



Centrul de
Resurse
Juridice



Monitorizarea drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități din instituțiile publice





Centrul de
Resurse
Juridice



Monitorizarea drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități din instituțiile publice

Raport al proiectului de monitorizare 2005-2006

Opiniile exprimate în acest studiu aparțin autorilor și nu reflectă în mod necesar
punctul de vedere al Reprezentanței UNICEF în România.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**Monitorizarea drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități
din instituțiile publice/ UNICEF – Reprezentanța în România.-**

CRJ – Centrul de Resurse Juridice, București:

MarLink, 2007.-

ISBN-10: 973-8411-68-8;

ISBN-13: 978-973-8411-68-5

I. UNICEF – Reprezentanța în România

II. Centrul de Resurse Juridice

Lucrare tipărită în 100 de exemplare cu sprijinul Reprezentanței UNICEF în România.

Cuprins

1. INTRODUCERE	4
1.1 Contextul și metodologia elaborării raportului	4
1.2 Cadrul legal național și internațional referitor la copilul și tânărul cu dizabilități mintale	9
1.3 Cadrul instituțional în domeniul protecției copilului și tânărului cu dizabilități mintale.....	12
1.3.1 La nivel central	12
1.3.2 La nivel local	14
 2. REZULTATELE VIZITELOR DE MONITORIZARE	17
2.1 Condițiile de trai în instituțiile pentru copiii cu dizabilități ...	17
2.2 Internarea copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de psihiatrie	20
2.3 Conținutul fizic a copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de protecție specializată.	28
2.4 Metode de izolare a copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de protecție specializată	32
2.5 Accesul copiilor cu dizabilități mintale instituționalizați la servicii medicale	33
2.5.1 Servicii medicale primare și de specialitate ne-psihiatrice	33
2.5.2 Tratatamentul medical psihiatric	35
2.6 Îngrijirea, recuperarea și asistarea copilului cu dizabilități mintale	38
2.7 Lipsa unor garanții reale pentru protejarea copiilor cu dizabilități mintale împotriva violenței și abuzului în instituțiile de protecție specializată	46
2.7.1 Protecția împotriva abuzurilor	46
2.7.2 Sesizarea abuzurilor	50
2.7.3 Existența unor mecanisme de monitorizare a respectării drepturilor copiilor cu dizabilități mintale	56

3. UNDE MERGEM ACUM? TINERII CU DIZABILITĂȚI MINTALE CARE PĂRĂSESC INSTITUȚIILE DE PROTECȚIE A COPILULUI	59
3.1 Întrebare: Ce se întâmplă cu copiii care împlinesc 18 ani? Răspuns: Își fac bocceluța și li se arată ușa. Nu știm ce se întâmplă cu ei.	59
4. CONCLUZII	68
5. RECOMANDĂRI	72
5.1 Recomandări generale	72
5.2 Recomandări specifice	74
5.2.1 Măsurile care să contribuie la PREVENIREA încălcării drepturilor fundamentale ale copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale, pentru care s-a dispus măsura de protecție specială (centre de plasament, servicii rezidențiale, case de tip familial, asistență maternală, plasament familial etc.)	75
5.2.2 Măsurile care să încurajeze IDENTIFICAREA RAPIDĂ, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA situațiilor în care sunt încălcate drepturile copiilor și ale tinerilor cu dizabilități mintale din instituțiile de tip rezidențial	77
5.2.3 Măsurile care să contribuie la ASIGURAREA SIGURANȚEI ȘI PROTECȚIEI ÎMPOTRIVA ORICĂROR FORME DE ABUZ al copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale din centrele de tip rezidențial și, în special, al copiilor și tinerilor cu dizabilități severe	79

1. INTRODUCERE

1.1 *Contextul și metodologia elaborării raportului*¹

Monitorizarea constantă a exercițiului drepturilor fundamentale ale omului este general recunoscută ca fiind unul din principalele instrumente de prevenire și investigare a abuzurilor, mai ales în ceea ce privește persoanele cu dizabilități, care sunt mult mai vulnerabile și lipsite de posibilitatea de a face plângere.

De exemplu, *Instrucțiunile pentru elaborarea Rapoartelor Periodice*² referitoare la implementarea Convenției ONU cu privire la Drepturile Copilului solicită informații privind “măsurile luate pentru a asigura o evaluare eficientă a situației copiilor cu dizabilități, inclusiv dezvoltarea unui sistem de identificare și urmărire a copiilor cu dizabilități și **crearea unui mecanism corespunzător de monitorizare...**”³. În Regulile Standard ale Națiunilor Unite privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități⁴, este subliniată nevoia unor informații mai detaliate, care trebuie să fie corelate și diseminate, în legătură cu persoanele cu dizabilități, precum și nevoia unor cercetări privind “toate aspectele, inclusiv obstacolele, care afectează viața persoanelor cu dizabilități” (regula 13).

Încă din anul 2003, Centrul de Resurse Juridice (CRJ) monitorizează prin vizite ad-hoc (inopinate, neanunțate) modul în care sunt respectate drepturile persoanelor care suferă de probleme de sănătate mintală sau care au o dizabilitate intelectuală și sunt instituționalizate în spitalele de psihiatrie sau în centrele de recuperare pentru persoanele cu handicap. În cursul acestor vizite de monitorizare au fost identificate numeroase persoane cu dizabilități mintale care, sub o formă sau alta, proveneau din instituții pentru protecția copilului: fie că fuseseră transferate dintr-o asemenea instituție, fie ca fostul “cămin-spital” fusese transformat în instituție pentru adultul cu dizabilități mintale. Acești tineri se remarcă prin faptul că, în cazul lor, spre deosebire de ceilalți beneficiari provenind din familie, se puteau constata cu ușurință efectele nocive ale instituționalizării prelungite (de exemplu întârzieri semnificative în dezvoltarea fizică

¹ Prezenta lucrare nu constituie un raport de cercetare sociologică, ci un raport de monitorizare a respectării drepturilor omului, fiind astfel guvernat de principii diferite de elaborare și orientat calitativ.

² “Manualul pentru implementarea Convenției cu privire la Drepturile copilului”, UNICEF 2004, pagina 398.

³ Paragraful 92.

⁴ Anexa la Rezoluția A/RES/48/96, adoptată de către ONU în cadrul celei de-a 85-a sesiuni plenare din 20 decembrie 1993.

și psihică). Pe lângă aceștia, în unele instituții pentru adulți (spitale de psihiatrie sau centre pentru reabilitarea și recuperarea persoanelor cu handicap) au fost identificați și copii, unii cu dizabilități mintale, alții fără diagnostic în acest sens, rezidenți în unele cazuri fără forme legale și fără a fi cunoscuți de către autoritățile pentru protecția copilului.

Memorandumul organizației Amnesty International din anul 2003 făcea referire la situația copiilor întâlniți în timpul unei vizite de monitorizare într-un spital de psihiatrie din Mocrea, județul Arad:

“A.C. în vârstă de 17 ani a fost adusă la spital de poliție când avea 13 ani. A fost diagnosticată cu oligofrenie gradul II”.⁵

În același document, cercetătorul face referire la cazul unei alte tinere, în vârstă de 24 de ani, care a fost adusă la spitalul de psihiatrie din Poroschia, județul Teleorman, când avea 18 ani. Conform relatărilor cercetătorului, tânăra crescuse într-o instituție pentru copii cu dizabilități intelectuale.

În iulie 2006, într-un răspuns adresat Comisiei pentru drepturile omului din Parlamentul României de reprezentanții Autorității Naționale pentru Drepturile Copilului (ANPDC) și Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap (ANPH) a fost citat site-ul ANPH în care erau prezentate informații cu privire la cei peste 140 de copii cu dizabilități aflați la acea dată în centre rezidențiale pentru persoane adulte cu handicap.

