

PROPUNERI PENTRU UN SISTEM UNITAR DE APLICARE A MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ MEDICALĂ

Monica MOSESCU, Alina ȘTEFĂNESCU

Abstract:

Având în vedere noile strategii promovate în sănătatea mintală, am identificat unele probleme apărute în activitatea zilnică de asistență a bolnavilor psihic asistați cu măsuri de siguranță medicale prevăzute de Codul Penal și trecând în revistă două din sistemele de psihiatrie forensică funcționale, am îndrăznit creionarea unor propuneri pentru îmbunătățirea activității profesioniștilor din spitalele pentru măsuri de siguranță.

Cuvinte cheie: măsuri de siguranță, psihiatrie forensică.

Abstract: In sight of the newest strategies in mental health we are identifying some problems encountered in daily activity referring to forensic in-patients (safety measures according Penal Code) and reviewing two of forensic systems which are working good we dare to drawing some proposals for improving the forensic psychiatrist work.

Key-words: safety measures, forensic psychiatry.

INTRODUCERE

Măsurile de siguranță medicală reprezintă sancțiuni de drept penal cu un caracter exclusiv preventiv, care se iau în scopul înlăturării unei stări de pericol și a preîntâmpinării faptelor prevăzute de legea penală. Măsurile de siguranță medicale se iau numai față de persoanele care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală, dar nu sunt determinate de existența răspunderii penale pentru fapta săvârșită, ci de existența stării de pericol relevată de acea faptă. (1)

Articolul 114 din C.P. prevede internarea bolnavului mintal ori toxicoman într-un institut medical de specialitate, printr-o hotărâre judecătorească rămasă definitivă, până la însănătoșire. Totodată, ceea ce justifică internarea este și temerea gravă că făptuitorul, dacă nu va fi internat, va săvârși și alte acte antisociale, în general, de o deosebită gravitate, deci se ajunge la concluzia că numai prin această măsură se poate înlătura starea de pericol. Această măsură de siguranță are o dublă finalitate: pe de o parte, scoaterea bolnavului psihic care prezintă pericol pentru societate din rândurile ei, împiedicându-l astfel să săvârșească noi fapte prevăzute de legea penală, pe de altă parte, înlăturarea sau atenuarea cauzei care a creat starea de pericol prin supunerea persoanei bolnave unui tratament medical corespunzător, în vederea însănătoșirii sau unei ameliorări semnificative.

Articolul 113 din C.P. prevede obligarea făptuitorului care, datorită unei boli sau intoxicații cronice prezintă pericol social pentru societate la tratament medical până la însănătoșire. Psiho-profilaxia terțiară la infractori este, în principal, asimilabilă măsurilor de siguranță prevăzute de articolul 113 C.P.

Orientarea actuală vizează și măsuri de readaptare a făptuitorului. Societatea nu trebuie să aștepte ca acele persoane – în privința cărora există probabilitatea că vor săvârși infracțiuni – să tulbure din nou ordinea de drept.

DISCUȚII

S.P.M.S. Săpoca este unul din cele patru spitale pentru măsuri de siguranță din România, un spital mixt care asigură și servicii de psihiatrie generală. Activitatea de asistență complexă medico-socio-juridică acordată persoanelor cu tulburări psihice internate pentru aplicarea măsurii de siguranță prevăzută de art. 114 C.P. a condus la confruntarea permanentă cu probleme dintre cele mai diverse.

În prima parte, vom prezenta câteva din problemele apărute în activitatea de zi cu zi într-un spital de psihiatrie, în timp ce în a doua parte, vom descrie câteva aspecte practice din două sisteme de psihiatrie forensică: Olanda și Australia care ar putea sta la baza unor propuneri de articulare a sistemului nostru de psihiatrie forensică. Menționăm că o parte din aceste propuneri au mai fost prezentate în 2007, la Congresul de Medicină Legală de la Sibiu. (2)

PROBLEME APĂRUTE LA:

