

GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂRE nr. _____

din _____ 2023

Chișinău

Pentru aprobarea Regulamentului cu privire la asistența comunitară integrată

În temeiul prevederilor art. 2, art.36¹ alin.(1) și art.36² alin. (3), lit. c) ale Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr.34, art.373), cu modificările și completările ulterioare, Guvernul

HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă Regulamentul cu privire la asistența comunitară integrată (se anexează).
2. Se recomandă autorităților administrației publice locale să întreprindă măsurile de rigoare în vederea punerii în aplicare a prevederilor Regulamentului cu privire la asistența comunitară integrată.
3. Autoritățile și instituțiile responsabile vor asigura realizarea prevederilor Regulamentului cu privire la asistența comunitară integrată.
4. Finanțarea serviciilor de asistență comunitară integrată se va efectua din contul și în limita mijloacelor aprobate anual în bugetul public național, precum și din alte surse, conform legislației.
5. Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Educației și Cercetării, în termen de 3 luni de la data publicării prezentei Hotărâri în Monitorul Oficial, vor aproba cadrul normativ necesar pentru implementarea prevederilor Regulamentului cu privire la asistența comunitară integrată.

Prim - ministru

DORIN RECEAN

Contrasemnează:

Ministrul sănătății

Ala Nemerenco

Ministrul Muncii și Protecției Sociale

Alexei Buzu

Ministerul Educației și Cercetării

Anatolie Topală

Regulamentul cu privire la asistența comunitară integrată

Capitolul I.

Dispoziții generale

1. Regulamentul cu privire la asistența comunitară integrată stabilește modalitatea de organizare și dezvoltare a asistenței comunitare integrate, care presupune schimbarea paradigmei de la accentul focusat pe o boală la abordarea centrată pe oameni, ceea ce pune individul și necesitățile acestuia în mijlocul intervențiilor multiaspectuale și multidisciplinare, care să contribuie la asigurarea unei vieți sănătoase și a bunăstării populației din comunitate, inclusiv:

1) acoperirea universală cu servicii de sănătate conform necesităților persoanei;

2) asigurarea continuității serviciilor de sănătate prestate într-un mod integrat și coordonat împreună cu serviciile sociale, alte sectoare relevante, autoritățile publice locale, instituțiile și organizațiile publice și private, societatea civilă la nivel de comunitate, ca răspuns la nevoile persoanelor și familiilor vulnerabile, a drepturilor omului la sănătate și protecție socială.

2. Prezentul Regulament stabilește cadrul normativ pentru integrarea serviciilor de asistență comunitară care au ca obiectiv principal îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației, în special a grupurilor vulnerabile, cu determinarea responsabilităților care vor fi asigurate în mod integrat în cadrul comunității de către autoritățile administrației publice locale, organizațiile și instituțiile, persoane juridice și fizice abilitate să ofere programe și servicii de sănătate și asistență socială, inclusiv din alte sectoare relevante (educație, poliție, cultură, etc.) și societatea civilă din comunitate.

3. În contextul prezentului Regulament, serviciile de asistență comunitară integrată presupun un ansamblu complex de activități, servicii și programe de prevenire și reducere a riscurilor pentru sănătate și bunăstare, prestate într-un mod integrat pentru utilizatori, în baza Acordurilor de colaborare semnate între managerii instituțiilor și organizațiilor din sectoarele sus-menționate, cu scopul de a spori gradul de informare și acces al populației la servicii/programe de sănătate și asistență socială, în special pentru grupurile vulnerabile.

4. În scopul integrării serviciilor de asistență comunitară, noțiunile principale utilizate în acest Regulament au următoarele semnificații:

Factori de risc pentru sănătate – elemente nefavorabile pentru persoane, care au un efect negativ asupra sănătății umane (populației) pe parcursul vieții (la diferite perioade de viață) și contribuie sau conduc la apariția patologiei acute sau cronice, stilul de viață sau comportament (alimentație nesănătoasă și consum excesiv de sare, zahăr și grăsimi, sedentarism, stres, consum de tutun și produse conexe, consum de alcool etc.); elemente de mediu natural (poluare); mediu ocupațional (condiții de lucru nocive).

Determinanții sociali ai sănătății (DSS) - factorii non-medicali, alții decât asistența clinică, ce influențează sănătatea, cum ar fi: accesul la venituri și protecție socială, educație, șomaj și nesiguranța locului de muncă, condițiile de viață și de muncă, insecuritatea alimentară, reședința, facilități de bază și mediul, dezvoltarea timpurie a copilului, incluziunea socială și nediscriminarea, conflicte structurale, acces la servicii de sănătate cu costuri accesibile și de calitate decentă.

Bunăstare – conceptul care include toate aspectele vieții unei persoane inclusiv percepția personală, din perspectiva satisfacerii necesităților de ordin fizic, psihologic, mintal și socio-economic inclusiv:

sănătate - bunăstare fizică, mintală și socială, care nu constă doar în absența bolii sau a infirmității, capacitatea de a duce o viață productivă, din punct de vedere social și economic (OMS);

bunăstare psiho-emoțională și mintală – abilități de auto-îngrijire, comportamentale și reziliența pentru a face față provocărilor cotidiene și pentru a depăși evenimente adverse/adversități;

bunăstare socială – integrarea socială a persoanei, abilități de relaționare, menținere a conexiunilor cu mediul familial, membrii comunității, implicare în activități comunitare, culturale și de recreere;

bunăstare materială – prezența veniturilor necesare, a locuinței care să asigure condițiile de trai și să permită menținerea aspectelor vitale de îngrijire și igienă cotidiană, îmbrăcăminte/încălțăminte ce corespund schimbărilor sezoniere;

siguranță și protecție – ansamblu de activități având ca scop asigurarea accesului la prestații și servicii medicale, sociale și protecție de toate formele de abuz, neglijare și exploatare;

realizare – implicarea persoanei în câmpul muncii, învățare continuă, învățarea unor abilități sau domenii noi și în caz de necesitate recalificare profesională;

Situație de risc - este determinată de prezența sau absența anumitor condiții care influențează bunăstarea persoanei și face imposibilă capacitatea persoanei de a-și obține drepturile, de a-și asigura nevoile, de a-și apăra propriile interese, de a-și organiza proprietatea, iar viața persoanei nu este expusă riscului de vătămare.

Vulnerabilitate/dificultate – stare care afectează, temporar sau permanent, potențialul și capacitatea fizică, psihologică, intelectuală, educațională, economică, ocupațională și socială a unei persoane. Aceasta este o bază pentru definirea necesității de asistență și suport pentru a menține funcționalitatea adecvată, independența și incluziunea socială a unei persoane;

Monitorizarea bunăstării populației din comunitate - presupune activitatea sistematică de observare și evaluare a bunăstării persoanelor ce locuiesc în comunitate, realizată de toți actorii sectoriali care își desfășoară activitatea în instituțiile publice, în contact direct sau indirect cu diferite grupuri de populație din comunitate cu scopul de a identifica timpuriu riscurile și semnele de vulnerabilitate și de a asigura suportul necesar, intervenția și/sau referirea către alți profesioniști și specialiști relevanți;

Promovarea sănătății – procesul de abilitare a oamenilor pentru sporirea controlului asupra sănătății și a determinantilor stării de sănătate care acoperă o gamă largă de intervenții sociale, economice și de mediu, concepute să aducă beneficii și să protejeze sănătatea și calitatea vieții la nivel individual și comunitar. Elementele cheie ale promovării sănătății sunt buna guvernare pentru sănătate, alfabetizarea/cunoștințele în domeniul sănătății și orașele/comunitățile sănătoase. Acesta este procesul de difuzare a informației, de instruire și educare în scopul formării unor cunoștințe și deprinderi individuale sănătoase, de consultare și implicare a publicului, de creare a parteneriatelor care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și controla și îmbunătăți sănătatea din punct de vedere fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în domeniul sănătății;

Buna guvernare pentru sănătate/ sănătate în toate politicile - factorii de decizie din toate sectoarele includ sănătatea ca o linie centrală în politici, iau în considerare implicațiile tuturor deciziilor lor asupra sănătății și prioritizează politicile care previn îmbolnăvirea persoanelor și le protejează contra traumatismelor;

Alfabetizare în sănătate – reprezintă cunoștințele și competențele personale acumulate în rezultatul activităților zilnice, interacțiunilor sociale trecute prin generații. Cunoștințele și competențele personale sunt mediate de disponibilitatea structurilor organizatorice și a resurselor, care permit

oamenilor să acceseze, să înțeleagă, să evalueze și să utilizeze informații și servicii care promovează și mențin sănătatea și bunăstarea proprie și a celor din jur;

Orașe/comunități sănătoase - leadership puternic care creează și îmbunătățește în permanență acele medii fizice și sociale și extinde resursele comunitare care permit oamenilor să se sprijine reciproc în îndeplinirea tuturor funcțiilor vieții și în dezvoltarea potențialului lor maxim.