În temeiul Legii 544/2001 privind liberul acces la informații de interes public, CRJ a adresat direcțiilor județene pentru protecția drepturilor copilului întrebări cu privire la numărul copiilor cu dizabilități mintale din centrele de plasament care urmau să împlinească vârsta de 18 ani în perioada 2004-2005, locul în care urmau să fie transferați, numărul copiilor cu dizabilități mintale și infecție HIV/SIDA și instituțiile în care aceștia urmau să fie transferați la împlinirea vârstei de 18 ani. În urma colectării datelor⁶ a rezultat că aproximativ **2.267** de copii cu dizabilități mintale din centrele de plasament urmau să fie transferați în anii 2005-2006 într-o altă instituție de protecție de tip rezidențial, din cauza limitei de vârstă. În cazul a **155** de copii cu dizabilități mintale și infecție HIV/SIDA nu s-a putut preciza forma de protecție viitoare, justificându-se că nu existau centre de protecție specializate⁷, până la acel moment.

⁵ Memorandumul Amnesty International/2003/pagina 8.

⁶ Conform răspunsurilor primite de CRJ în perioada 2004-2005 la cererile adresate.

⁷ Din documentele primite de la câteva dintre Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului reiese faptul că nu este oportună orientarea acestor tineri către centrele pentru protecția persoanei cu handicap, întrucât aceste instituții nu sunt considerate adecvate pentru această categorie de beneficiari.

Aceste date, în lumina celor constatate în instituțiile vizitate anterior, au generat interesul organizației pentru studierea practicilor de tranziție de la sistemul de protecție a copilului la cel de protecție a adultului cu dizabilitate mintală și a aspectelor care țin de respectarea și promovarea drepturilor copilului în cadrul acestui proces și care sunt esențiale pentru integrarea și recuperarea unui asemenea beneficiar. Pe măsură ce proiectul progresează, vizitele de monitorizare au adus și indicii pentru alte aspecte relevante ale copiilor aflați în instituțiile monitorizate. Din acest motiv, prezentul raport face referire nu doar la condițiile de viață, tratament și îngrijire ale acestor copii, dar și la protecția copiilor cu dizabilități mintale împotriva abuzurilor.

Constituția României garantează protecția specială a persoanelor cu dizabilități, iar guvernul se angajează să promoveze o politică a șanselor egale care permite persoanelor cu dizabilități să-și exercite drepturile fundamentale. Copiii cu dizabilități sunt protejați de legislația privind protecția copilului în vigoare. La momentul efectuării monitorizării, conform evidențelor Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC), în România existau oficial 73.983 copii cu certificat de încadrare în grad de handicap (atât fizic, cât și mintal), dintre care 6.342 în centrele publice de plasament și 6.694 „în alte situații”⁸. Statisticile Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap (ANPH) evidențiau un număr de 14.700 de copii cu dizabilități mintale și 10.257 cu afecțiuni neuro-psihice, dintre care 175 se aflau în instituții subordonate ANPH⁹. Numărul exact al copiilor cu dizabilități mintale, ca și forma de protecție a acestora sau numărul instituțiilor în care sunt găzduiți, este dificil de stabilit¹⁰ și nu este reflectat în prezent în mod clar de statisticile oficiale¹¹. Reforma sistemului de protecție a copilului care a fost inițiată în 1997 nu i-a inclus și pe copiii cu dizabilități într-o primă etapă.

⁸ Conform statisticilor ANPDC pentru perioada iunie 2005 - iunie 2006, www.copii.ro

⁹ Buletinul statistic ANPH – iunie 2006,

<http://www.anph.ro/Statistici/august2006/BULETIN%20STATISTIC%20ANPH%20II%202006.doc>. Nu este clar ce înseamnă „alte situații”.

¹⁰ Un copil este înregistrat ca având dizabilități și i se acordă drepturi speciale de protecție numai dacă Comisia pentru Protecția Copilului de la nivel județean emite un *certificat de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap*. Acest certificat trebuie să fie reînnoit, iar mulți copii nu beneficiază de asistență în reînnoirea certificatului. Aceasta poate explica parțial de ce numărul copiilor cu dizabilități poate fi doar estimat. Pe de altă parte, majoritatea copiilor vin la Comisie numai când ajung la vârsta școlară pentru a fi orientați spre școli speciale. Rar se întâmplă ca un copil cu dizabilități sub vârsta de 7 ani să se prezinte în fața Comisiei și, prin urmare, adesea ei nu sunt cuprinși în statisticile oficiale. Comisia pentru Protecția Copilului nici nu eliberează astfel de certificate pentru majoritatea copiilor cu dizabilități minore, ceea ce complică și mai mult sistemul de colectare a datelor. În unele județe copiii cu dizabilități minore sunt incluși în sistemul de raportare, iar în altele ei nu sunt înregistrați deloc. În sfârșit, un număr necunoscut de copii nici măcar nu au certificate de naștere, și prin urmare nu se califică pentru un certificat de încadrare într-o categorie de persoană cu handicap, pentru că oficial nu există.

¹¹ De exemplu, o parte din datele oferite generează uneori confuzii. Există județe care îi consideră pe copiii care frecventează școlile-internat speciale drept copii instituționalizați, deși aceștia locuiesc la respectivele internate doar pentru că școala pe care o frecventează se află departe de casă, și nu pentru că ar fi fost abandonați de familie. Mai mult, în unele instituții copiii cu dizabilități locuiesc împreună cu copiii sănătoși. Există și județe unde căminele pentru copiii cu dizabilități au fost trecute în subordinea Direcțiilor pentru Protecția Copilului (DPC-uri), în timp ce în alte județe ele continuă să se afle în subordinea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap (ANPH), ceea ce complică și mai mult coordonarea lor globală.

Cauza acestei omisiuni a reprezentat-o faptul că la momentul respectiv aceștia erau responsabilitatea Secretariatului de Stat pentru Handicapați, după cum se numea predecesora ANPH, și nu în răspunderea Autorității pentru Protecția Copilului, predecesora ANPDC. Astfel, copiii cu dizabilități nu au fost cuprinși în reformă decât după anul 2000, în momentul în care acești copii și instituțiile în care erau găzduiți au fost transferați în răspunderea Direcțiilor de Protecție a Copilului (DPC) de la nivel de județ¹². Standarde minime obligatorii privind serviciile pentru protecția copilului de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități au fost adoptate abia în 2004.

Prezentul raport este rezultatul unui proiect care a implicat efectuarea unor vizite, în perioada septembrie 2005 - iulie 2006, într-un număr de 64 de centre publice rezidențiale pentru protecția socială și tratamentul persoanelor cu dizabilități, atât copii cât și adulți, situate în 35 de județe. Au fost selectate instituții care aveau printre beneficiari adolescenți sau tineri, acordându-se preferință instituțiilor situate în zona rurală, și selectându-se cel puțin o instituție din fiecare județ. Identificarea pe teren a instituțiilor rezidențiale selectate s-a făcut în anumite situații cu dificultate, întrucât datele publice oferite de autoritățile centrale și locale din domeniul asistenței sociale și protecției drepturilor copilului erau neactualizate¹⁴.

Echipele de monitorizare, în număr de 5, au fost formate din câte două persoane (de regulă, un psiholog sau un asistent social împreună cu un avocat sau un consilier juridic) cu experiență în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități mintale, care au participat la două sesiuni de formare specifică cu tema "Monitorizarea modului în care sunt respectate drepturile persoanelor cu dizabilități mintale în instituțiile de protecție rezidențiale". Fiecare sesiune de formare a inclus un modul de pregătire cu privire la principalele prevederi normative care reglementează protecția drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale, precum și standardele aplicabile în domeniul îngrijirii și tratamentului acestei categorii de beneficiari.