A. Evaluare – expertiza medico-legală psihiatrică:

1. nu este încă o metodologie unitară de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice;
2. nu este încă folosit un model de raport de expertiză medico-legală psihiatrică care să conțină informații complexe despre: antecedente, istorie personală, faptă, context;
3. nu este clar cine finanțează internările în secțiile de psihiatrie solicitate de Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică, examenele complementare necesare stabilirii diagnosticului, activitatea psihiatrilor care participă la activitatea de expertizare. Conform Contractului încheiat cu C.A.S., respectând prevederile Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2008, aceste internări sunt plătite pe zi de spitalizare cronici, deși ele se realizează într-o secție de psihiatrie acută și, de cele mai multe ori, implică costuri reale mult mai mari, cum ar fi evaluări repetate și cu teste performante în cadrul secțiilor/compartimentelor spitalului, dar și servicii medicale furnizate de o altă unitate medicală (examen CT cerebral, consulturi interdisciplinare). Dar problema mai mare este însă raportarea: se raportează către SNSPMS cazuri de cronici pentru validare pe o secție de acută. Trimestrial, în cazul spitalului nostru, CJAS Buzău solicită trimestrial explicații privind această situație și susține că aceste internări nu ar trebui plătite deloc de C.A.S. pentru că nu intră în pachetul de servicii medicale de bază;
4. cine avizează și cum se constituie comisia medicală de avizare a măsurii de siguranță (este comisie medicală sau medico-legală?)

B. Internarea obligatorie (Art. 114 C.P.)

1. legea nu prevede explicit unde se internează pentru aplicarea măsurii provizorii de internare medicală (spitale de psihiatrie generale sau spitale pentru măsuri de siguranță);
2. specific pentru activitatea de asistență a bolnavilor cu internare obligatorie, problemele apar prin deficiența de programe terapeutice non-medicamentoase, pentru care nu există nici personal și nici reglementări legale: nu există posturi pentru terapeuți ocupaționali, psihoterapeuți. Aceste servicii nu sunt plătite adecvat de CJAS.
3. pacienții forensic sunt asimilați pacienților de psihiatrie cronici, spitalizarea fiind plătită conform contractului încheiat cu Casele Județene de Asigurări pe zi de spitalizare (100 lei pe 2008 pentru S.P.M.S. Săpoca), deși pentru bolnavii psihici asistați cu măsura medicală de siguranță, costul real al unei zile de spitalizare este mai mare (pe 2007, de ex. a fost dublu). Aceasta pentru că implică servicii suplimentare, cum ar fi: personal mai numeros decât cronicii, servicii medicale mai numeroase și mai diversificate care sunt oferite și de alte cabinete sau spitale decât SPMS Săpoca. Dacă ei sunt internați în alte spitale pentru servicii medicale de specialitate care nu pot fi amânate SPMS Săpoca este obligat să asigure asistența specifică (supraveghere permanentă, medicația de specialitate).
4. evaluarea acestor bolnavi este mai laborioasă, implicând mai mulți investigatori, teste mai performante, o periodicitate anume.
5. la momentul actual, deși persoanele asistate cu măsuri de siguranță sunt asigurate conf. art. 213, alin. 2, lit. i din legea 95/2006, nu se știe cine eliberează actul care să certifice că este

asigurat fără a plăti contribuția. Am primit un răspuns în iunie 2008 de la CASM București care ne îndrumă pe noi (spitalul pentru măsuri de siguranță) să eliberăm adeverința, CJAS Buzău susține că asemenea adeverințe sunt valabile numai dacă sunt emise de C.A.S. de unde își are pacientul domiciliu, iar pe site-ul Ministerului Sănătății au apărut recent niște precizări privind dovada calității de asigurat care recomandă Ministerul Internelor și Reformei Administrative ca emitent.

C. Externarea și reintegrarea socio-familială

Spitalele pentru măsuri de siguranță nu se limitează doar la predicția pericolozității după externare, ci se străduiește să amelioreze acomodarea socio-familiale. În spitalul nostru, nu se externează decât pacienți pentru care familia se angajează să se implice în tratamentul bolnavului psihic asistat cu măsuri de siguranță. Compartimentul de asistență socială se implică pentru pensionare, conform legii și asigură psihoeducația pacientului și familiei. Aceasta după experiența ultimilor ani, când după evaluări au rămas în SPMS Săpoca, din cauze socio-familiale, pacienți pentru care există sentință penală de înlocuire a măsurii de siguranță prevăzute de art. 114 cu cea prevăzută de art. 113. Vom prezenta câteva situații mai frecvente:

