izolarea în caz de boli contagioase și internarea de urgență în spitale a celor care au recomandare în acest sens;
- îndrumarea activității blocului alimentar, aplicarea și respectarea normelor igienicosanitare și anti-epidemice în ceea ce privește alimentația;
- organizarea procesului de spălare și dezinfecție a veselei și tacâmurilor, echipamentului și cazarmamentului.

(5) În cadrul activității de terapie, se asigură:

- organizarea activității de terapie, programul și condițiile de funcționare ale acestora în raport cu posibilitățile asistaților și disponibilitatea instituțională de asistare medicală;
- întocmirea și ținerea la zi a evidențelor privind activitatea;
- utilizarea potrivit normelor legale a veniturilor realizate din activitatea de asistentă medicală;
- respectarea normelor de protecția și igienă a muncii.

Procedura de înființare

Spitalul se va înființa prin Hotărârea Consiliului Local sector 6, cu avizul prealabil privind asocierea cu Fundația AHAVA, al Consiliului General al Municipiului București conform art.81, alin.(2) litera q) din legea 215/2001 privind administrația publică locală, republicată cu modificările și completările ulterioare.

Locul și rolul în sistemul local de servicii:

- *Va funcționa în subordinea DGASPC sector 6, Direcția de Protecție Socială;*
- *Furnizează servicii de găzduire pentru persoane adulte cu diagnostic care solicită internarea ;*
- *Furnizează servicii de recuperare pentru persoane adulte ;*
- *Asigură suportul familiei persoanei;*
- *Comunică cu alte servicii din subordinea DGASPC ;*
- *Va funcționa în relație cu Spitalul Universitar de Urgență;*
- *Stabilește relații de colaborare cu instituții medico-sociale care pot contribui la reabilitarea persoanei (cabinete medicale, medic de familie, etc);*
- *Asigură o perioadă de follow-up după reabilitarea persoanei pentru consolidarea stării de sănătate;*
- *Asigură relația beneficiarului cu celelalte instituții educative, medicale, sociale, juridice din comunitate pentru rezolvarea situațiilor complementare dacă este cazul;*
- *Reorientează beneficiarul către instituții care au competențe specifice în reintegrarea socială a persoanei;*
- *Colaborează cu Consiliul Local prin DGASPC sector 6 informând periodic asupra nevoilor comunității și a nevoilor serviciului, raportează pentru monitorizare și informarea actualizată;*

Procedurile de evaluare internă - evaluarea proiectului (resurse investite în proiect, activități desfășurate, rezultate obținute, beneficii realizate);

a) indicatori fizici

- creșterea cu cel puțin 1 a numărului spitalelor sociale nou înființate pentru persoanele adulte vulnerabile, aflate în evidența direcțiilor de asistență socială și protecția copilului ca solicitanți ai servicii sociale de tip rezidențial sau fiind în evidența populației ca domiciliari al sectorului 6.

b) indicatori de eficiență

- creșterea calității vieții și a stării de sănătate pentru un număr de maxim 1000 de persoane adulte /lună, beneficiare ale serviciilor medicale;
- aplicarea standardelor specifice pentru instituțiile medicale, în condițiile legii, în cel puțin un spital nou înființat prin program.

Alți indicatori

Întâlnirile echipei medicale și manageriale

Metodă eficientă pentru planificare, elaborare de direcții de acțiune, analiză a datelor culese în diverse situații, identifică soluții folosind bine timpul și celelalte resurse (în special umane). Este și o metodă importantă când se urmărește informarea și participarea activă. Încurajează schimbul de experiență și împărtășirea succeselor și insucceselor.

Asigurarea echipei care vor monitoriza procesul de amenajare, etc până la managerul proiectului care se va asigura că vor fi îndeplinite condițiile din standardele minime de calitate pentru desfășurarea ulterioară a serviciilor din cadrul spitalului.