Programe de promovare a sănătății – un set de acțiuni și proceduri organizate prin activități informative, educative sau de suport reciproc în scopul de a preveni sau modifica comportamente cu risc pentru sănătate sau pentru a susține și încuraja persoana să facă față evoluției bolilor cronice, să se adapteze la noile necesități și să-și schimbe comportamentele;

Programe de asistență comunitară - activități și servicii de asistență socială primară organizate în comunitate care au ca scop prevenirea sau reducerea factorilor de risc și a excluziunii sociale și care ar putea contribui la sporirea nivelului de conștientizare privind diferiți factori de risc, modificarea comportamentelor de risc, oferirea anumitor oportunități de comunicare și sprijin reciproc în depășirea vulnerabilității, accesul serviciilor existente în comunitate sau regiune.

Mobilizarea comunității - un proces de consolidare a capacităților prin care indivizii, grupurile sau organizațiile comunitare planifică, desfășoară și evaluează activități în mod participativ și susținut, pentru a-și îmbunătăți sănătatea și acoperi alte nevoi, fie din proprie inițiativă, fie susținuți de alții. Obiectivul principal al acestui proces este identificarea resurselor disponibile în comunitate pentru rezolvarea problemelor comunitare.

Abordare de co-dezvoltare/co-producție - reprezintă prestarea serviciilor (publice) și suportul oferit într-o relaționare egală și reciprocă, pe termen lung, între serviciile publice de sănătate, asistența socială, profesioniștii relevanți și persoanele care utilizează serviciile, familiile acestora și comunitățile cărora le aparțin, care împărtășesc informații, iau decizii și prestează servicii. Atât profesioniștii, cât și utilizatorii de servicii aduc contribuții creative și perspective diferite în formularea și soluționarea unei provocări/probleme legate de sănătate, aduc propria expertiză și respectiv „experiențe trăite”, nevoile, dorințele și cerințele lor. Accentul pe abordarea necesităților persoanei și nu pe necesitățile instituțiilor, permite persoanelor să aducă o contribuție creativă.

Asistența centrată pe persoană - presupune plasarea oamenilor și comunităților, nu bolilor sau riscurilor, în centrul sistemelor de sănătate și a celor sociale, cu abilitarea persoanelor pentru ca acestea să își asume răspundere pentru propria îngrijire, și să nu fie doar destinatari pasivi ai serviciilor. Persoanele, familiile, comunitățile și societatea civilă, sunt implicați în dezvoltarea, prestarea și monitorizarea asistenței medicale și de sănătate la toate nivelurile sistemului, cu un parteneriat egal între factorii de decizie, profesioniști și persoane pentru a proiecta în comun sisteme și servicii conform necesităților lor.

Asistența integrată - serviciile integrate de sănătate, centrate pe persoană, plasează necesitățile complexe ale persoanelor și comunităților, nu doar a bolilor, în centrul sistemelor medicale și de sănătate și abilitază persoanele să abordeze multidisciplinar problemele de sănătate, cu implicarea mai multor actori.

Activitate multidisciplinară/ multi-profesională - elementul central în integrarea asistenței care are ca scop să asigure coordonarea, direcționarea mai bună a serviciilor și îmbunătățirea calității acestora datorită centrării pe necesitățile persoanelor, dar și o gestionare mai bună a factorilor de risc și a vulnerabilităților.

Management de caz (MC) – o abordare/metodă de lucru colaborativă, dinamică și sistematică pentru coordonarea acordării de asistență unei persoane cu necesități complexe care să includă ca elemente de bază evaluarea multidisciplinară/realizată în comun, planificarea, implementarea, evaluarea rezultatelor, cu implicarea persoanei în toate etapele. În sistemul de sănătate MC se referă mai ales la coordonarea forței de muncă din domeniul sănătății în prestarea asistenței medicale, inclusă în atribuțiile asistentului medical comunitar. În sistemul social MC se referă la

coordonarea profesioniștilor multidisciplinari în acordarea de suport și asistență persoanelor sau familiei vulnerabile, în toate aspectele vieții, inclusiv cele legate de sănătate, aspecte ce sunt de obicei sub responsabilitatea asistentului social comunitar.

Asistent medical comunitar - specialistul calificat în domeniu, cu studii medicale medii (post secundare, post secundare non terțiare) și/sau studii medicale superioare, care *deține* competențe profesionale pentru realizarea activităților orientate spre comunitate: în plan preventiv și de coordonare, organizare și prestare a îngrijirilor medicale individualizate, familiei și comunității, îngrijirilor paliative și de reabilitare.

Asistență pe termen lung – oferă persoanelor în vârstă, care se confruntă cu o scădere semnificativă a capacității și funcționalității, posibilitatea să primească asistență integrată și centrată pe persoană, cu prestarea continuă atât a serviciilor de asistență, a serviciilor de management al sănătății cronice, a asistenței sociale cât și a altor servicii (voluntari) consistente cu drepturile lor fundamentale, cu libertățile fundamentale și cu demnitatea umană. De asemenea, definite ca servicii de suport a persoanelor cu dizabilități fizice sau mintale de lungă durată în activitățile lor cotidiene (ADL), care includ asistență (la alimentare, igienizare, îmbrăcat, urcare și coborâre din pat sau folosirea toaletei), servicii de asistență medicală de bază (îngrijirea rănilor, escarelor sau a durerii), servicii de reabilitare sau asistență paliativă, asistență socială (susținerea funcționării sociale a unei persoane).

Continuitatea sau continuumul asistenței - este un sistem care oferă o gamă comprehensivă de servicii de sănătate, astfel încât asistența să poată evolua în timp, odată cu pacientul, fiind un element cheie pentru o îngrijire de înaltă calitate, eficientă și centrată pe persoană, care asigură că asistența este primită la momentul potrivit, la locul potrivit și de către persoanele potrivite. Gestionarea transferurilor de asistență, asigurarea fluxului de informații și comunicare în timp util și definirea unei căi optime de îngrijire între sectoare și sisteme – toate aceste elemente fac parte din aceasta.

Abordarea pe tot parcursul vieții – presupune asistența la toate etapele vieții, deoarece necesitățile persoanei nu sunt văzute ca evenimente episodice, izolate și neînrudite, pe termen scurt, ci se înțelege că nevoile persoanei vor progresa și se vor schimba de-a lungul vieții. Deoarece evenimentele adverse din copilărie pot avea un impact sever asupra rezultatelor de mai târziu în viață, este important ca asistența să fie oferită pe tot parcursul vieții, în diferitele etape ale acesteia (înainte de sarcină, în sarcină, perioada neonatală, copilărie, adolescență, etapa post-reproductivă, vârsta înaintată etc.) într-o manieră continuă și fără întreruperi.

Capitolul II.