1. Deși pentru unii din ei – în special, cei diagnosticați cu retard mintal – se propusese din raportul de expertiză continuarea îngrijirilor într-o unitate medico-socială din teritoriu nu am putut convinge nici un spital de psihiatrie cronici și nici o unitate medico-socială de preluare a acestor cazuri. Motivația a fost supra-aglomerarea și lipsa obligativității. Menționăm că, după opinia noastră, inclusiv instituirea măsurii de siguranță medicală a internării obligatorii este tot o măsură de asistență socială pentru multe din cazurile de retard mental. Sunt cazuri pentru care fapta-index pentru care s-a instituit măsura de siguranță este minoră, principala problemă pentru comunitatea locală fiind vagabondajul.

2. Alte familii ar accepta să îi primească acasă pe bolnavi, dar susțin că nu au fonduri materiale să vină să îi externeze. Soluția este ca SPMS Săpoca să asigure transportul, dar avem nevoie și de sprijinul comunității locale, pentru că am avut experiența de a găsi case încuiate și persoanele cu care se stabilise legătura telefonic pentru anunțarea externării să fie de negăsit. Pentru că suntem un spital public, nu ne putem permite cheltuieli inutile. În aceste cazuri, nu s-a putut colabora cu serviciile sociale locale, iar ASP județene nu s-au implicat.

3. Există pacienți cu o evoluție favorabilă a tulburării psihice sub tratament, pentru care se propune externarea pentru reintegrarea socio-profesională, dar fie familia nu mai există, fie nu vrea să se implice deloc, fie nu are posibilități (în special, pentru vârstnici: copiii sunt plecați în străinătate sau nu îi pot primi la ei acasă, din motive de supraaglomerare sau lipsa înțelegerii familiei).

4. Unii pacienți au și pensie, și domiciliu, dar familia nu vrea să se implice absolut deloc.

Sunt familii care profită material de internarea obligatorie: însușirea pensiei, vânzarea sau închirierea unor proprietăți și atunci nu au nici un interes în externarea pacientului.

5. Anchetele sociale furnizate de serviciile de asistență locală nu furnizează date importante conform solicitării noastre pentru aprecierea riscului de violență la externare. Toate scalele moderne de apreciere a riscului au itemi la care răspunsurile trebuie furnizate din istoria medicală, familială, socială, penală, pentru obținerea cărora nu există un protocol de colaborare cu alte spitale de psihiatrie, cu medicii de familie, cu serviciile sociale locale, cu poliția de proximitate.

6. Evaluarea periodică la maxim 6 luni în comisii de EML psihiatrică prevăzută acum de CPP modificat este mai mult o încărcătură suplimentară, pentru care SML județene nu sunt pregătite la momentul actual decât un pas înainte pentru respectarea drepturilor omului și ale persoanelor cu tulburări psihice.

D. Tratament ambulatoriu (Art. 113 C.P.)

1. Prin înlocuirea măsurii de siguranță prevăzute de art. 114 C.P. cu cea prevăzută de art. 113 C.P., bolnavul psihic are doar obligația prezentării lunare la medicul specialist din ambulatoriu.

2. În spital, erau monitorizați de cel puțin 3 ori pe zi pentru administrarea tratamentului, au primit tot ce aveau nevoie (cazare, masă, tratament), fără nici un fel de efort din partea lor și ei se întorc în societate, în comunitate, unde valoarea banilor nu mai e aceeași (pentru spitalizările prelungite), soția sau prietena l-a părăsit, copiii l-au uitat, casa în care trebuie să locuiască are nevoie de reparații pentru a fi locuită. Dacă e invitat încă din prima zi de un vecin la un pahar de

băutură, ce șanse reale de respectare a tratamentului sau de reintegrare au acești bolnavi?

3. Se adaugă și frustrările obișnuite pentru toate persoanele cu tulburări psihice: stigmatizarea de către comunitate, aglomerarea de la cabinetele de psihiatrie, lipsa asigurării permanente a tratamentului pentru că farmaciile din oraș au terminat fondurile pentru boli psihice etc.