Din punctul de vedere al evaluării proiectului în special a eficienței activităților care se vor desfășura în cadrul proiectului se va proceda în felul următor:

Sistemul de evaluare a proiectului se compune din pre-evaluare, evaluare și post-evaluare în concordanță cu sistemul de evaluare organizațională.
--

Pre-evaluarea va stabili metodele pentru evaluarea obiectivelor și rezultatelor, vom stabili ce anume monitorizăm din resurse și activități pentru a ajunge la rezultatele și impactul dorit. Echipa de evaluare este formată din managerul de proiect, coordonatorul, și parteneri și se va alinia sistemului de evaluare din DGASPC 6. Procesul ne va ajuta să analizăm datele adunate și să emitem judecăți, decizii despre atingerea obiectivelor. Post evaluarea ne va folosi la analiza rezultatelor și măsurarea impactului pentru a identifica noi surse și resurse pentru continuarea, îmbunătățirea proiectului. Pentru evaluarea proiectului se vor folosi: chestionare de evaluare a activității, articole din mass-media, jurnalul proiectului, rapoarte de activitate ale angajaților proiectului, observațiile voluntarilor, beneficiarilor și echipelor interdisciplinare, planurile individuale de intervenție, publicații ale organizației și ale partenerilor, alte echipe competente medicale sau manageriale.

Indicatori de evaluare intervenție

- număr de beneficiari
- calitatea serviciilor oferite beneficiarilor
- tipurile de servicii medicale oferite;
- diversitatea activităților de terapie ;
- adecvarea activităților de terapie la specificul pacienților ;
- gradul de accesibilizare la serviciile de terapie;
- respectarea legislației în vigoare privind accesibilizare prin rampe de acces ;
- abordarea multidisciplinara
- nivelul informațiilor și materialelor adunate
- numărul sesiunilor de informare și instruire
- calitatea sesiunilor de instruire, informare a discuțiilor
- numărul de apariții în presă
- numărul de parteneriate create datorate proiectului
- gradul de încredere a beneficiarilor în serviciile medicale oferite
- eficiența cheltuielilor
- numărul de plângeri ale beneficiarilor
- nivelul calității vieții beneficiarilor
- gradul de auto-reprezentare al beneficiarilor
- gradul de încredere în sine a beneficiarilor
- procentul de recuperare medicală;
- gradul de implicare a beneficiarilor în planul de recuperare;
- gradul de vizibilitate a serviciilor oferite în comunitate
- gradul de implicare al autorităților în cadrul proiectului
- numărul de solicitări ale cetățenilor pentru rezolvarea problemelor lor și calitatea contribuției lor
- gradul de atingere a obiectivelor personale elaborate în cadrul planurilor medicale de recuperare;
- numărul de beneficiari ai serviciilor medicale;
- gradul de implicare a partenerilor locali în continuarea proiectului ;

Metode de evaluare

- analiza jurnalului proiectului, materialelor obținute, inclusiv ale rapoartelor de activitate ale angajaților

- observația directă/foile de observație/anamneza și dosarele medicale, etc
- analiza nevoilor identificate pe parcursul proiectului
- feed-back
- discuție/grup de discuție
- analiza listelor diverse de participanți
- chestionare de evaluare
- statistici, studii, analiza comparată
- analiza aparițiilor și publicațiilor în mass media
- planul individual de intervenție
- reacție la feedback-ul dat de parteneri, beneficiari, și alți actori
- supervizarea profesională a personalului (evaluare formativă activă)

Consultarea

Având în vedere scopul acestui proiect este nevoie de implicarea constantă a beneficiarilor și a mai multor specialiști din diferite domenii. Această metodă încurajează comunicarea răspunzând nevoilor de informare. Are impact imediat în activitatea participanților, crează un mod de comunicare și facilitează întâlniri suplimentare, încurajează cooperarea și suportul.

Evaluare pre-rezidență

Solicitanții serviciilor sociale sunt admiși în Spital, conform procedurilor prevăzute de legislația în vigoare. Astfel, evaluarea și propunerea de admitere în Spital se va face de către Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6 – personalul socio-medical al spitalului.

Specialiștii – medic, asistent medical, psiholog, asistent social – vor identifica pentru fiecare persoană evaluată care face parte din grupul țintă al proiectului, condițiile integrării în programul de recuperare medicală al spitalului, gradul afectării funcționale, potențialul restant de valorificat precum și tipurile de terapie recomandate a fi aplicate în cadrul spitalului.