Vizitarea fiecărei instituții a fost însoțită de discuții cu personalul și cu beneficiarii, precum și de solicitarea de a consulta unele din dosarele acestora sau a verifica registrele instituției.

¹² Prin OUG 192/1999 privind înființarea Agenției Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și reorganizarea activităților de protecție a copilului, apoi a HG 261/2000 pentru reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București (M. Of. 171 din 21 aprilie 2000).

¹⁴ Au existat, de exemplu, situații în care echipa de monitori a găsit un centru pentru adulți acolo unde datele ANPDC indicau prezența unui centru pentru copiii cu dizabilități mintale. De fapt, multe dintre aceste centre adaposteau tineri, foștii beneficiari minori ai serviciilor de protecție a copilului care au fost nevoiți să rămână în aceleași centre rezidențiale din lipsa serviciilor în comunitate pentru integrarea și reabilitarea tinerilor cu dizabilități mintale.

Deși reprezentanții DGASPC fuseseră informați printr-o adresă a Secretarului de Stat ANPDC cu privire la desfășurarea proiectului, reprezentanții CRJ au întâmpinat diverse obstacole în momentul în care solicitau accesul în instituțiile rezidențiale în care se aflau copii cu dizabilități mintale: solicitarea unor aprobări suplimentare ale autorităților locale, interzicerea (arbitrară) a accesului sau refuzul de a permite vizitarea întregului complex rezidențial sau consultarea dosarelor beneficiarilor. Lipsa cunoștințelor personalului întâlnit pe timpul vizitelor de monitorizare cu privire la protecția drepturilor copilului a făcut ca de multe ori informațiile colectate să nu fie suficiente pentru a avea o imagine completă cu privire la respectarea drepturilor copiilor cu dizabilități mintale din instituțiile de protecție rezidențiale¹⁵. În cel puțin 10 cazuri, personalul și-a exprimat temerea că își va pierde locul de muncă dacă va mărturisi problemele reale cu care se confruntă sau barierele datorită cărora pot exista abuzuri la adresa copiilor cu dizabilități mintale din instituții. Dificultăți în obținerea informațiilor au fost întâmpinate mai ales în centrele de plasament în care se aflau copiii cu dizabilități mintale severe și care nu puteau comunica cu reprezentanții CRJ. Informații suplimentare cu privire la situația unora dintre beneficiarii instituțiilor vizitate sau cu privire la unele din aspectele problematice identificate în cursul vizitelor au putut, de asemenea, fi obținute prin solicitări înaintate autorităților competente, în temeiul Legii 544/2001 privind informațiile de interes public.

Fiecare vizită de monitorizare a fost descrisă într-un raport întocmit la scurt timp după efectuarea vizitei, care a fost trimis autorităților centrale și locale competente (ANPDC, ANPH, DGASPC). În mai mult de jumătate din cazuri, atât direcțiile locale cât și autoritățile centrale au răspuns cu adrese prin care își exprimau punctul de vedere cu privire la rapoartele primite. În anul 2006 au fost organizate 4 întâlniri regionale cu participarea reprezentanților instituțiilor și autorităților publice cu competențe în domeniul protecției copilului și tânărului cu dizabilități mintale, în cadrul cărora s-au discutat concluziile rapoartelor de monitorizare la nivel regional, s-au identificat posibile soluții și s-au făcut recomandări în scopul îmbunătățirii situației acestor beneficiari¹⁶.

¹⁵ De exemplu, în mai mult de jumătate dintre instituțiile vizitate la întrebările “cum sunt adresate sesizările sau reclamațiile copiilor cu dizabilități mintale?”, “cine îi sprijină în scrierea sesizărilor?”, “care este persoana responsabilă cu colectarea, transmiterea și investigarea faptelor sesizate?” personalul prezent în instituție nu a știut ce să răspundă. La fel nu am putut primi răspuns nici la întrebările despre internarea copiilor cu dizabilități mintale în spitalele de psihiatrie, schimbarea tratamentului și aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare (imobilizarea prin legarea membrelor superioare sau inferioare și izolarea).

¹⁶ Aceste recomandări vor fi prezentate în capitolul de recomandări al prezentei lucrări.

Scopul prezentului raport este de a sintetiza observațiile efectuate în cursul vizitelor de monitorizare și de a trage un semnal de alarmă cu privire la situațiile de încălcare a drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale aflați în instituții.

De asemenea, raportul colectează și prezintă recomandări cu privire la remedierea acestui gen de situații, precum și pentru a preveni eșecul sistemului de protecție a copilului în ceea ce privește asigurarea protecției efective și reintegrării copilului cu dizabilități mintale în societatea al cărei membru deplin ar trebui să fie. Cazurile prezentate au rol exemplificativ. Proiectul, în ansamblu său, a avut ca obiectiv identificarea de soluții reale pentru ca tinerii și copiii cu dizabilități mintale să poată beneficia de cele mai bune standarde de îngrijire și viață. Se speră ca recomandările și concluziile prezentei lucrări să poată duce la împlinirea acestui deziderat.

UNICEF România a acordat asistență tehnică și sprijin financiar pentru implementarea acestui proiect a facilitat și mediat relaționarea și comunicarea cu ANPDC și autoritățile locale.

Notă: Prezentul raport folosește constant termenul de copil sau tânăr cu dizabilități mintale, deși în România termenul de “dizabilități mintale” nu apare definit în legislație, cel mai adesea fiind folosit termenul de “handicap mintal” și “deficiențe mintale”. Prin dizabilitate mintală am definit generic problema de sănătate mintală și deficitul de intelect¹⁷.

1.2 Cadrul legal național și internațional referitor la copilul și tânărul cu dizabilități mintale

Cadrul normativ care a ghidat, pe de-o parte, principiile acestui proiect, vizitele de monitorizare și colectarea de informații, dar, pe de-altă parte, și redactarea acestui raport, este descris mai jos.

1. Documentul internațional, centrat exclusiv pe protecția și promovarea drepturilor copilului este Convenția ONU cu privire la drepturile copilului, adoptată de Adunarea Generală ONU în 1989 și ratificată de România în anul 1990 prin Legea 18/1990. De drepturile copilului stipulate în acest tratat internațional (cel mai ratificat dintre cele existente) beneficiază toți copiii, inclusiv cei cu

¹⁷ Clasificare făcută prin Ordinul 725/01.10.2002, privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap la copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora în “dizabilitate intelectuală ușoară, dizabilitate intelectuală fără alte asocieri, medie, accentuată și gravă”.

dizabilități. Câteva prevederi se adresează cu precădere acestora (art. 23, art. 24 și art. 25) și se referă la îngrijirea specială adaptată nevoilor, verificarea periodică a tratamentului medical și a plasamentului instituțional sau familial.

În anul 1990 România a ratificat Convenția ONU împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente crude, inumane și degradante. Adunarea Generală ONU a adoptat în decembrie 2002 Protocolul facultativ la Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane și degradante pe care România l-a semnat. De asemenea, în anul 1994 România a ratificat Convenția europeană pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante.

Un document regional care conține reglementări relevante și pentru protecția drepturilor copilului, inclusiv a copilului cu handicap este Carta socială europeană revizuită, ratificată de România în anul 1999 (Partea I pct.15, Partea II, art. 15).

Actele normative internaționale menționate mai sus se completează cu celelalte documente cu caracter politic și tehnic care, valorificând experiențe inovatoare, orientează direcția politicilor publice și a practicilor în domeniu.