Principiile integrării serviciilor de asistență comunitară

5. În procesul de integrare a serviciilor de asistență comunitară se va asigura respectarea următoarelor principii:

1) asigurarea *accesului echitabil la serviciile* de asistență comunitară integrată pentru populație, în special pentru persoanele vulnerabile care au bunăstarea generală afectată, inclusiv cu probleme de sănătate, boli cronice, stare psiho-emoțională și mintală, situația socio-economică, etc.;

2) principiul *asistenței centrate pe persoană* care prevede adaptarea intervenției la necesitățile individuale și circumstanțele utilizatorului de servicii, în baza evaluării sistematice a necesităților, în colaborare cu persoana, pentru a asigura principiul „nici o decizie pentru noi fără noi”;

3) principiul de *oportunități egale*, care prevede asigurarea dreptului la servicii de sănătate și sociale pentru toate persoanele vulnerabile/familiile defavorizate în condiții de tratament egal și fără discriminare, recunoscând independența și autonomia personală, cu respect pentru demnitatea umană;

4) principiul de *celeritate*, care prevede promptitudine și flexibilitate în luarea deciziilor cu privire la oferirea suportului necesar, asistenței integrate sau referirea către servicii specializate în corespundere cu necesitățile persoanei;

5) principiul *abordării integrate*, conform căruia specialiștii din diferite domenii abordează în comun și comprehensiv bunăstarea persoanei și necesitățile particulare prin evaluare, planificare și intervenție, sau după caz, prin referirea persoanei către serviciile relevante, în corespundere cu necesitățile și preferințele acesteia;

6) principiul *precauției*, prin care autoritățile competente, prestatorii de servicii decid și intervin pentru a anticipa necesități și pentru a preveni apariția lor, în situații în care se constată că există un risc potențial pentru sănătatea și bunăstarea populației.

Capitolul III.

Scopul, obiectivele integrării serviciilor de asistență comunitară

6. **Scopul** integrării serviciilor de asistență comunitară este de a contribui la reducerea determinantilor sociali ai sănătății colective, de a preveni situațiile de risc, de a menține și îmbunătăți sănătatea și bunăstarea populației, în special a grupurilor vulnerabile din motiv de vârstă, stare a sănătății, dependență, stare psiho-emoțională și situație socio-economică etc.

7. **Obiectivele** integrării serviciilor de asistență comunitară sunt următoarele:

1) asigurarea prestării serviciilor/asistenței centrate pe persoană într-un mod integrat și coordonat pentru persoanele cu nevoi complexe, care necesită servicii multidisciplinare;

2) monitorizarea sănătății și bunăstării populației din comunitate, asigurată prin evaluarea nevoilor comunității;

3) facilitarea și susținerea accesului persoanelor la servicii de sănătate, asistență socială și suport, realizată în comun cu actorii locali, în special în cazul persoanelor vulnerabile;

8. Pentru a asigura realizarea scopului și obiectivelor serviciilor asistență comunitară integrată, prestatorii serviciilor de sănătate, serviciilor sociale, educaționale, de ordine publică, ONG prestatoare de îngrijiri la domiciliu și paliative și altor servicii existente la nivelul comunității vor activa într-un sistem funcțional coordonat, în conformitate cu mecanismele de referire și procedurile de cooperare existente, agreeate de comun acord și prevederile prezentului Regulament evitând dublarea, sau suprapunerea în prestarea acestora.

Capitolul IV.

Beneficiarii serviciilor de asistență comunitară integrată

9. **Beneficiarii serviciilor de asistență comunitară integrată** sunt populația generală/membrii comunității (o arie geografică definită – municipiu, oraș, localitate rurală), persoane cu bunăstarea afectată care prezintă semne de vulnerabilitate din punct de vedere al vârstei, stării de sănătate, dependență, stării psiho-emoționale și situației socio-economice și persoane cu necesități complexe, familia sau îngrijitorii acestora.

10. În contextul prezentului document, beneficiarii serviciilor de asistență comunitară integrată, acoperiți pe parcursul întregii vieți de la naștere până la sfârșitul vieții, sunt clasificați în 3 grupe principale în funcție de nevoile lor, cu un grad de integrare care se intensifică în funcție de complexitatea nevoilor (*Anexa nr.1. Gradul de integrare în baza complexității nevoilor*), începând cu măsurile preventive și terminând cu procesul de management al cazului, după cum urmează:

1) populația generală, membrii comunității care vor fi acoperiți cu măsuri de prevenire, activități de promovare a sănătății și auto-gestionare (nivelul 1);

a) copiii și adolescenții (0-18 ani), tinerii (14-35 ani);

- b) femeile de vârstă reproductivă (15-49 ani);
 - c) femeile însărcinate;
 - d) persoanele de vârstă a treia;
- 2) persoanele care sunt deja expuse unor factori de risc pentru sănătate și care au bunăstarea afectată, care urmează un tratament și asistență repetată (nivelul 2):
- a) persoanele cu boli cronice, inclusiv de sănătate mintală;
 - b) persoanele cu boli transmisibile (hepatite, HIV/SIDA, TBC);
 - c) persoanele consumatoare de alcool, droguri și alte substanțe etc.;
 - d) persoanele cu nivel economic sub pragul sărăciei și fără venituri, inclusiv temporar (șomerii);
- 3) persoane cu nevoi complexe de ordin fizic, psihologic, social și psihic, cu un nivel ridicat de dependență de o altă persoană/îngrijitor și persoane care au nevoie de sprijin și îngrijire din partea diferiților prestatori de servicii care ar trebui să acționeze conform unui plan, integrat și coordonat, de asistență (nivelul 3):
- a) persoane cu nevoi complexe de ordin fizic, social și psihic, cu nivel înalt de dependență, cu comorbidități, cu necesități speciale, izolare socială, etc.;
 - b) persoanele expuse violenței, abuzului, exploataării, traficului;
 - c) persoanele cu boli aflate în faze terminale, care necesită îngrijiri paliative;
 - 4) familiile/îngrijitorii formali și informal ai persoanelor indicate mai sus la punctul 1), 2) și 3);

11. Beneficiarii serviciilor de asistență comunitară integrată sunt identificați pro activ și sistematic, prin următoarele acțiuni:

- 1) observarea și evaluarea bunăstării și sănătății populației;
- 2) adresarea directă a persoanei care necesită suport, a rudelor, a membrilor de familie, a îngrijitorilor formali și informal sau din partea membrilor comunității;
- 3) referirea din partea diferitor profesioniști, reprezentanților sectoriali din echipa medicului de familie inclusiv asistența medicală și asistența medicală comunitară, din partea instituțiilor educaționale, serviciilor de asistență socială, ordine publică, autorități publice locale, societatea civilă și altele.

Capitolul V.

Organizarea serviciilor de asistență comunitară integrată

12. În sensul prezentului act normativ, integrarea serviciilor de asistență comunitară se referă la **cooperarea intersectorială pe orizontală** la nivel comunitar pentru identificarea în comun, evaluarea inițială, planificarea, prestarea serviciilor, evaluarea și referirea efectuată de către profesioniștii existenți în comunitate, inclusiv instituțiile și organizațiile din sectorul de sănătate, social, educațional, ordine publică, autoritate publică locală, societate civilă și ONG prestatoare de servicii și alte sectoare relevante, etc. reieșind din necesitățile persoanei.

13. **Integrarea funcțională a programelor și serviciilor** de asistență comunitară se referă la câteva nivele după cum urmează:

- 1) *Integrare la nivel de obiective strategice* pentru asigurarea bunăstării și sănătății populației;

2) *Integrare la nivel de organizații/ instituții* pentru prestarea programelor, serviciilor și îngrijirilor într-un mod coordonat și complementar în baza nevoilor medicale, sociale și de îngrijire ale membrilor comunității;

3) *Integrare la nivel de proceduri, metode și tehnici de lucru comune* pentru a uniformiza și eficientiza intervențiile centrate pe necesitățile particulare ale persoanei/utilizatorului de servicii;

14. **Integrarea la nivel strategic** se referă la stabilirea și implementarea în comun a politicilor și obiectivelor sectoriale de sănătate și protecție socială, pe termen mediu și pe termen lung, în comun cu autoritățile administrației publice de nivel II și I pentru promovarea sănătății, prevenirea și reducerea riscurilor (boli cronice, mortalității infantile și materne, sărăciei, excluderii sociale), dezvoltarea și implementarea programelor de prevenire, schimbare de comportament și prestare a serviciilor necesare populației raionului cu includerea acestora în Planurile de dezvoltare locală și în Planurile sectoriale.