Decizia de admitere a persoanei adulte în Spital precum și Programul de reabilitare în baza căruia sunt acordate serviciile de recuperare medicală sunt emise de Directorul General al DGASPC sector 6.

Evaluare post-selecție

Fiecare beneficiar este mai întâi evaluat de echipa interdisciplinară. În baza evaluării respective, fiecărui beneficiar i se întocmește un plan individual de intervenție medicală, plan care este revizuit periodic în funcție de evoluția acestuia. Planul de intervenție este întocmit și modificat cu consultarea și participarea beneficiarilor. Pentru facilitarea accesului la informații, listele cu beneficiari și tipurile de servicii de care beneficiază aceștia sunt introduse în baza de date. Acest tip de abordare multidisciplinară a beneficiarilor se înscrie în noile prevederi legale și sunt în concordanță cu metodologia de aplicare a standardelor specifice de calitate pentru servicii medicale.

Accesibilizarea persoanelor care vor beneficia de programul de terapie va fi realizată și prin asigurarea transportului acolo unde va fi necesar. Mijloacele de deplasare vor fi identificate în funcție de nevoile persoanei, aceasta va fi sprijinită în totalitate pentru a putea ajunge la Spitalul Social „Sfântul Nectarie”.

Transportul va fi asigurat de DGASPC sector 6 și partener Fundația AHAVA prin ambulanța socială pusă la dispoziția spitalului de către partener. Nevoile beneficiarilor sunt în corelație cu serviciile medicale.

<i>Factori de risc</i>	<i>Modalități de identificare, măsurare și anticipare a riscului</i>	<i>Modalități de contracarare</i>	<i>Mijloace de control</i>
Posibile întârzieri în finalizarea lucrărilor datorită posibilelor situații de cash-flow negativ	Monitorizare bugetară Alocare trimestrială Solicitare bugetară conform planului de amenajări al spitalului	Monitorizare și alocare periodică bugetară	Plăți periodice pe segmente mici Monitorizare prețuri în piață
Modificarea prețurilor în direcția creșterii lor față de devizul inițial	Monitorizare și prospectare permanentă a pieței	Monitorizare	Prospectare de piață
Dificultatea angajării de personal medical în condițiile actuale în care migrația personalului de specialitate este mare, nivelul salarial ar putea fi nemotivat.	Monitorizarea legislației și a fluxului de personal abordarea personalului de specialitate prin activități de recrutare și promovare a participării în cadrul instituției medicale.	Repartizare de personal și solicitări către legiuitori privind anumite aspecte legale față de care se pot cere derogări. Motivare salarială și prin condițiile optime de desfășurare a activității medicale.	Motivare personal Comunicare cu ministere, parteneri sociali și alte instituții importanța ca factori interesați
Lipsa personalului format specializat	Prospectare de piață, evaluare personal intern și comunicare cu instituții care specializează	Comunicare cu parteneri sociali cu expertiză și solicitare de formări profesionale	Pentru a nu fi pierdut personalul actual va trebui motivat iar pentru specializare se va realiza un program de formare pe termen lung în funcție de nevoile identificate dacă este cazul.

12. Resurse alocate pentru implementarea proiectului:

Clădirea: Str.Uverturii nr 81, clădire multifuncțională construită, care va solicita reconfigurare, amenajare, etc.

Echipamente și mijloace de transport puse la dispoziție

Echipe: 3 calculatoare, 1 imprimantă multifuncțională, 1 telefon/fax, 3 birouri (mobilier)
 Transport: 1 autoturism pentru echipa de implementare
 Sediul echipei de implementare va fi la sediul central al DGASPC 6 din str.Cernișoara 38-40 sector 6 București.