Astfel de documente adoptate de ONU, centrate exclusiv pe protecția persoanelor cu dizabilități/handicap și boli mintale, sunt:

- Principiile ONU pentru protecția persoanelor cu boli mintale și îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate mintală (Principiile ONU ale Bolilor Mintale, 1991)
- Regulile standard de egalizare a oportunităților pentru persoanele cu dizabilități (Standard Rules, 1993) care susțin ideea acordării sprijinului necesar persoanelor cu handicap în cadrul structurilor standard de educație, sănătate, muncă și servicii sociale pentru a se evita izolarea și discriminarea acestora.

Și Declarația universală a drepturilor copilului adoptată de Adunarea Generală a ONU în anul 1959 are referiri speciale cu privire la copilul cu handicap (art. 5).

Multe documentele cu caracter tehnic sunt elaborate în jurul unei teme, iar protecția și monitorizarea drepturilor copilului din instituții, inclusiv a copilului cu dizabilități, este des abordată în cadrul Consiliului Europei. Printre documentele adoptate recent și care se referă exclusiv la drepturile copilului sunt:

- Rec. 1601 (2003) referitoare la ameliorarea ieșirii copiilor abandonați din instituții
- Rec. (2005)5 cu privire la drepturile copiilor din instituții

În aceste documente se fac referiri și la drepturile copiilor cu dizabilități din instituțiile de plasament. Este subliniată necesitatea de acompaniere a diagnosticului de handicap a copilului și a deciziei de plasament a acestuia în instituții de garanții indispensabile pentru respectarea drepturilor copiilor, asigurând reevaluarea periodică a plasamentului și instituirea unor proceduri de apel.

De asemenea, pentru apărarea drepturilor copiilor părăsiți din instituții, se recomandă a se pune la dispoziție un apărător al drepturilor copilului eficace și independent de puterea executivă. Acest apărător ar putea fi un mediator, magistrat specializat sau o organizație non-guvernamentală (Rec. 1601 (2003)).

În Planul de acțiune al Consiliului Europei pentru promovarea drepturilor și participarea persoanelor cu handicap la viața socială, ameliorarea calității vieții a persoanelor cu handicap, se subliniază nevoia de a se înlocui viziunea medicală care percepe persoana cu handicap doar ca pacient care consumă fără să ofere nimic în schimb societății, cu o abordare socială a persoanei cu handicap bazată pe drepturile omului.

2. La nivel național, actele normative care se referă la protecția, promovarea și monitorizarea drepturilor copilului în general și a copilului cu dizabilități în special sunt următoarele:

- Legea cadru privind protecția și promovarea drepturilor copilului nr. 272/2004, act normativ care stipulează, printre altele, că principiul interesului superior al copilului va prevala în toate deciziile și demersurile care privesc copiii;
- Hotărârile de guvern emise pentru implementarea Legii nr. 272/2004, în special HG nr. 1437/2004 privind organizarea și funcționarea comisiei pentru protecția copilului;
- Ordinul ANPCA nr. 12709/2002 privind criteriile pe baza carora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora;
- Ordinul ANPCA nr. 18/2003 privind aprobarea Ghidului metodologic pentru evaluarea copilului cu dizabilități și încadrarea într-un grad de handicap;

- Ordinele Secretarului de Stat al ANPDC emise în aplicarea Legii 272/2004 pentru aprobarea standardelor minime de calitate și metodologiilor de lucru, în special Ordinul nr. 27/2004 al ANPCA prin care au fost aprobate Standardele minime obligatorii privind serviciile pentru protecția copilului de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități.

Acestea se completează cu actele normative din domeniul sănătății mintale și a protecției persoanelor cu handicap, semnificative fiind:

- Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- OUG 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap;
- HG 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice;
- Ordinul Ministrului Sănătății Publice nr. 372/2006 privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare;
- Ordinul Ministrului Sănătății Publice nr. 373/2005 privind înființarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București;
- Ordinul Ministerului Sănătății Publice privind eficientizarea activității de asistență socială și respectarea drepturilor omului în unitățile sanitare cu profil de psihiatrie.

1.3 Cadrul instituțional

1.3.1 La nivel central

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului are competența generală de a monitoriza respectarea principiilor și drepturilor prevăzute de Convenția ONU cu privire la drepturile copilului și Legea nr. 272/2004 (art 100). Această monitorizare se referă însă mai ales la activități, programe, proiecte, strategii, măsuri, politici ale autorităților publice și organismelor private autorizate care au ca obiect de activitate implementarea drepturilor copiilor. ANPDC realizează inspecții periodice a serviciilor, inclusiv a celor de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități¹⁸, pentru a constata modul în care sunt respectate

¹⁸ Art. 116 din Legea 272/2004.

standardele minime obligatorii. Orice instituție publică sau privată care acordă servicii copiilor trebuie licențiată, în condițiile legii¹⁹. În același timp ANPDC finanțează/cofinanțează serviciile/instituțiile pentru copiii cu handicap, elaborează standarde, strategii și metodologii de lucru.

Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap este organul de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, care coordonează la nivel central activitățile de protecție și promovare a drepturilor persoanelor cu handicap și asigură controlul activităților de protecție specială a persoanelor cu handicap.

Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, *elaborează normele de organizare și funcționare a unităților care asigură asistența de sănătate publică, autorizează și controlează activitatea instituțiilor de sănătate publică și asigură finanțarea unităților din subordine; asigură controlul calității serviciilor medicale prin autoritățile locale de sănătate publică și participă la activitățile de protecție familială, (...) și protecția copilului*²⁰. Centrul Național de Sănătate Mintală, ca for tehnic și metodologic fără personalitate juridică, înființat de Ministerul Sănătății Publice în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, are atribuții și în monitorizarea și evaluarea serviciilor de sănătate mintală²¹.

Comisia de specialitate (comisia de psihiatrie și psihiatrie pediatrică - poziția 23 în Anexa 1 a Legii 95/2006)²², ca structură tehnică a Ministerului Sănătății Publice, *participă la organizarea și desfășurarea acțiunilor de control și evaluare a activității de specialitate întreprinse de către Ministerul Sănătății în instituțiile sanitare* (lit. f), *colaborează cu comisia de acreditare a unităților sanitare la elaborarea și fundamentarea criteriilor și standardelor de performanță pentru acreditarea și autorizarea spitalelor* (lit. g) și *formulează criteriile de evaluare a instituțiilor sau secțiilor din specialitate* (lit. l)²³.

¹⁹ Art. 115 din Legea 272/2004.

²⁰ Art. 16, lit. i), lit. j) și lit. t) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

²¹ Art. 3, lit. g) din Ordinul privind înființarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București, consultat pe pagina de web a Ministerului Sănătății Publice www.ms.ro la data de 1.11.2006.

²² Anexa 2, Componenta comisiilor de specialitate, Ordinul privind înființarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății

²³ Art. 8, lit f, g și l, Capitolul 2 Atribuțiile Comisiei de specialitate din Anexa 1 – Regulamentul de organizare și funcționare a comisiilor consultative ale Ministerului Sănătății, din Ordinul privind înființarea comisiilor consultative ale Ministerului Sănătății.

Ministerul Educației are obligația de a facilita accesul la educația preșcolară și a asigura învățământul general obligatoriu și gratuit pentru toți copiii²⁴.

Avocatului Poporului este principalul mecanism extrajudiciar de apărare și monitorizare a cazurilor individuale, fiind în același timp o autoritate independentă în raport cu orice altă autoritate publică. Unul din adjuncții avocatului poporului este specializat într-un domeniu foarte larg și care se referă la „drepturile copilului, ale familiei, tinerilor, pensionarilor, persoanelor cu handicap”.