15. Coordonarea cu scopul integrării strategice a priorităților în asigurarea sănătății și bunăstării populației la nivel de raion și în unitatea teritorială autonomă Găgăuzia ține de competența Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică cu implicarea decidenților cheie și a reprezentanților din următoarele structuri și organizații:

1) Centrele de sănătate publică și specialiștii în sănătate publică la nivel de raion care monitorizează și evaluează starea de sănătate a populației și siguranța ocupațională;

2) Centrul de sănătate raional/Centrul medicilor de familie/Asociația medicală teritorială/ Secția consultativă a spitalului raional/ Spitalul municipal care coordonează prestarea tuturor serviciilor de asistență medicală consultativă și de diagnostic, acordate populației;

3) Organul local de specialitate în domeniul învățământului care organizează funcționarea nivelelor de educație, inclusiv educație preșcolară, învățământ primar, secundar, liceal, de educație specială, extrașcolară și la nivel de instituții cultural-artistice din raion;

4) Structura teritorială de asistență socială care organizează, gestionează și coordonează acordarea prestațiilor și serviciilor sociale persoanelor vulnerabile și familiilor lor;

5) Inspectoratul de poliție care sprijină autoritățile publice locale și instituțiile relevante în domeniul protecției juridice și a drepturilor omului, prevenirea insecurității publice care poate afecta viața și sănătatea, se implică în comisii aferente acestor domenii, inclusiv în domeniul protecției împotriva violenței (domestice) și abuzului, consumului de alcool și substanțe;

6) Organizațiile non-guvernamentale care promovează și pledează pentru drepturile pacienților, anumitor grupuri de persoane, inclusiv vulnerabile și sunt implicate în prestarea serviciilor de asistență medicală și socială;

7) Societatea civilă, membrii comunității care au o experiență relevantă specifică, pacienți și alți utilizatori de servicii care vor contribui la dezvoltarea și prestarea serviciilor și programelor, monitorizarea și evaluarea rezultatelor;

16. La nivel raional și comunitar între sectoare, prestatorii publici și privați se semnează Acorduri de colaborare privind integrarea funcțională a serviciilor de asistență comunitară prin care se stabilește modul de organizare și prestare în comun a programelor de prevenire, serviciilor și îngrijirilor medicale și sociale și contribuția acestora, fiind asigurată complementaritatea intervențiilor și continuitatea monitorizării sănătății și bunăstării populației.

17. Managerii structurilor și instituțiilor semnează Acordurile de colaborare urmează să informeze personalul instituțiilor privind angajamentele respective, să includă în fișa postului atribuțiile de colaborare multidisciplinară și intersectorială și să asigure integrarea la nivel de prestare a serviciilor de asistență comunitară.

18. Despre modalitatea de colaborare dintre instituții și organizații la nivel comunitar și prestarea serviciilor într-o manieră integrată vor fi informați membrii comunității într-o manieră și limbaj accesibile, cu contacte și detalii necesare privind modul de accesare a serviciilor.

19. Managerii instituțiilor și organizațiilor, reprezentanții ONG-urilor și societății civile vor contribui la evaluarea și analiza în comun a problemelor locale, la identificarea soluțiilor și formularea recomandărilor pentru planificarea și bugetarea acțiunilor necesare în Planul Raional de Dezvoltare, discutate prealabil în cadrul ședințelor Consiliului Teritorial de Sănătate Publică și prezentate ulterior Consiliului Raional spre aprobare.

20. **Integrarea la nivel de organizații/ instituții comunitare** asigură conexiunea actorilor relevanți, asigurând principiul de acțiune multidisciplinară și intersectorială și contribuția sectoarelor în intervenții cu resurse umane, materiale și financiare (*Anexa nr.2 Organizarea asistenței comunitare integrate*) pentru următoarele componente:

1) programe de prevenire, activități de informare și educare a populației grupurilor sau persoanelor din comunitate privind modul sănătos de viață, factorii de risc pentru sănătate, schimbare de comportament, dezvoltarea abilităților de auto-gestionare a stării de sănătate, abilități de îngrijire, dezvoltarea rezilienței personale pentru depășirea vulnerabilității etc.;

2) facilitarea accesului la serviciile medicale și sociale necesare și lucrul comun al echipei multidisciplinare și intersectoriale de identificare timpurie a riscurilor, evaluare a nevoilor, planificare a intervențiilor, organizare a procesului de asistare sau îngrijire a persoanelor cu nevoi multiple, inclusiv la domiciliu și în comunitate, monitorizarea situației persoanelor asistate etc.;

3) menținerea sănătății și modului activ de viață, reabilitarea și recuperarea funcționalității pentru a păstra autonomia, viață independentă și participarea socială a persoanelor cu necesități multiple;

4) planificarea, organizarea și monitorizarea realizării îngrijirilor medicale și sociale pentru persoanele cu grad înalt de dependență și îngrijitorii sau familiile acestora (facilități de îngrijire, alimentare, igienizare, spălătorii etc.);

21. Rolul de coordonare a acțiunilor intersectoriale și asigurare a integrării în comunitate este alocat *autorității administrației publice locale de nivelul I*, semnatare a Acordurilor de colaborare care facilitează analiza problemelor ce țin de sănătatea și bunăstarea populației din comunitate, identificarea și planificarea acțiunilor necesare, inclusiv a schimbărilor sistemice în funcționarea și organizarea prestării serviciilor în cadrul sau pe lângă una, sau mai multe instituții publice sau private din comunitate și/sau în cadrul unei unități de asistență comunitară integrată, entitate fără persoană juridică, creată pentru a complementa îngrijirile medicale și sociale, inclusiv la domiciliu, cu facilități de alimentare, transportare, igienizare, spălătorii etc.

22. Echipa multidisciplinară comunitară facilitează accesul populației din comunitate la asistența medicală și socială, iar membrii acesteia vor alocă timpul și efortul necesar, stabilit de actele normative, pentru planificarea și organizarea intervențiilor comune, coordonarea și evaluarea cazurilor, implicarea specialiștilor și practicienilor relevanți, asigurând la toate etapele participarea utilizatorului de servicii și a îngrijitorului formal sau informal.

23. **Integrarea la nivel de proceduri, metode și tehnici comune de lucru** include utilizarea definițiilor și abordărilor comune pentru asigurarea sănătății și bunăstării persoanei, identificarea factorilor de risc și vulnerabilității, înțelegerea necesităților, organizarea intervențiilor și îngrijirilor necesare, inclusiv de lungă durată, monitorizarea evoluției și a rezultatelor.

24. În prestarea asistenței comunitare integrate toate sectoarele urmează să aplice procedurile reglementate de mecanismele de cooperare intersectorială pentru grupurile vulnerabile din punct de vedere al sănătății, educației și vulnerabilității sociale conform cadrului legal și normativ existent (prevenirea mortalității infantile, prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, protecția copilului de violență, neglijență, exploatare și trafic, protecția victimelor traficului de ființe umane, violența domestică, sănătate mintală etc.) și procedurile

reglementate și standardizate de intervenție din domeniul asistenței medicale primare și asistenței sociale.

25. În cadrul asistenței comunitare integrate sectoarele aplică următoarele instrumente:

1) Definiția bunăstării pentru identificarea îngrijorărilor în cazul copiilor (Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, nr. 143/2018) și definiția bunăstării în cazul adulților și vârstnicilor formulată în prezentul Regulament (*Anexa nr. 3. Evaluarea sănătății și bunăstării persoanelor adulte și vârstnicilor*);

2) Managementul de caz pentru coordonarea și implementarea intervenției pe etape (evaluarea inițială pentru confirmarea riscului, evaluarea complexă pentru colectarea informației necesare pentru stabilirea legăturilor cauze-efect, planificarea, realizarea și monitorizarea intervenției, referire și monitorizare post-intervenție);

3) Evidența comună a cazurilor realizată, cu înregistrarea datelor în sistemul informațional asistența comunitară integrată și asigurarea schimbului de date cu sistemele informaționale din domeniul sănătății, protecției sociale și educației, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal și în conformitate cu cerințele de securitate aplicabile operării cu categoriile respective de date.

26. Toate instituțiile și serviciile publice și private de sănătate, educație, sociale, ordine publică, servicii locative, alte servicii relevante care sunt în contact direct sau indirect cu populația din comunitate, vor fi implicate în identificarea proactivă și referirea persoanelor care necesită suport și sunt expuse unor riscuri și vulnerabilități.