(a) Resurse umane și încadrarea salarială: numărul personalului angajat permanent și cu normă parțială, pe categorii de specialitate;

Spital Social Sfântul Nectarie – structură personal

Funcții de conducere

Nr crt	DENUMIRE FUNCTIE	Studii	Niv	Posturi	Salariu brut/pers. lei	Venituri brute 1 luna/lei	Venituri brute 7 luni/lei
1	Coordonator (șef centru)	S	IA	1	2408	2408	16856

Funcții de execuție

Nr crt	DENUMIRE FUNCTIE	Studii	Niv	Posturi	Salariu brut/pers. lei	Venituri brute 1 luna/lei	Venituri brute 7 luni/lei
1	Medic primar/specialist	S		20	2594	51880	363160
2	Psiholog/As.soc.	S		2	1570	3140	21980
3	Biolog/chimist/biochimist	S		2	1570	3140	21980
4	Asistent medical	PL		28	1490	41720	292040
5	Farmacist	S		2	1570	3140	21980
6	Inspector sp.	S		3	1853	5559	38913
7	Registrator medical	M		3	1212	3636	25452
8	Administrator	M		1	1320	1320	9240
9	Magaziner	M		1	1162	1162	8134
10	Infirmieră/Brancardier	G		16	873	13968	97776
11	M.calificat		I	12	1253	15036	105252
TOTAL				90		146109	1022763

Echipa de implementare a proiectului selectați din cadrul personalului DGASPC 6:

Manager de proiect – jumătate de normă
 Responsabil achiziții – jumătate de normă
 Contabil – jumătate de normă
 Consilier Juridic – jumătate de normă

Resursele necesare campaniilor de comunicare vor fi asigurate integral de către DGASPC 6 :
 Rezultatele campaniilor de promovare vor fi:

- o mai bună informare a comunității cu privire la serviciile spitalului;
- creșterea gradului de conștientizare a comunității cu privire la nevoile de recuperare medicală a beneficiarilor și a categoriei grup țintă ;
- scoaterea din izolare și diagnosticarea și asistarea medicală a cel puțin 1000 de adulți lunar ;
- creșterea gradului de cunoaștere al presei vis-à-vis de problematica persoanelor marginalizate
- atragerea de sponsori sau persoane/instituții care pot sprijini activitatea viitoare a spitalului

13. Sustenabilitatea proiectului

Indicați potențialele surse de finanțare pentru viitor.

- Consiliu Local sector 6 ;
- Donatori ;
- Parteneri sociali (companii, ONG-uri). Partenerii sociali vor fi implicați după începerea activității, sprijinul va fi atât de ordin financiar cât și know-how. Prin intermediul potențialilor parteneri mai ales organizații cu expertiză va fi realizat un program de formare continuă și supervizare. Parteneriatul public-privat va fi dezvoltat ulterior, din experiența DGASPC 6 de până în prezent acest parteneriat este funcțional și va asigura resursele necesare în funcție de nevoile circumstanțiale ale serviciilor stabilite și evaluate periodic de către personalul de specialitate și serviciile DGASPC 6 ;
- Venituri realizate din serviciile cu plată ale spitalului.

Prin introducerea noului serviciu medical creat în organigrama Consiliul Local prin intermediul DGASPC sector 6 își asumă susținerea integrală financiară pe perioada de minim 10 ani.

Spitalul Social Sf.Nectarie va fi susținut în totalitate din bugetul Consiliului Local sector 6. Alocarea bugetară va fi realizată anual specific pe fiecare capitol bugetar pentru a se asigura cheltuielile necesare desfășurării activității în ceea ce privește resursa umană, cheltuielile de întreținere, etc.

Pe următorii ani realizându-se estimări bugetare și alocări pentru fiecare an bugetar astfel încât să se asigure cash-flow pozitiv și să se asigure serviciile medicale necesare beneficiarilor.

14.