1.3.2 La nivel local

La nivel local funcționarea serviciilor sociale și de protecție a copilului este asigurată și finanțată de către **Consiliul Județean**. În conformitate cu prevederile Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, coroborate și cu cele ale Legii administrației publice locale nr. 215/2001, „structura organizatorică, numărul de personal și finanțarea direcției generale de asistență socială și protecția copilului se aprobă prin hotărâre a *consiliului județean*, respectiv a consiliului local al sectorului municipiului București, care o înființează, astfel încât să asigure îndeplinirea în mod corespunzător a atribuțiilor ce îi revin, precum și realizarea deplină și exercitarea efectivă a drepturilor copilului”. Președintele consiliului județean îndeplinește atribuții privind funcționarea aparatului de specialitate al serviciilor publice, îndrumând prin aparatul de specialitate al consiliului județean activitatea de autoritate tutelară și luând măsuri pentru inspecția și controlul efectuării serviciilor publice. Drepturile și obligațiile părintești cu privire la copilul instituționalizat sunt exercitate de către **președintele consiliului județean**, respectiv de către **primarul sectorului municipiului București**²⁵.

Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) sunt instituții publice, cu personalitate juridică, înființate în subordinea consiliului județean, respectiv a consiliilor locale ale municipiului București²⁶, care au atribuții generale în ceea ce privește protecția copilului. DGASPC întocmește raportul de evaluare inițială a copilului și familiei acestuia și propune stabilirea unei măsuri de protecție specială, reevaluează, cel puțin o dată la 3 luni și ori de câte ori este cazul, împrejurările care au stat la baza stabilirii măsurilor de protecție specială și propune, după caz, menținerea, modificarea sau încetarea acestora²⁷. De asemenea, DGASPC are obligația de monitorizare a măsurilor de protecție specială, inclusiv

²⁴ Art. 48 din Legea 272/2004.

²⁵ Art. 62 (2) din Legea 272/2004.

²⁶ Art. 105 (2) din Legea 274/2004.

²⁷ Art. 2 b) din Regulamentul de organizare și funcționare a DGASPC, aprobat prin HG 1434/2006.

cele luate cu privire la copiii cu dizabilități. Această monitorizare se referă la verificarea trimestrială a împrejurărilor care au determinat plasamentul copiilor, inclusiv a celor cu dizabilități și se concretizează în realizarea de rapoarte individuale.

Comisia pentru protecția copilului, aflată în subordinea consiliului județean, și respectiv a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, funcționând ca un organ de specialitate al acestora, fără personalitate juridică, are următoarele atribuții: ia măsuri de protecție specială cu privire la copilul lipsit de ocrotire familială, stabilește încadrarea copiilor cu dizabilități într-un grad de handicap și, după caz, orientarea școlară a acestora, reevaluează periodic hotărârile privind măsurile de protecție, precum și încadrarea în grad de handicap și orientarea școlară a copiilor, pe baza sesizării direcției generale de asistență socială și protecția copilului, revocă sau înlocuiește măsura stabilită, în condițiile legii, dacă împrejurările care au determinat stabilirea acesteia s-au modificat. De asemenea, Comisia soluționează plângerile adresate de copii, în măsura în care soluționarea acestora nu este stabilită de lege în competența altor instituții și promovează drepturile copilului în toate activitățile pe care le întreprinde²⁸.

Consiliul local asigură, potrivit Legii administrației publice locale nr. 215/2001, modificată și completată prin Legea nr. 286/2006, potrivit competențelor sale *“cadrul necesar pentru furnizarea serviciilor publice de interes județean privind (...) serviciile sociale pentru protecția copilului, a persoanelor cu handicap, a persoanelor vârstnice, a familiei și a altor persoane sau grupuri aflate în nevoie socială (2)”*²⁹.

Serviciul public de asistență socială este o structură administrativă aflată în subordinea Consiliului Local, care evaluează și monitorizează situația copiilor în unitatea teritorială respectivă, acționează pentru clarificarea situației juridice a copilului și furnizează sau susține servicii sociale.

Autoritatea Tutelară este un organism administrativ, ale cărei atribuții sunt exercitate de către primar, și care are în vedere ocrotirea și tutela minorului și a persoanelor puse sub interdicție³⁰.

²⁸ Art. 2 din HG 1437/2004.

²⁹ Art. 104, alin. 5.

³⁰ Art. 158 și 159 din Codul Familiei.

Autoritatea Județeană de Sănătate Publică, serviciu public deconcentrat, cu personalitate juridică, subordonat Ministerului Sănătății Publice, pune în aplicare politică și programele naționale de sănătate publică pe plan local, identifică problemele prioritare de sănătate publică, elaborează și implementează acțiuni locale de sănătate publică. Autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București intervin *în rezolvarea problemelor de sănătate publică apărute în rândul persoanelor aparținând grupurilor defavorizate și stabilesc relații de colaborare cu instituții și organizații în vederea desfășurării de acțiuni comune în domeniul sănătății publice*³¹

³¹ Art. 1, alin. 1 și alin 2. lit. k) și m) din Legea 95 din 14 aprilie 2006, privind reforma în sistemul de sănătate.

2 REZULTATELE VIZITELOR DE MONITORIZARE

2.1 Condițiile de trai în instituțiile pentru copiii cu dizabilități mintale

Instituțiile rezidențiale pentru protecția și asistența copiilor cu dizabilități mintale vizitate poartă denumiri diverse: centru de plasament, centru rezidențial, complex de servicii pentru copilul cu deficiențe neuropsihiatrice, complex de servicii comunitare, centru de plasament copii școlari cu deficiențe, centru de asistență pentru copilul cu cerințe educative speciale, serviciu rezidențial pentru recuperarea copilului cu dizabilități, complex de servicii specializate pentru copilul cu handicap etc.

Unele «complexe de servicii» reunesec servicii atât pentru copilul cu dizabilități, cât și pentru «copilul sanatos», pentru familii și chiar pentru persoanele vârstnice.

Starea fizică a instituțiilor variaza, în funcție de interesul manifestat de comunitate prin alocarea de fonduri, donații sau de sprijinul acordat de organizații non-guvernamentale. Unele centre de plasament sunt construcții renovate cu dotări moderne, conforme cu standardele existente în domeniu.

”Centrul de plasament (...) a fost renovat și reconfigurat între 2001-2002 de către Consilul Județean. În prezent clădirea dispune de un internat cu 3 nivele care cuprinde: un etaj în care se află module de tip familial: camere cu 2 paturi și baie (pentru băieți) și un etaj cu camere cu 3-4 paturi (pentru fete). Există un etaj în care se află camere de zi și trei săli pentru diferite activități, un cabinet de asistență socială, un cabinet medical și infirmerie, cabinet de kinetoterapie, o cameră de primit părinți, birouri, magazine, o bucătărie și sală de mese, lot agricol, spălătorie, loc de joacă. Peste tot este o curățenie impecabilă, instalațiile sanitare sunt funcționale³³.”

Altele dispun de clădiri vechi și prost îngrijite.

³³ Centrul de plasament din județul N., extras din raportul de monitorizare.

*"Clădirea I 1 este de fapt un corp de școală, cu un etaj, care a fost amenajat ca spațiu locuibil. Accesul pe culoarul unde se aflau dormitoare era încuiat cu lacăt. La intrare se remarcă un miros neplăcut de toaletă neigienizată. La intrare, pe partea dreaptă sunt toaletele (4 WC-uri, turcești la 40 de copii) și pe același culoar sunt patru dormitoare, amenajate în fostele săli de clasă. Tot la parter, între spălătorii și WC-uri este grupul sanitar al educatorilor care este foarte bine amenajat (gresie, faianță, chiuvetă și vas WC). Fiecare dormitor are 10 paturi, un televizor, mochete, masă și 4 scaune. Instalațiile sanitare erau parțial funcționale: chiuvetele nu aveau țevi, robinete. La momentul vizitei, curgea doar apă rece. Ni s-a explicat ca apă caldă curge doar de 2 ori pe săptămână când rezidenții fac duș. Dușurile nu aveau pereți despărțitori. Etajul acestei clădiri este identic ca structură cu parterul, dar are în plus o sală cu 8 dușuri care deservește toți cei **80 de copii** cazați în acest corp³⁴."*

În mai mult de două treimi din instituțiile vizitate, condițiile de cazare nu respectă standardele minime obligatorii privind serviciile de tip rezidențial pentru protecția copilului cu dizabilități³⁵. În unele situații în care același complex de servicii deservea atât copii cu dizabilități intelectuale, cât și copii sănătoși, se putea observa faptul că partea din instituție destinată copiilor cu dizabilități era mai puțin îngrijită sau modernizată decât cea în care erau găzduiți copiii sănătoși.