27. Pentru a asigura recunoașterea riscurilor, vulnerabilității și nevoilor speciale, toate instituțiile și organizațiile menționate mai sus vor utiliza terminologia comună inclusă în prezentul Regulament, cu referire la factorii de risc și asigurarea bunăstării.

28. Pentru asigurarea traseului comun și a referirii către serviciile din comunitate și, în caz de necesitate, în afara acesteia (servicii specializate la nivel de raion, servicii cu specializare înaltă/republicane), toate cele menționate mai sus vor considera principiile, obiectivele și criteriile de integrare menționate în prezentul Regulament, ținând cont de toate serviciile și resursele disponibile în comunitate.

29. Toate cazurile care necesită implicarea mai mult decât a unui sector vor fi referite echipei comunitare conform problemei de bază pentru evaluarea în comun a nevoilor și luarea deciziei cu privire la etapele următoare, inclusiv implicarea altor sectoare în evaluări specifice suplimentare, planificarea intervenției și prestarea suportului și asistenței, coordonate de către Autoritatea administrației publice locale de nivelul I, în persoana Primarului.

30. Decizia de a referi cazul pentru evaluarea în comun este luată la nivel sectorial după ce profesioniștii aplică cadrul normativ sectorial care definește semnele de risc și necesitatea intervenției.

1) Pentru **persoanele identificate cu probleme de sănătate**, fără asigurare de sănătate, care necesită programe preventive, curative, de reabilitare și servicii de sănătate, referirea se face către asistentul medical comunitar care facilitează accesul la consultația medicului de familie și oferă suport în monitorizarea situației pacienților;

2) În cazul **persoanelor care se confruntă cu probleme sociale** (sărăcie, excluziune socială, potențial abuz etc.) se anunță asistentul social comunitar, care va include persoanele respective în evaluarea și asistența în comun;

31. Unele grupuri specifice vor fi susținute în conformitate cu mecanismele existente de referire și cooperare intersectorială, după cum urmează:

1) Cazurile copiilor aflați în situație de risc vor fi sesizate autorității tutelare locale conform legislației în vigoare (Legea privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți nr.140/2013; Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, nr.270/2014; Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne, infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu, nr. 1182/2010, etc.);

2) Cazurile de violență în familie urmează a fi sesizate, conform legislației în vigoare (Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, nr.45/2007; Ordinul IGP cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie, nr.360/2018; Ordinului MSMPS cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie, nr. 903/2019, etc.);

32. Procesul de asistență a cazurilor complexe cu vulnerabilitate multiplă este realizat în baza managementului de caz cu respectarea consecutivității și etapelor de intervenție (identificarea îngrijorări și situațiilor de risc, evaluare inițială la domiciliu pentru confirmarea vulnerabilității, evaluarea complexă cu vizite la domiciliu, intervievarea membrilor familiei, comunității, planificarea intervenției individuale, prestarea asistenței), monitorizarea în dinamică a cazului cu ajustarea intervențiilor și referire către servicii specializate.

33. Intensitatea asistenței comunitare realizate integrat depinde de nivelul de risc și gravitatea cazului, fiind mai accentuată pentru persoanele cu necesități complexe, cu grad înalt de dependență și imobilizare, în faze terminale, etc. și este realizată în comun cu ceilalți actori comunitari locali, reprezentanți ai instituțiilor medicale, asistenței sociale, educației, autorității publice locale, ordine publică, ONG, societate civilă etc. în cadrul echipei multidisciplinare;

34. Pentru asigurarea conexiunii, implicării specialiștilor și referirii cazurilor la serviciile necesare, urmează să fie preluată și actualizată informația despre serviciile existente în raion și prestatorii acestora, sarcină realizată de către Biroul Comun de servicii din cadrul Consiliului Raional.

35. Schimbul de informații referitoare la caz se va realiza la momentul când problema depășește competențele unui singur sector și este necesară coordonarea activităților pentru inițierea Managementului de caz comun, fiind asigurat accesul la informația relevantă pentru intervenție (necesitatea pentru asistență, monitorizarea evoluției) și , prestarea serviciilor în comun cu alți actori) și evidența beneficiarilor de asistență comunitară integrată în baza unui registru comun (*Anexa 4 Registru beneficiarilor de asistență comunitară integrată*).

36. Membrii echipei multidisciplinare comunitare vor semna un act privind păstrarea confidențialității și nedivulgarea informației ceea ce îi împiedică să dezvăluie și să distribuie informații despre persoanele evaluate și asistate integrat.

37. Utilizatorul de servicii/beneficiarul urmează să fie informat și i se va cere permisiunea (confirmată prin semnare) privind necesitatea schimbului de informații cu alți specialiști sau instituții pentru eficientizarea procesului de evaluare a necesităților și de identificare a programelor și serviciilor necesare.

Capitolul VI.

Resursele umane implicate în prestarea serviciilor de asistență comunitară integrată

38. Asistența comunitară integrată se realizează de către membrii echipei multidisciplinare și prestatorii de servicii, existenți la nivel de comunitate, ca parte din abordarea holistică a sănătății și bunăstării populației din comunitate.

39. Echipa comunitară de bază care asigură inițierea procesului de asistență este formată din:

1) Asistentul medical comunitar, responsabil pentru prestarea activităților, programelor, serviciilor medicale și de sănătate publică la nivelul comunității pentru a spori gradul de informare a populației și a facilita accesul acestora la servicii de sănătate, sociale și îngrijiri, în special a grupurilor vulnerabile, pentru soluționarea problemelor medico-sociale și menținerea independenței beneficiarilor în propriul mediu de viață într-un mod autonom, la indicația medicului de familie, interdependent, interdisciplinar și integrat la nivel de comunitate cu serviciile sociale, autoritatea publică locală, serviciile educaționale și de ordine publică, serviciile prestate de ONG, îngrijitorii formali, neformali și voluntari conform actelor normative aprobate de Ministerul Sănătății;

2) Asistentul social comunitar, responsabil pentru identificarea persoanelor în situație de dificultate și facilitarea accesului acestora la prestații și servicii sociale, pentru implicarea altor specialiști din cadrul primăriei, școlii, serviciilor medicale, poliției, organizațiilor neguvernamentale, altor instituții relevante din comunitate în procesul de informare, evaluare a necesităților comunității, grupurilor și persoanelor aflate în dificultate, planificarea și implementarea măsurilor de intervenție socială și pentru susținerea și mobilizarea comunității în vederea prevenirii și soluționării situațiilor de dificultate conform legislației (Legea asistenței sociale nr.547/2003 și Legea cu privire la serviciile sociale nr.123/2010);

40. Coordonatorul/managerul de caz urmează să fie numit în dependență de problema primară prioritară (care prevalează) a persoanei, respectiv asistentul medical comunitar pentru o problema de sănătate, iar asistentul social comunitar pentru vulnerabilitatea socială.

41. Echipa de bază va implica în procesul de management al cazului resursele existente la nivel comunitar și raional, specialiștii și practicienii relevanți care lucrează în comunitate sau în raion, în funcție de nevoile individuale/ particulare identificate ale persoanei după cum urmează:

1) Autoritățile publice locale, în rolul lor de Autoritate tutelară în cazurile de protecție a copilului și Coordonare a echipelor multidisciplinare comunitare, pentru dezvoltarea programelor de prevenire, serviciilor și facilităților necesare populației din comunitate;

2) Medicul/Medicii de Familie și asistenții medicului de familie, în organizarea activităților de prevenire în comunitate, referirea reciprocă a cazurilor, prestarea asistenței medicale, implicarea specialiștilor din alte autorități, instituții, servicii de la nivel de raion în procesul de evaluare, intervenția nemijlocită sau în identificarea resurselor sau mijloacelor necesare pentru asistență, asigurarea accesului la serviciile de sănătate, investigații, medierea consultațiilor sau necesitatea unor intervenții specializate, conform normelor stabilite.