Sunt pacienți care, externați, au premeditat o altă faptă pentru a se reîntoarce în spital, deoarece condițiile din spital erau mai bune decât cele de acasă.

PREZENTAREA A DOUĂ SISTEME FUNCȚIONALE DE PSIHIATRIE FORENSICĂ

În Olanda, în primii 2 ani, nu au dreptul la nici o evaluare, în vederea ridicării măsurii TBS (echivalentul măsurii de siguranță de la noi), considerând 2 ani limita minimă de la care se poate vorbi de o evaluare corectă a riscului de violență la externare. Externarea se face treptat cu o monitorizare permanentă și cu asigurarea unor condiții sociale acceptabile, dar tot în cadrul sistemului TBS. Este nevoie de o perioadă de timp îndelungată pentru ca pacientul să iasă din TBS. Dar este adevărat că măsura TBS nu se instituie pentru fapte care ar primi mai puțin de 4 ani de pedeapsă privativă de libertate. Evaluarea pentru a intra în sistemul TBS se face într-un singur institut cu o perioadă de internare standard de 6 săptămâni indiferent de antecedente, faptă, vârstă etc. finalizată cu un raport standard de evaluare. (3, 4)

În Australia – New South Wales, odată ce o persoană devine pacient forensic, este luată în evidență de Mental Health Review Tribunal care e obligat să îl evalueze la 6 luni și să facă recomandarea de tratament: în spital sau în comunitate sau eliberarea necondiționată; poate propune spital penitenciar, spital psihiatric închis, spital psihiatric deschis, ieșiri controlate în jurul spitalului, locuințe protejate în apropierea spitalului sau mai departe, ieșiri de weekend sau ieșiri parțiale. Orice mișcare între aceste posibilități se face în baza unor rapoarte detaliate prezentate de echipa terapeutică. Tribunalul nu poate decide eliberarea decât dacă este convins că nu vor fi afectate interesele comunității. Orice hotărâre trebuie aprobată de Ministerul Sănătății și de Procurorul General.

Există o agenție care răspunde de aplicarea măsurilor de siguranță. Planul de tratament aprobat de Tribunal stă la baza aplicării măsurilor de siguranță și respectă regula ca bolnavul să beneficieze de forma de asistență medicală cea mai puțin restrictivă, dar în condiții de siguranță și eficiență, este realizat împreună cu bolnavul și trebuie individualizat pentru nevoile specifice ale fiecăruia.

Sunt utilizate ghiduri care stabilesc, cu exactitate, modalitățile de comunicare între instituțiile implicate și care precizează actele de care Tribunalul are nevoie pentru a decide: documente despre starea actuală (rapoarte de la: psihiatru, asistent medical, asistent social, psiholog, terapeut ocupațional, răspuns la tratament, planul individual de tratament, copie după dosarul de internare) și documente despre istoricul psihiatric. Persoana din echipa terapeutică care răspunde de pacientul respectiv menționează explicit că planul de tratament a fost discutat cu pacientul și poate aplica pentru diversificarea regimului de spitalizare. (5, 6)

CONCLUZII – PROPUNERI privind:

A. Evaluarea – expertiza medico-legală psihiatrică:

1. impunerea unei metodologii unice de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice și de redactare a raportului;

2. stabilirea prin lege a modalității de finanțare pentru serviciile psihiatrice furnizate pentru expertizarea medico-legală psihiatrică (bugetul de stat, contractul cu Casa de Asigurări – act adițional, contract de furnizare servicii cu instituțiile din rețeaua de medicină legală, fonduri de la cei care solicită expertizarea: Ministerul Internelor și Reformei Administrative sau Ministerul Justiției).

B. Internarea obligatorie (Art. 114 C.P.)

1. existența și funcționarea optimă a echipei terapeutice multidisciplinare (inclusiv cu manager de caz) supraspecializate în psihiatrie judiciară care să asigure reintegrarea ulterioară în comunitate a bolnavului cu schizofrenie asistat prin măsuri de siguranță prevăzute de Codul Penal. Din echipă, vor face parte psihiatrul, psihologul, eventual, psihoterapeutul, asistentul social, asis-

tentul medical, medicul de familie, instructorii specializați care să conducă activitățile de terapie ocupațională;

2. obligativitatea existenței planului terapeutic individualizat;
3. diversificarea tratamentului cu creșterea ponderii pentru consiliere, psihoterapie, psihoeucație, terapie ocupațională;
4. asigurarea unor fonduri suplimentare din surse alternative (peste Contractul cu C.A.S.), având în vedere importanța măsurilor de siguranță medicale pentru scăderea infraționalității (structurile administrative locale, Ministerul de Interne, Ministerul Justiției).