În unele instituții, condițiile de locuit erau extrem de precare.

"Se remarcă temperatura deosebit de scăzută la etajul 2 (locuit de către rezidenții băieți). Geamurile de pe holul etajului sunt sparte, iar într-una din camere rezidenții se încălzeau la un reșou improvizat, construit chiar de ei.(...) Atât grupul sanitar cât și dușurile sunt complet neîncalzite. Apa caldă nu curge. Datorită temperaturii foarte scăzute era, în general, imposibilă folosirea utilității respective³⁶."

Din discuțiile avute a reieșit că, datorită cheltuielilor mari pe care le presupune întreținerea unor asemenea instituții, administrația încearcă, în general, să găsească metode de

³⁴ Centrul de plasament din județul I., extras din raportul de monitorizare.

³⁵ Care impun alocarea unui spațiu de 6 metri pătrați/copil, și un număr maxim de 4 copii într-un dormitor.

³⁶ Centru rezidențial vizitat în județul V., extras din raportul de monitorizare.

a face pe cât posibil economie. Una dintre acestea este raționalizarea apei calde, care limitează programul de duș de una sau doua ore, două zile pe săptămână, indiferent de anotimp. Astfel, în unele instituții, copiii sunt obligați să facă duș numai conform programului, ceea ce adesea duce la conflicte.

”Administratorul centrului declară că programul de duș este următorul: de două ori pe săptămână, marți și vineri. Apa caldă la dușuri este furnizată doar în aceste două zile, din motive de economie.

Rezidenții se plâneau totuși că programul de apă caldă este insuficient și nu reușesc toți să se spele³⁷.”

”Copiii intră goi la dușurile comune pe grupe de vârstă, organizați în <serii> de câte 12-14 copii. Copiii nu au săpun sau șampon personal, aceste produse sunt în posesia personalului și li se administrează copiilor pe parcursul dușului. Toți copiii (și băieți și fete) sunt supravegheați la duș de infirmiere (n.r.: la data vizitei de monitorizare copiii aveau vârste cuprinse între 10 și 20 de ani).³⁸”

De asemenea, în cursul vizitelor de monitorizare s-au observat situații în care în dormitoare adesea copiii nu au dulăpioare sau spații de depozitare pentru obiectele personale. Atunci când acestea există, sunt încuiate pentru a împiedica furtul, atât din partea altor rezidenți, cât și din partea personalului.

Posesia de efecte personale este un element de bază al dreptului la viață privată și este esențială pentru bunăstarea psihologică a minorilor. Dreptul fiecărui minor de a poseda efecte personale și de a avea posibilități adecvate de păstrare a acestora trebuie recunoscut și respectat pe deplin³⁹.

În unele instituții s-a observat ca hainele sunt folosite în comun de către toți copiii. Aspectul fizic al acestora este uneori jalnic:

”Copiii din centru sunt tunși uniform, indiferent de sex. Hainele sunt excesiv de uzate. Mulți dintre copii nu au încălțăminte, hainele cu care sunt îmbrăcați erau vizibil degradate și rupte⁴⁰.”

³⁷ Centru rezidențial vizitat în județul S., extras din raportul de monitorizare.

³⁸ Centru rezidențial vizitat în județul M., extras din raportul de monitorizare.

³⁹ Regulile Organizației Națiunilor Unite pentru Protecția Minorilor Privati de Libertate, Regula nr. 35.

⁴⁰ Centru de plasament din județul O., extras din raportul de monitorizare.

Chiar dacă unele instituții dispun de camere cu destinația de spațiu de recreere și/sau pentru activități cu copiii, monitorii le-au găsit, în majoritatea cazurilor, încuiate și păreau în general, puțin sau deloc folosite.

2.2 Internarea copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de psihiatrie

Încă din perioada de implementare a unui proiect anterior (iunie 2004 - noiembrie 2005), în cursul unei vizite de monitorizare, în cadrul secției (externe) de neuropsihiatrie infantilă a unui spital de psihiatrie din Brăila, au fost identificați un număr de 51 de copii care trăiau în condiții mizere și degradante, lipsiți de orice tratament sau îngrijire. Din raportul vizitei de atunci se citează:

”În primul salon, prima încăpăre, sunt internați 7 copii, iar în cea de-a doua încăpăre 4 copii. Jumătate dintre copiii din acest salon au mâinile și/sau picioarele legate cu chingi sau cu șiret de gratiile de la paturi. Există copii care prezintă urmele automutilărilor, dar și vânătăi sau urme de agresiuni pe care nu și le-ar fi putut provoca singuri. Toți copii sunt așezați în poziție orizontală, dar cu ajutor se pot ridica. O parte din copii au urme de escare datorită faptului că nu au fost schimbați la timp de lenjeria udă. În cel de-al doilea salon sunt 17 pacienți, câte 7 în fiecare încăpăre. Și cei de aici prezintă urme de agresiune fizică, iar unii dintre ei sunt legați cu chingi și șireturi de barele de protecție de la pătuțuri. În cel de-al treilea salon sunt internați 4 pacienți. Una dintre paciente, în vârstă de 8 ani, are atât mâinile, cât și picioarele legate în chingi de barele de protecție de la pat. Unii dintre cei 14 pacienți aflați în salonul de la parter au picioarele legate cu șiret pentru a nu se putea deplasa, stau desculți pe pardoseală, într-o cameră în semi-întuneric⁴¹.”

În luna iunie 2005, situația copiilor nu suferise nici o schimbare, în contextul în care fuseseră adresate solicitări repetate către DGASPC Brăila și ANPDC pentru a-și asuma responsabilitatea conferită de lege și a dispune transferarea copiilor în sistemul de protecția copilului. Coresponzența purtată cu autoritățile publice a revelat faptul că acești copii erau lipsiți de îngrijire părintească, acesta fiind principalul motiv pentru care rămăseseră timp de ani de zile în spitalul de psihiatrie.

⁴¹ Extras din sesizarea adresată de către CRJ în luna iulie 2004 Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție.

Este demonstrat științific faptul că orice ședere prelungită într-un mediu spitalicesc dăunează grav și, uneori, iremediabil, dezvoltării copilului. De aceea, nici un motiv, altul decât necesitatea unui tratament de specialitate, nu poate justifica spitalizarea prelungită.

În perioada august-septembrie 2005, în cadrul proiectului de monitorizare a fost invitată o expertă în evaluarea copiilor în secția de neuropsihiatrie din Brăila. Scopul activității a fost acela de a prezenta soluții privind recuperarea copiilor cu dizabilități din secția neropsihiatrie infantilă (NPI) Brăila, dar și convingerea reprezentanților DGASPC și pe cei ai Consiliului Județean de a închide secția NPI și a transfera copiii în facilități adecvate recuperării și îngrijirii lor. Până la sfârșitul lunii noiembrie au fost transferați toți copiii din secția NPI în două centre de plasament (Brăila și Bărgănu).

În Legea sănătății mintale se stipulează că "internarea într-o unitate de psihiatrie se face numai din considerente medicale, înțelegându-se prin acestea **proceduri de diagnostic și de tratament**"⁴².