3) Personalul medical din instituțiile medico-sanitare ambulatorii și spitalicești în facilitarea accesului la consultații și intervenții specializate și pentru monitorizarea pacienților post-intervenție;

4) Personalul Centrelor comunitare (Centrele comunitare de sănătate mintală, Centrele de sănătate prietenoase tinerilor, Centrele de intervenție timpurie în copilărie, Centrele pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator) în evaluarea comună, intervenția și monitorizarea post intervenție și asigurarea continuității serviciilor;

5) Personalul medical din instituțiile preșcolare și de învățământ în realizarea și organizarea activităților de prevenire și profilaxie în instituții și în comunitate;

6) Coordonatorul VNET (violență, neglijență, exploatare, trafic) din sectorul educației pentru cazurile de probleme legate de reușita școlară, abandonul și absenteismul școlar, cazuri de violență, abuz, facilitarea accesului la programe de suport educațional, suport și asistență a copiilor cu CES, etc.;

7) Personalul medical din cadrul centrelor prestatoare de servicii sociale de zi și plasament temporar în prestarea integrată a serviciilor;

8) Lucrătorii sociali care prestează îngrijire socială la domiciliu persoanelor vârstnice și cu dizabilități, persoanelor lipsite de suport din partea familiilor, inclusiv consiliere și informare, integrarea socială și comunicare, suport în plata serviciilor comunale, procurarea produselor alimentare, mărfurilor și medicamentelor, intermedierea cu servicii de spălătorie, curățătorie chimică, reparație a obiectelor de uz casnic și a îmbrăcăminte, încălțăminte, asigurarea cu carburanți și încălzirea locuinței, organizarea procesului de adaptare a locuinței la nevoile persoanei, îngrijirea locuinței și a gospodăriei, prepararea hranei sau livrarea acesteia, realizarea igienei personale;

9) Asistenții personali care îngrijesc de persoane cu dizabilități, pentru asigurarea calității îngrijirii;

10) Mediatorul comunitar din localitățile populate de romi (acolo unde există) pentru a facilita accesul acestui grup ;

11) Polițistul de sector pentru intervenția în cazurile de violență domestică și abuz, dependență de alcool, droguri și substanțe, implicare în exploatare și trafic de ființe umane, etc.;

12) Consilierul pe probațiune ce oferă asistență și consiliere pentru reintegrarea în societate a persoanelor eliberate din locurile de detenție;

13) Organizații non-guvernamentale și organizații ale societății civile în generarea soluțiilor alternative la cele existente în sectoarele de sănătate și cel social.

14) Agenți economici pentru identificarea resurselor necesare pentru susținerea programelor de prevenire și intervenție integrată;

15) Organizații religioase în susținerea grupurilor vulnerabile;

16) Îngrijitori neformali ai persoanelor cu boli cronice, vârstnice, cu dizabilități, nedeplasabile, îngrijitori implicați în monitorizarea și susținerea asistenței;

17) Voluntari, membrii ai comunității în prestarea îngrijirilor la domiciliu;

42. Instituțiile și organizațiile sectoriale din comunitate pot organiza și desfășura programe de prevenire care vizează anumite grupuri specifice (adolescenți, tineri, tinere mame, persoane cu boli cronice, vârstnici, consumatori de alcool, consumatori de tutun, consumatori de droguri, persoane cu HIV/SIDA, persoane cu boli psihice etc.) independent sau în colaborare, coordonând conținuturile și asigurând continuitatea organizării acestora, cu implicarea voluntarilor și membrilor comunității.

Capitolul VII.

Monitorizarea și evaluarea

43. Monitorizarea și evaluarea rezultatelor serviciilor prestate în mod integrat este realizată intersectorial, în baza indicatorilor comuni care sunt incluși în registrele existente și sunt în concordanță cu standardele de calitate aprobate pentru serviciile de asistență medicală și serviciile de asistență socială comunitară.

44. Monitorizarea, evaluarea și coordonarea activității asistentului medical comunitar este realizată de către instituția medico-sanitară primară, ca parte componentă a asistenței medicale primare, inclusiv cu raportarea activității conform actelor normative.

45. Monitorizarea, evaluarea și coordonarea activității asistentului social comunitar este realizată de către Structura teritorială de asistență socială și protecție a familiei prin Serviciul de

asistență socială comunitară, conform cadrului normativ existent, cu includerea compartimentului și indicatorilor de prestare a serviciilor comunitare în mod integrat în raportare.

46. Pentru colectarea evidențelor despre calitatea serviciilor prestate și nivelul de satisfacție a beneficiarilor de asistență comunitară integrată, în mod sistematic, anual, urmează să fie colectate date în baza unor chestionare standardizate, iar rezultatele urmează să fie sintetizate, analizate și prezentate ca parte componentă a rapoartelor de activitate (*Anexa nr. 5 Chestionarul de evaluare a opiniei beneficiarilor asistenței integrate*).

47. La nivel raional și în unitatea teritorială autonomă Găgăuzia, activitatea serviciilor de asistență comunitară prestate într-un mod integrat este monitorizată pe platforma Consiliilor Teritoriale de Sănătate Publică ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică.

Capitolul VIII.

Finanțarea

48. Salarizarea membrilor echipei de bază și a altor membri ai echipei multidisciplinare, precum și a personalului din alte instituții și organizații implicați în prestarea serviciilor de asistență comunitară integrată este asigurată de sectoarele a căror aceștia aparțin, respectiv asistentul medical comunitar finanțat din cheltuielile de personal pentru asistenții medicali de familie din cadrul asistenței medicale primare, iar asistentul social comunitar din cheltuielile de personal finanțate de Structura teritorială de asistență socială etc.

49. Autoritățile administrației publice locale de nivelul I și II vor crea condiții necesare activității curente a echipei multidisciplinare și prestării integrate a serviciilor de asistență comunitară, cu excepția acelor condiții asigurate de la locul de muncă de bază a practicienilor.

50. Se recomandă autorităților administrației publice locale nivel I, II să identifice și să planifice surse financiare necesare pentru dezvoltarea serviciilor de alimentare și a facilităților pentru igienizare, spălătorii cu achitarea cheltuielilor de întreținere, transport pentru membrii echipei multidisciplinare și transportarea beneficiarilor către servicii, care nu sunt prevăzute în liniile bugetare sectoriale sau nu sunt acoperite prin instituții și organizații sectoriale.

51. Finanțarea serviciilor de asistență comunitară integrată se efectuează din mai multe surse financiare în funcție de profilul de specialitate a instituției partenere conform cadrului legal:

1) În limita mijloacelor prevăzute anual în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru activitățile de prevenire, monitorizare și gestionare a sănătății populației din teritoriul deservit, prestarea îngrijirilor medicale comunitare etc.;