C. Schimbarea măsurii de siguranță

1. evaluarea stării de sănătate în cadrul comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică (pentru bolnavii asistați cu măsura de siguranță prevăzută de art. 114 C.P.) să se bazeze, pe lângă raportul psihiatrului și pe rapoarte ale psihologului, asistentului medical, terapeutului ocupațional, asistentului social; evaluarea să fie cuantificată prin scale certificate atât în ceea ce privește psihopatologia generală și specifică (GAF, CGI, BPRS, PANSS, YMRS, MDRS etc.), cât și potențialul agresiv (Hostility Inventory Buss-Durkee, OAS, HCR-20, PCL-R, VRAG, VRS-2, Novaco Anger Inventory etc.);

2. trecerea gradată de la măsura de siguranță prevăzută de art. 114 C.P. (internare obligatorie) la cea prevăzută de 113 C.P. (tratament obligatoriu) în cel puțin două etape:

I. Pe termen scurt, monitorizarea persoanelor asistate cu măsura de siguranță prevăzută de art. 113 C.P. să se facă mai des (la 1 sau 2 săptămâni și nu lunar) s-ar putea realiza cu implicarea comunității locale (bolnavul să se prezinte la medicul de familie sau la asistentul social de la Primărie cu dovada evaluării psihiatrice). Astfel, prevenirea abandonării tratamentului ar fi mai eficientă prin implicarea comunității, cel puțin până la funcționarea reală a centrelor comunitare de sănătate mentală. Unitățile mobile prevăzute legal în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală pot asigura, în viitor, monitorizarea. În prezent, aceste unități nu pot funcționa din cauza insuficienței personalului specializat.

II. Pe termen lung, pot funcționa forme intermediare de programe aprobate de Tribunal: ieșiri controlate din spital de durată variabilă (1 oră sau 1 zi), însoțiți de personal specializat inițial, apoi de familie, locuințe protejate, locuri de muncă protejate.

D. Tratamentul ambulatoriu (Art. 113 C.P.)

1. implicarea serviciilor sociale locale care ar putea asigura monitorizarea acestora la domiciliu într-un mediu cât mai puțin restrictiv, așa cum cere Legea persoanelor cu tulburări psihice;
2. implicarea și motivarea familiei prin lege pentru susținerea bolnavului psihic;
3. mobilizarea comunității locale să asigure locuințe protejate, fonduri pentru cheltuielile de întreținere a bolnavului asistat cu măsuri de siguranță, locuri de muncă protejate;
4. accelerarea înființării Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală;
5. diversificarea evaluării periodice pentru schimbarea măsurii de siguranță, inclusiv încetarea acesteia;
6. întărirea monitorizării de către Autoritățile de Sănătate Publică care deși au atribuții conform legii în domeniu, nu se implică efectiv în organizarea psihiatriei forensice;
7. programarea consultațiilor psihiatrice pentru a crește complianța terapeutică.

E. Aspecte generale

1. implicarea spitalelor penitenciar și a penitenciarelor în sistemul de psihiatrie forensică;
2. elaborarea unor ghiduri de protocol pentru eficientizarea colaborării psihiatrie – medicină – legală – justiție – direcții de asistență socială în cadrul sistemului de psihiatrie forensică.