Atât vizitele de monitorizare, cât și unele adrese ale autorităților publice⁴³ au evidențiat situații de internări în spitalele de psihiatrie și spitalizări îndelungate a copiilor cu dizabilități mintale provenind din instituțiile de protecția copilului. Internarea într-un spital de psihiatrie, voluntară sau nu, implică un anumit grad de privare de libertate și, ca urmare, trebuie să respecte anumite reguli care garantează legalitatea și lipsa arbitrarului.

"V. (n.r.: aflată într-o situație de acest gen) e foarte agresivă, bate personalul, are tupeu, își cere iertare după care repetă același comportament; depinde cum se comportă, dacă devine ascultătoare atunci într-o săptămână pleacă acasă"⁴⁴.

În mai mult de o treime din instituțiile vizitate s-a putut constata, în urma discuțiilor cu copiii (cei mai mulți dintre ei erau adolescenți la data vizitelor de monitorizare) și cu unii membri ai personalului din clinicile de psihiatrie, că internarea copiilor cu dizabilități din centrele de plasament în spitalul de psihiatrie este apreciată având caracter arbitrar, fie interpretată ca pedeapsă:

⁴² Articolul 40 din Legea. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice.

⁴³ De exemplu adresa nr. 10448/24.08.06 a Spitalului de Psihiatrie B. (48 de pacienți minori provenind din centrele de protecție ale DGASPC, internați în perioada 01.01.2005-31.07.2006), sau a DJSP G. nr. 25/29.08.2006 (128 copii internați în perioada 01.01.2005-31.07.2006, provenind din centrele de protecție socială).

⁴⁴ Motivele internării unei minore, provenind dintr-un centru de plasament, modul de tratament și cauzele externării descrise de către asistenta medicală din spitalul de psihiatrie.

”În noiembrie 2005, în timpul unei vizite de monitorizare efectuată într-un centru de plasament pentru fete cu dizabilități din localitatea H. (adolescentele intervievate înregistrau la data vizitei vârste cuprinse între 16 și 17 ani) monitorii au fost informați de fetele intervievate că sunt frecvent amenințate cu internarea în clinică de psihiatrie din orașul C., dacă nu se <cumințesc> (nota fetelor intervievate). Trei dintre minorele intervievate au mărturisit că în vara anului 2004 au fost internate în clinica de psihiatrie din orașul C. Una dintre minore a afirmat că a fost internată împotriva voinței pe o perioadă de 4 zile în clinică, deoarece ar fi vorbit urât uneia dintre instructoarele de educație (afirmația minorei X.). Minora X. a mai adăugat și că pe toată perioada spitalizării (2004) nu i-a fost administrat tratament medicamentos. Aceleași minore au mărturisit monitorilor că la începutul lunii noiembrie au fost amenințate din nou cu internarea în clinica de psihiatrie (de către membrii personalului din centrul de plasament) dacă vor vorbi despre cazul uneia dintre colegele lor care a încercat să se sinucidă.⁴⁵.”

În noiembrie 2005, un angajat al Clinicii de psihiatrie din orașul C. a sesizat reprezentanților CRJ următoarea situație identificată la data de 5 noiembrie 2005 în Clinica în care aceasta lucra:

”Adolescenta X. din centrul de plasament din localitatea H., diagnosticată cu deficiență mentală ușoară, a mărturisit că a luat tabletele (10 carbamazepin) în joacă să vadă ce se întâmplă. Tabletele au fost luate din cabinetul asistentei medicale în timp ce aceasta completa fișele medicale. La noi (n.r.: la Clinică) a ajuns destul de amețită, că doza era mare, a fost și la urgență să-i facă spălătură gastrică, cred. Internarea fetei poate fi verificată prin consultarea foii de observație cu numele fetei. Zilele astea (n.r.: noiembrie 2005) o lasă să plece, azi au și venit după ea, dar am mai ținut-o la noi că le-am zis că vreau să vorbesc cu ea. Oricum au venit foarte pregătiți de internare de la centru cu ea, aveau adevăriniță că e internată acolo (n.r. în centrul de plasament), și ultima ieșire de la psihiatrie infantilă. Cam ciudat pentru o internare de urgență în week-end. Fata spune că nu se înțelege cu colegele, cele mai mari o cam bruschează. Nu-i place în centru (e venită de 4 ani din alt județ), părinții au abandonat-o, nici nu vrea la părinți. Fata spune că

⁴⁵ Extras din raportul de monitorizare realizat în urma efectuării vizitei de monitorizare din luna noiembrie 2005, în centrul de plasament nr. 8 din localitatea H, din județul C.

periodic sunt amenințate că dacă vor fi rele vor fi <aruncate la părinți> (nota adolescentei X). Mi-a dat numele uneia dintre angajate care le vorbește urât, le amenință și le bate în mod frecvent.⁴⁶”

De asemenea, internarea copiilor cu dizabilități a fost justificată și prin lipsa personalului în anumite perioade:

”La noi în spital veneau frecvent copii din centrele de plasament, fie aduși cu Salvarea, fie cu Poliția, și ajungeau vineri seară sau sâmbătă. Atât la prima vedere, cât și după ce discutăm cu copiii, constatăm că nu se impunea internarea acestora, și-i timiteam înapoi. Am înțeles ulterior că, în week-end, rămânea o singură infirmieră care trebuia să supravegheze un număr mare de copii, așa că încercau să scape de cei mai dificili⁴⁷.”

Legea⁴⁸ prevede o procedură specifică pentru internarea unei persoane (indiferent de vârstă) într-un spital de psihiatrie. O persoană poate fi internată pe baza consimțământului său sau al celui dat de către reprezentantul legal. Conform Legii 272/2004, drepturile și îndatoririle părintești față de copilul pentru care s-a luat măsura de protecție a plasamentului (copilul instituționalizat) se exercită de către președintele Consiliului Județean. La solicitările oficiale trimise de CRJ către președinții Consiliilor Județene⁴⁹ pentru a stabili modul în care s-au exercitat aceste drepturi în contextul consimțământului la internarea copilului într-un spital de psihiatrie, aproape toate răspunsurile primite au fost negative, în sensul declinării de competență către DGASPC, deși legea interzice acest lucru⁵⁰.

Cele mai multe răspunsuri primite din partea reprezentanților Consiliilor Județene la solicitarea nr. 3 din cerere *“numărul minorilor pentru care președintele Consiliului Județean a solicitat sau a fost solicitat să-și dea consimțământul la internarea acestora în instituțiile de psihiatrie din instituțiile de protecție specializată în perioada 2005-2006”* au arătat că *“adresa CRJ a fost redirectionată spre analiză și soluționare DGASPC A., instituție care urmează să vă comunice*

⁴⁶ Sesizare electronică primită de coordonatorul programului la CRJ în 7 noiembrie 2005. Șefului de centru, psihologului și asistentului social din centrul de plasament din localitatea H, județul C. le-au fost adresate întrebări referitoare la numărul copiilor internați în clinica/secția de psihiatrie, dacă au existat tentative de suicid în rândul beneficiarilor, dar au răspuns negativ la toate întrebările adresate.

⁴⁷ Declarație a unui medic neuropsihiatru din B.

⁴⁸ Legea 487/2002 a sănătății mintale.

⁴⁹ Din județele în care au fost efectuate vizitele de monitorizare și în care au fost identificate cazuri de internări ale copiilor din centrele de plasament în spitalele/secțiile de psihiatrie atât pentru copii, cât și pentru adulți.