**BUGET SPITAL LUNILE
IUNIE DECEMBRIE 2012**

Nr. Crt	Titlu de cheltuiala	Unitate	Cost unitate	Cost total 7 luni	Taxe viramente salarii	Contributie D.G.A.S.P.C. 6	Contributie Fundatia AHAVA	Contributie D.G.A.S.P.C. 6 %	Contributie Fundatia AHAVA %
1	Cheltuieli salariale								
	Manager spital	luna	2408	16856	4638	21494		100%	
	Medic primar/specialist	luna	51880	363160	99934		463094		100%
	Psiholog/As.soc.	luna	3140	21980	6048	28028		100%	
	biolog/chimist/biochimist	luna	3140	21980	6048	28028		100%	
	Asistent medical	luna	41720	292040	80364	133001	239403	36%	64%
	farmacist	luna	3140	21980	6048	28028		100%	
	Inspector sp.	luna	5559	38913	10708	49621		100%	
	Registrator medical	luna	3636	25452	7004	32456		100%	
	Administrator	luna	1320	9240	2543	11783		100%	
	Magaziner	luna	1162	8134	2238	10372		100%	
	Infirmiera/Brancardier	luna	13968	97776	26906	124682		100%	
	M.calificat	luna	15036	105252	28963	134215		100%	
	Subtotal cheltuieli cu salariile			1022763	281444	601710	702497	46%	54%
2	Cheltuieli hrana	nr. pers./luna 48	2775	133200		133200		100%	0
3	Cheltuieli cu utilitatile			140000		140000		100%	0
4	Cost mediu/persoana pachet social *	7000	1000	7000000		7000000		100%	0
5	Obiecte de inventar			1000000		800000	200000	80%	20%
6	Cheltuieli cu dotari echipament cabinete			2860000		2610000	250000	91,25%	8,75%
7	Ambulanta sociala			87376			87376	0	100%
	Subtotal cheltuieli directe			11220576	0	10683200	537376	95,21%	4,79%
8	Cheltuieli neprevazute			534160		534160		100%	
	Total general			12777499	281444	11819070	1239873	90,50%	9,50%

*Intretinere echipament medical si materiale sanitare,medicamente, materiale consumabile, combustibili, cazarmament, birotica, incinerare materiale sanitare,etc.

**DIRECTOR GENERAL,
MARIUS LĂCĂTUȘ**

PREȘEDINTE DE ȘEDINȚĂ,

CONVENȚIE DE COLABORARE

În baza prevederilor:

- **Legii 292/2011 a asistentei sociale ;**
- **Hotărârii Consiliului Local Sector 6 nr.159/29.11.2011 privind aprobarea strategiei de dezvoltare și performanță administrativă a D.G.A.S.P.C. Sector 6, București pentru perioada 2011-2018.**

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 6 BUCUREȘTI, denumită pe scurt D.G.A.S.P.C. 6, cu sediul în București, str. Cernișoara nr. 38-40, sector 6, înființată prin Hotărârea nr. 06/20.01.2005 a Consiliului Local Sector 6, cod fiscal nr. 17300924, cont virament nr. RO39TREZ70624680220xxxxx, deschis la Trezoreria Sector 6 București, reprezentată prin domnul **Marius Lăcătuș**, în calitate de Director General

și

ASOCIAȚIA AHAVA, cu sediul social în București, Strada Ivanovici D. Mendeleev, nr. 44, et. 2, ap. 3, Sector 1, reprezentată de domnul Daniel Spring, în calitate de Președinte,

au convenit următoarele:

I.OBIECTUL CONVENȚIEI:

Cooperarea dintre D.G.A.S.P.C. Sector 6 și Asociația AHAVA în scopul finanțării și implementării în comun a Proiectului "SPITALUL SOCIAL SFÂNTUL NECTARIE".

Proiectul își propune înființarea unui spital social cu capacitate de primire, diagnostic și tratament în sistem rezidențial de 48 de locuri, asigurată de departamentele de specialitate pentru cetățenii sectorului 6 care sunt într-o situație socială de vulnerabilitate și au nevoie de intervenția medicală de specialitate.

II. DURATA CONVENȚIEI

Prezentata convenție se va derula pe o perioadă de 10 ani cu începere de la data semnării.