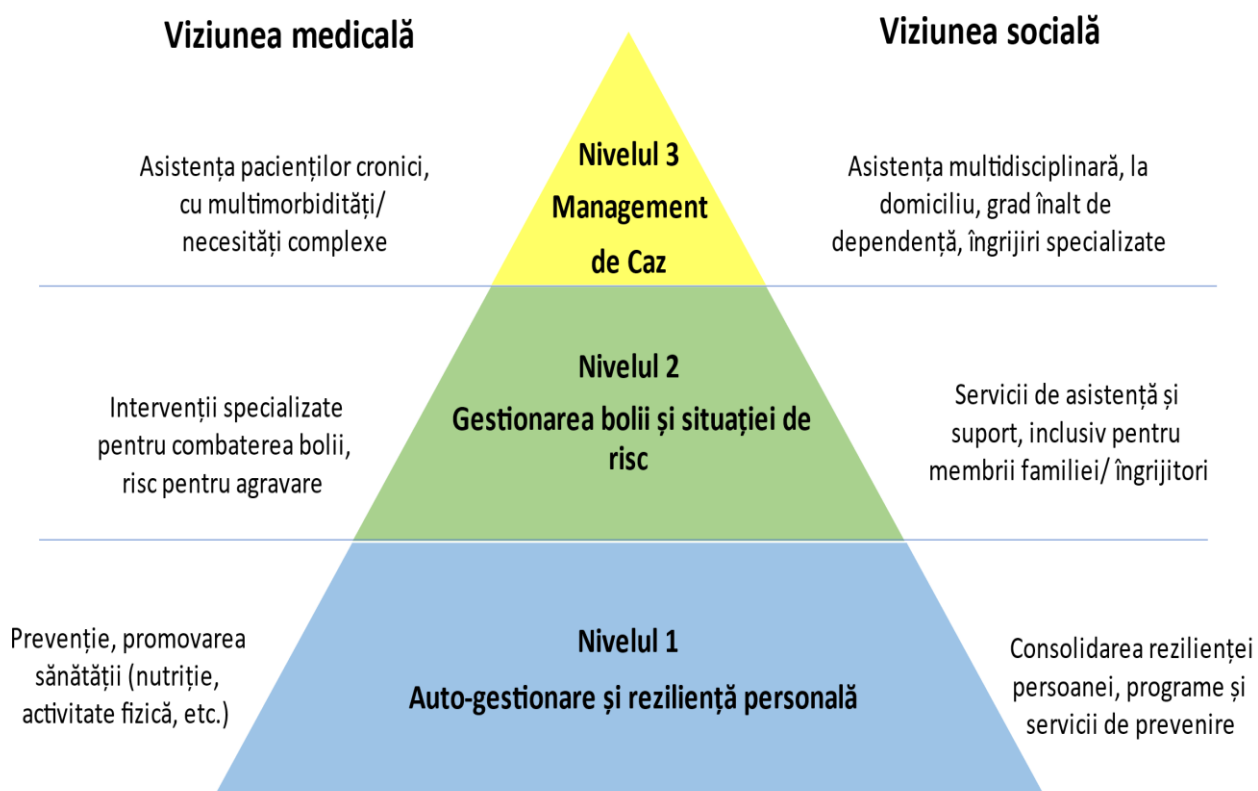
2) În limita mijloacelor prevăzute anual în bugetele autorităților publice locale pentru crearea și organizarea prestării serviciilor sociale;

3) Alte surse, care nu contravin legislației.

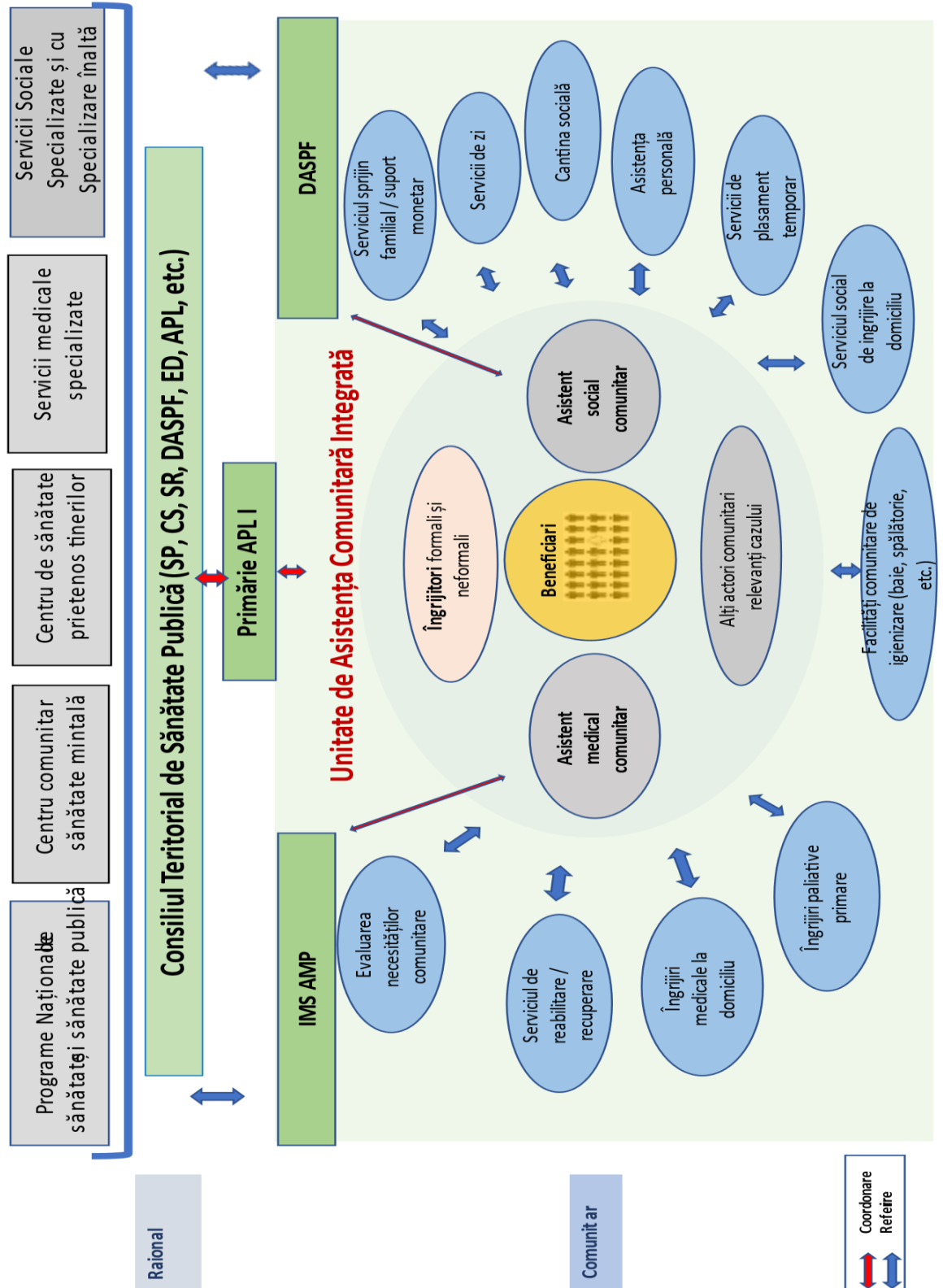
Dispoziții finale

52. Autoritățile publice locale de nivelul I și II și structurile de asistență medicală primară, educație, asistență socială, ordine publică poartă responsabilitatea pentru activitățile și serviciile prestate în mod integrat, la nivel de comunitate.

Gradul de integrare a serviciilor în baza complexității nevoilor persoanelor



**Coordonarea și
organizarea
asistenței
comunitare
integrare**



Evaluarea sănătății și bunăstării persoanelor adulte și vârstnicilor

Bunăstarea se referă la toate aspectele sau domeniile vieții unei persoane și în mare parte se referă la satisfacerea necesităților persoanei, inclusiv de ordin fizic, psihologic, mental, social și siguranța în toate mediile habituale (acasă, în contact cu instituțiile și în comunitate).

Situația de risc a unei persoane este determinată de prezența sau absența anumitor condiții care influențează bunăstarea acesteia. Persoana care nu este în stare să își asigure bunăstarea, să își obțină drepturile, să își apere propriile interese și să își organizeze proprietatea și viața este expusă riscului de a fi prejudiciată. La determinarea situației de risc a persoanei și respectiv a nivelului de suport și ajutor necesar se vor lua în considerație toate resursele interne și externe ale acesteia.

Domeniile și indicatorii de bunăstare enumerați în tabelul de mai jos servesc ca reper în determinarea necesităților unei persoane și ajută la identificarea îngrijorărilor sau semnelor de vulnerabilitate. Indicatorii urmează a fi utilizați de către asistentul medical comunitar ca reper pentru a evalua bunăstarea generală a persoanelor din comunitate și a evalua necesitățile de suport. Totodată, acești indicatori pot fi utilizați de către toți practicienii și specialiștii instituțiilor și organizațiilor prestatoare de servicii din sectorul sănătății, autorităților publice locale, serviciilor sociale pentru a identifica îngrijorările și situații de risc și pentru a interveni sau referi aceste cazuri pentru intervenția echipelor comunitare multidisciplinare. Scopul final este de a stabili o terminologie comună între structuri, de a asigura o intervenție eficientă pentru prevenirea riscurilor, dar și de a asigura referirea timpurie către serviciile necesare și prestarea asistenței la etapele cât mai timpurii posibile, pentru a evita cronicizarea.