Prevalența înaltă a bolnavilor psihotici în sistemul judiciar se bucură recent de foarte multă atenție, dar înțelegerea noastră asupra acestei probleme este marcată de opinii divergente. Profesioniștii din sănătatea mintală arată spre dezinstituționalizare și lipsa unui sistem coerent de servicii de sănătate mintală, iar criminologii minimizează rolul bolii psihice. În același timp, ghidurile de bună practică sunt ca și inexistente. Trebuie să ne focalizăm – se susține într-un articol din 2007 – pe variabilele de risc individuale și de sistem și să accentuăm rolul central al non-complianței la tratament, ca mediator între modificarea variabilelor de risc și recidivism. Pentru

prevenirea recidivismului printre adulții cu tulburări psihotice este necesar să existe trei elemente privind intervenția: asistența competentă, accesibilitatea la serviciile de psihiatrie și pârgurile legale. (7)

3. înființarea unui centru/agenție de coordonare a asistenței psihiatrice forensice din spitalele pentru măsuri de siguranță, centrele comunitare de sănătate mintală, spitalele penitenciar generale sau de psihiatrie, locuințe protejate etc.

Principalele atribuții ar putea fi schițate astfel:

- * monitorizarea asistenței medico-socio-juridice acordate acestora, conform deciziei Tribunalului;
- * coordonarea evaluării periodice a bolnavilor intrați în sistemul de psihiatrie forensică;
- * crearea și gestionarea unei baze de date complete privind persoanele cu tulburări psihice asistate cu diverse măsuri de siguranță medicală;

- * actualizarea legislației și a informației;
- * asigură respectarea drepturilor bolnavului psihic, dar și ale comunității conform legii;
- * asigură colaborarea cu toate instituțiile implicate;
- * coordonează educația comunitară și furnizarea de informații către societatea civilă.

4. evaluarea psihiatrică în cadrul Comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică nu are numai rolul de a răspunde la obiectivele stabilite de Instituțiile care solicită expertiza, ci este primul pas către reabilitarea psiho-socială care reprezintă, de fapt, scopul final al măsurilor de siguranță medicale. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică, pe baza evaluării tulburării psihice și a pericolozității, trebuie să orienteze persoana cu tulburări psihice, la care propune ca măsură de siguranță internarea medicală către instituții care furnizează servicii de psihiatrie legală diferențiate.

Tendențele actuale în psihiatria românească sunt de stratificare a serviciilor de îngrijiri psihiatrice, așa cum recomandă și Strategia în domeniul sănătății mintale a Ministerului Sănătății din România. La acest moment, specializarea îngrijirilor de psihiatrie este un proces în dinamică în care se investește material și uman; acum nu există decât spitale de psihiatrie generală, iar din cele patru spitale pentru măsuri de siguranță trei sunt mixte: psihiatrie generală și psihiatrie forensică. Ar trebui să existe spitale pentru măsuri de siguranță și servicii de psihiatrie legală stratificate în funcție de riscul apreciat de Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică: risc minim, mediu, maxim, așa cum există în cele mai multe din țările U.E. Astfel, prin specializarea serviciilor, se poate realiza o planificare și o eficientizare optimă a resurselor și, pe termen lung, o diminuare a fondurilor alocate pentru asistarea bolnavilor cu măsuri de siguranță medicale.

BIBLIOGRAFIE:

1. Dragomirescu, V.T., *Expertiza medico-legală psihiatrică*, în *Tratat de Medicină Legală* subredacția Beliş, V., Ed. Medicală, București, 1995, 693-798
2. Mosescu, M., Dragu, M., Ștefănescu, A., *Aplicarea măsurilor de siguranță prevăzute de codul penal (art. 113 și 114), aspecte practice*, *Rom J Leg Med* 15 (3) 2007
3. ****Considering the accused – forensic examination in a residential setting*, Amsterdam, Edited by A.W.M.Mooij, F.Koenraadt, J.M.J.Lommen-Van Alphen
4. ****TBS: placement under a hospital order, an exceptional measure*, Ministry of Justice of Holland, National Agency of Correctional Institutions, Amsterdam, 1999
5. ****Mental Health Act 1983: Elizabeth II, 1983*. Chapter 20 Reprinted July 2003, August 2005, Corporate Author: Great Britain Publisher: Her Majesty's Stationery Office
6. www.mhrt.nsw.gov.au/
7. Lamberti J. S., *Psychiatr Serv* 58:773-781, June 2007, *Understanding and Preventing Criminal Recidivism Among Adults With Psychotic Disorders*

Monica MOESCU – medic psihiatru,
Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, Buzău
Alina ȘTEFĂNESCU – medic psihiatru,
Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, Buzău