III. OBLIGAȚIILE Asociației AHAVA sunt următoarele :

1. Pune la dispoziția partenerului DGASPC 6 o ambulață socială necesară pentru transportul beneficiarilor;
2. Asigură cofinanțarea în vederea achiziției dotărilor necesare bunei funcționări a spitalului;
3. Asigură cofinanțarea pentru plata personalului de specialitate care desfășoară activitățile specifice din cadrul spitalului social ;
4. Asigură implicarea altor factori (autorități, firme private, cetățeni, alte O.N.G.-uri) în sprijinirea acestui spital social pentru persoanele aflate în dificultate socio-economică;
5. Participă la sensibilizarea și implicarea comunității în reducerea cauzelor care generează sărăcia, șomajul în parteneriat cu DGASPC 6;

IV. OBLIGAȚIILE D.G.A.S.P.C. 6

1. Asigură realizarea obiectivelor specifice ale proiectului, vizând obținerea unui impact favorabil asupra recuperării și integrării sociale a persoanelor marginalizate care solicită serviciile medicale;
2. Furnizează servicii de găzduire pentru persoane adulte cu diagnostic care solicită internarea în spitalul social;
3. Furnizează servicii de recuperare pentru persoane adulte internate în spitalul social ;
4. Stabilește relații de colaborare cu instituții medicale care pot contribui la reabilitarea persoanei (cabinete medicale, medic de familie, etc);
5. Asigură o perioadă de follow-up după reabilitarea persoanei pentru consolidarea stării de sănătate;
6. Sprijină acțiunile **Asociației AHAVA**. în programele pe care aceasta le are inserate în obiectul de activitate, desfășurate pe raza sectorului 6, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.
7. Participă la sensibilizarea și implicarea comunității în reducerea cauzelor care generează sărăcia, șomajul în parteneriat cu **Asociația AHAVA**;

V. FORȚA MAJORĂ

Partea care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, procedura forței majore și de a lua orice măsură care îi stă la dispoziție în vederea încetării acesteia.

Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de trei luni, orice parte are dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentei convenții, fără ca nici o parte să poată pretinde daune – interese.

Forța majoră exonerează părțile de îndeplinirea obligațiilor prevăzute în prezenta convenție.

VI. SUSPENDAREA CONVENȚIEI

Prezenta convenție se suspendă în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la cap. III și IV.

VII. ÎNCETAREA CONVENȚIEI

Prezenta convenție încetează:

- a) prin acordul de voință al părților;
- b) prin reziliere, la solicitarea motivată a uneia dintre părți;
- c) la data expirării duratei pentru care a fost încheiată, în cazul în care convenția nu a fost reziliată;
- d) dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 3 luni.

În cazul în care una dintre părți nu își respectă obligațiile asumate prin prezenta convenție, partea lezată va notifica părții în culpă să depună toate diligențele pentru executarea corespunzătoare a clauzelor contractuale.

Dacă partea în culpă nu se conformează în termen de 15 zile de la primirea notificării, partea lezată poate rezilia în mod unilateral convenția.

VIII. MODIFICAREA CONVENȚIEI

Modificarea prezentei convenții poate fi făcută prin act adițional, cu acordul ambelor părți.

Partenerul interesat va înainta celeilalte parti solicitarea de modificare a convenției cu 30 de zile înainte de data la care se intenționează ca modificarea să intre în vigoare.

Dosarul necesar realizării unui act adițional va fi pregătit de catre semnatarii prezentului protocol de colaborare. Actele adiționale vor fi supuse aprobării Consiliului Local și își produc efecte de la data aprobării prin hotărâre de consiliu a modificării propuse.

IX. LITIGII

În caz de litigiu părțile vor încerca soluționarea acestuia în mod amiabil.

În cazul în care nu reușesc soluționarea în mod amiabil a litigiului, acesta se soluționează de către instanțele judecătorești, potrivit legii.

X. DISPOZIȚII FINALE

Orice comunicare între părți, referitoare la îndeplinirea prezentei convenții, trebuie să fie transmisă în scris.

Orice document scris trebuie înregistrat atât în momentul transmiterii, cât și în momentul primirii. Prezenta convenție a fost întocmită în două exemplare în original, câte unul pentru fiecare parte.

**Direcția Generală de Asistență Socială și
Protecția Copilului
Sector 6**

MARIUS LĂCĂTUȘ
Director General

Asociația AHAVA

SPRING DANIEL
Președinte

GABRIELA SCHMUTZER

Director General Adjunct

ALINA LOREDANA SIMION

Director General Adjunct

Serviciul Juridic - Contencios

DIRECTOR GENERAL,

MARIUS LĂCĂTUȘ

PREȘEDINTE DE ȘEDINȚĂ,

Mihai Sorin Dina