Indicatori pentru bunăstarea persoanei adulte și vârstnicilor:

No	Domeniu	Indicatori
1.	Sănătate: - acces la servicii de asistență medicală; - monitorizare sistematică a sănătății și a problemelor de sănătate; - factori de risc (sedentarism, nutriție, stres, consum de alcool, tutun);	Persoana este: - înregistrată la medicul de familie (are cartelă medicală); - face investigații medicale și stomatologice sistematice; - duce un mod sănătos de viață (își menține greutatea, se alimentează corect cu produse calitative și nutritive, are acces la apă potabilă, exclude factorii de risc – consumul excesiv de sare, glucide/zahăr și grăsimi, sedentarismul, stresul, consumul de alcool, tutun, etc.); - susținută prin consiliere psihologică și/ sau tratament pentru renunțarea la consumul de tutun, alcool, alte substanțe (inclusiv droguri); - are acces la serviciile medicale, face investigații sistematice, primește tratamentul necesar și respectă regimul în concordanță cu problema de sănătate, boala cronică, și/ sau dizabilitatea ; - cunoaște și înțelege necesitățile ce țin de propria sănătate și boală, propriul tratament, îngrijirea și reabilitarea în boli cronice; - este informat despre auto-îngrijire, auto-monitorizare a propriei boli, la potențialul deplin;
2.	Bunăstare Psiho-emoțională și	Persoana este: - responsabilă și manifestă abilități de auto-îngrijire;

	mentală: - auto-îngrijire; - comportament; - reziliență;	- își exprimă emoțiile printr-un comportament acceptat social; - face față evenimentelor traumatice de separare, pierdere, doliu; - nu este neliniștită, îngrijorată din cauza unor temeri față de cineva sau ceva; - nu este anxioasă, deprimată, nu manifestă comportament de automutilare sau tentative de suicid; - are acces la tratamentul și serviciile necesare în cazul problemelor de sănătate mentală; - are susținere din partea membrilor familiei, rudelor, prietenilor;
3.	Bunăstare Materială: - condiții de trai;	Locuința persoanei este: - conectată la facilități și este încălzită în perioada rece a anului; - asigurată cu acces la apă potabilă și după caz conexiune la canalizare (fântână); - dotată cu necesități și condiții de primă necesitate;
4.	Rețeaua Socială: - relații sociale; - implicare în activități sociale	Persoana este: - în relații bune cu membrii familiei/ comunității; - implicată în diverse evenimente de familie, în comunitate (nu este izolată sau marginalizată); - în cazul în care are o boală cronică sau dizabilitate, persoana participă în activități de recreere, culturale sau sportive, voluntariat;
5.	Realizare: - angajare; - educație și instruire continuă;	Persoana este: - activă în câmpul muncii; - înregistrat la Agenția de Ocuparea a forței de muncă ca șomer și primește suport; - este la studii sau este implicată în diverse procese de învățare continuă; - implicarea în activități de voluntariat (are efect pozitiv asupra bunăstării);
6.	Siguranță și protecție: - abuz și neglijare; - acces la protecția socială	Persoana: - se simte în siguranță și nu este amenințată sau expusă abuzului psihologic, fizic, sexual, exploatării, traficului, etc.; - în cazul unui grad înalt de dependență nu este neglijată (psihologic, emoțional, alimentare, persoana are adăpost și îmbrăcăminte, i se asigură igiena) și are acces la servicii de asistență medicală și socială; - nu este expusă persecutării și discriminării de către membrii familiei, specialiști și reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor, de către vecini și membrii comunității; - beneficiază de protecție socială în funcție de necesități; - nu este expusă factorilor de risc de mediu;

Registrul comun al beneficiarilor asistenței comunitare integrate (generat electronic)

nr. de ordine	Nume	Prenume	Sex	Vârsta	Identificarea, adresarea, referirea și sursa (data, nume funcție)	Evaluarea inițială (ședința comună/ vizita inițială, data)	Decizia de privind inițierea Managementului de caz (data) și Coordonator de caz	Evaluarea Complexă a nevoilor realizată în comun (perioada)	Problema de sănătate și necesități (BNT, etc.)	Problema socială și necesități	Acțiuni/ asistența integrată	Referire la servicii specializate (medicale, sociale, facilități)	Cazul a fost închis	Monitorizare post-intervenție
1.														
2.														
3.														

Chestionarul de evaluare a opiniei beneficiarilor asistenței comunitare integrate

Data _____

Vă mulțumim că ați completat acest formular, prin acest gest ne ajutați să ne îmbunătățim activitatea și serviciile pe care le acordăm. Numele dvs. va rămâne anonim, iar opinia Dvs. nu va influența modul în care Dvs. sunteți deservit sau susținut.

nr.	Întrebare
1.	Cât de simplu a fost pentru Dvs. să ajungeți la asistență medicală comunitară și asistența socială de care aveți nevoie? Ușor ____; A fost necesar să depuneți efort ____; Greu/ anevoios ____;
2.	Specialiștii au fost receptivi la problema dvs. și au oferit suportul necesar? Da ____; Nu ____; Mediu ____;
3.	Cum apreciați serviciile pe care le-ați primit în localitatea dvs.? Foarte Bune ____; Bune ____; Satisfăcătoare ____; Nesatisfăcătoare ____;
4.	Serviciile pe care le-ați primit v-au ajutat? Da ____; Nu ____; Mai puțin ____;
5.	Numiți câteva din schimbările în viața dvs. care s-au produs datorită suportului primit: _____ _____ _____
6.	Persoana: Vârsta (ani): _____ Gen: bărbat ☐ femeie ☐ Fără BNT: ☐ Problema de sănătate: ☐ , Diagnosticul: _____;

Alternativ
**Chestionarul - Evaluarea de către pacienți a asistenței comunitare integrate prestate
(Chestionar standardizat PACIC)**

Implicarea pacientului					
<i>Variante de răspuns</i>	<i>1.Dezacord total</i>	<i>2.Dezacord</i>	<i>3. Neutru</i>	<i>4. Acord</i>	<i>5.Acord total</i>
1. Am fost întrebat despre ideile mele atunci când am făcut un plan de tratament					
2. Mi-au fost oferite opțiuni de tratare la care să reflect					
3. Am fost îndemnat să vorbesc despre orice problemă legată de medicamentele mele sau despre efectele acestora					
Planificarea asistenței					
4. Mi s-a oferit o listă scrisă de lucruri pe care ar trebui să le fac pentru a -mi îmbunătăți sănătatea					
5. Satisfăcut că asistența oferită a fost bine organizată					
6. Mi s-a explicat cum acțiunile mele de îngrijire a bolii mele mi-au influențat starea mea					
Stabilirea obiectivelor/personalizare					
7. Am fost întrebat să vorbesc despre obiectivele mele în îngrijirea bolii mele					
8. Am fost ajutat să-mi stabilesc obiective specifice pentru a-mi îmbunătăți alimentația sau exercițiile fizice					
9. Mi s-a oferit o copie a planului meu de tratament					
10. Am fost încurajat să fac parte dintr-un grup specific sau clasă care să mă ajute să fac față bolii mele cronice					
11. Mi s-au acordat întrebări, fie direct, fie într-un sondaj, despre obiceiurile mele de sănătate					
Rezolvarea problemelor/ contextul					
12. Sunt sigur că medicul sau asistenta mea s -a gândit la valorile mele și la tradițiile mele atunci când mi-a recomandat tratamentele					
13. Am primit ajutor pentru a face un plan de tratament pe care chiar l -aș putea face în rutina mea zilnică					
14. Am fost ajutat să-mi planific viitorul, astfel încât să pot avea grijă de boala mea chiar și în timpuri					

dificile					
15. Am fost întrebat despre cum boala mea cronică îmi afectează viața					
Consultare ulterioară/coordonare					
16. Am fost contactat după o consultație pentru a vedea cum merg lucrurile					
17. Am fost încurajat să particip la programe în comunitate care mi -ar putea ajuta					
18. Am primit referire spre un dietetician, educator în sănătate sau consultant					
19. Am relatat despre cum vizitele mele la alți medici precum consultant sau chirurg mi -au ajutat tratamentul					
20. Am fost întrebat despre cum au decurs vizitele mele la alți doctori					