⁵⁰ Au fost primite și înregistrate la CRJ un număr de 24 de răspunsuri semnate fie de reprezentanții DGASPC, fie de președinții sau secretarii generali ai consiliilor județene.

răspunsul⁵¹ sau “la nivelul DGASPC din județul A. nu s-au primit asemenea sesizări”⁵², “DGASPC din județul S. nu deține instituții de psihiatrie în cadrul instituțiilor de protecție specializată proprii, prin urmare Serviciul de Evaluare Complexă din cadrul DGASPC S. nu are competența consimțământului internării copiilor cu dizabilități în astfel de instituții”⁵³. Într-un alt răspuns primit din partea reprezentanților Consiliului Județean din județul C., județ în care au fost sesizate frecvente internări ale copiilor în clinica de psihiatrie din județul C, se arată că:

”În perioada 2005-2006 la Consiliul Județean C. nu au fost înregistrate plângeri de la/sau în numele minorilor aflați în sistemul de protecție a copilului cu dizabilități mintale/handicap mintal, plângeri referitoare la încălcări ale drepturilor copilului în sistemul de protecție a copilului. De asemenea, nu au fost cazuri de minori pentru care să ni se fi cerut consimțământul pentru internarea acestora în instituțiile de psihiatrie, în perioada 2005-2006.”⁵⁴

Un răspuns similar a fost primit și din partea secretarului general al Consiliului Județean M., cu toate că și în centrele de plasament din acest județ au fost semnalate atât de monitorii CRJ cât și de presa locală, internări frecvente ale copiilor din centrele de plasament în spitalele de psihiatrie pentru adulți.

Într-un singur răspuns primit la CRJ din partea președintelui Consiliului Județean M. se arată că:

”În perioada 2005-2006 a fost adresată Consiliului Județean M. o singură solicitare pentru internarea unui minor într-o instituție de psihiatrie. În urma intervenției Primăriei R. adresată în data de 10.10 2005 Consiliului Județean M., numitul X., persoană încadrată în grad de handicap I, a fost internat la Spitalul de Psihiatrie T., din județul M.” (n.r.: spital de psihiatrie pentru bărbați adulți cronici)⁵⁵.

Internarea nevoluntară (împotriva voinței persoanei) poate avea loc **numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică** și consideră că există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane, sau că neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde

⁵¹ Răspunsul cu nr. 7099/29.08.2006 din partea Consiliului Județean A.

⁵² Răspunsul nr. 9833/14.09.2006 din partea Consiliului Județean A.

⁵³ Răspunsul cu nr. 13028/15.09.2006 din partea DGASPC S. și adresat de CRJ președintelui Consiliului Județean din județul S.

⁵⁴ Răspunsul cu nr. 9869/11.09.2006 primit din partea Consiliului Județean C., ca răspuns la cererea CRJ.

⁵⁵ Răspunsul cu nr. 30076/07.09.2006 din partea Consiliului Județean M.

tratamentul adecvat⁵⁶. Din analiza actelor normative în vigoare a rezultat ca există un număr limitat de persoane care pot solicita internarea nevoluntară a unui pacient⁵⁷.

"La propunerea psihologului, a asistentei medicale și a unor educatori, în anul 2005 un număr de 8 minori au fost internați pentru tratament cu o durată de una sau două săptămâni în spitalul de neuropsihiatrie⁵⁸."

Normele de aplicare a Legii 487/2002 precizează că reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice va fi anunțat în legătură cu internarea. Decizia de internare nevoluntară se confirmă de către o comisie de revizuire a procedurii, și se reexaminează periodic. Adoptarea acestor prevederi este motivată de dorința legislativului de a sublinia caracterul excepțional al internării nevoluntare, reprezentând o gravă limitare a unor drepturi fundamentale, și a preveni pe cât posibil abuzurile, fără a mai vorbi de limitarea efectelor negative pe care aceasta le poate avea asupra persoanei.

În urma studierii documentelor relevante și a discuțiilor cu personalul instituțiilor rezidențiale a reieșit faptul că prevederile Legii sănătății mintale nu sunt aplicate de către instituțiile rezidențiale vizitate. Au fost întâlnite situații în care nici personalul și nici beneficiarii instituțiilor respective nu cunoșteau prevederile legale cu privire la luarea deciziei de internare nevoluntară, revizuirea acestora către o comisie special întrunită⁵⁹ și nici despre faptul că decizia de internare nevoluntară ar fi fost notificată în cel mult 24 de ore și supusă revizuirii parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă⁶⁰.

Pentru a afla mai multe detalii legate de internarea copiilor cu dizabilități proveniți din sistemul de protecție în spitale de neuro-psihiatrie, s-au solicitat informații din partea autorităților județene de sănătate publică din țară. Informațiile primite au evidențiat faptul că, în decursul ultimilor doi ani, peste 400 de minori, în special adolescenți, au fost internați în spitalele de psihiatrie la solicitarea personalului centrelor de plasament.

Din discuțiile cu minorii cu vârste cuprinse între 14-17 ani, aflați în instituțiile vizitate, dintre care unii fuseseră internați anterior în spitale de psihiatrie, a reieșit faptul că nici unul dintre ei nu fusese informat despre posibilitatea de a sesiza instanța judecătorească

⁵⁶ Art. 45 din Lege.

⁵⁷ Medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care îngrijește persoana, familia persoanei, reprezentanții serviciilor abilitate ale administrației publice locale, reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau pompierilor.

⁵⁸ Centru de plasament din jud. C., extras din raportul de monitorizare.

⁵⁹ articolul 52 din Lg. 487/2002.

⁶⁰ articolul 53 din Lg. 487/2002.

competentă în legătură cu internarea nevoluntară sau alte drepturi pe care le dețin în acest context.

Întrucât beneficiarii instituției sunt minori, dreptul la sesizarea instanței se exercită doar cu acordul sau de către reprezentantul legal al copilului. În multe cazuri reprezentantul legal a fost desemnat din rândurile personalului centrelor de plasament. Spre exemplificare, în perioada iunie-septembrie 2006, DGASPC din județul T. răspunde unei cereri de informații publice adresată Consiliului Județean T. de către CRJ:

”Nu a fost solicitat consimțământul președintelui C.J. pentru internarea minorilor într-o instituție de psihiatrie, exercitarea drepturilor părintești cu privire la persoana minorului fiind delegată prin hotărâre judecătorească șefului de centru⁶¹.”

În aceste condiții, trebuie subliniat faptul că reprezentantul legal s-ar afla într-o situație vădită de conflict de interese.

Deși potrivit Legii⁶² “drepturile și obligațiile părintești în situația copilului pentru care nu a putut fi instituită tutela și pentru care instanța a dispus măsura plasamentului sunt exercitate și, respectiv, îndeplinite de către președintele consiliului județean, respectiv de către primarul sectorului municipiului București”, în fapt acestea nu se respectă, drepturile și îndatoririle părintești fiind exercitate de către diverși membri ai personalului. Într-o astfel de situație se poate spune că reprezentare legală *de facto*, este neconformă legii, fiind exercitată de către personalul serviciilor publice specializate.

Copiii instituționalizați datorită unei boli mintale trebuie să beneficieze de măsurile de protecție prevăzute de Convenția cu privire la Drepturile Copilului și de regulile și instrucțiunile relevante ale Națiunilor Unite. Conform articolului 37 al Convenției, orice limitare a libertății trebuie să fie prevăzută de lege, trebuie să nu fie arbitrară și trebuie aplicată doar ca o măsură de ultimă instanță și pentru o perioadă cât mai scurtă posibil. Articolul 37 (c) prevede ca fiecare copil privat de libertate “să fie ținut separat de adulți, în afară de cazul în care se consideră în interesul copilului să se procedeze astfel”. Comitetul pentru Drepturile Copilului a lăsat să se înțeleagă că, în orice plasament instituționalizat, copiii cu dizabilități trebuie să fie separați de

⁶¹ Răspunsul CJIT/DGASPC T., înregistrat la CRJ sub nr. 582/09.10.2006.

⁶² Legea nr. 272/2004.

adult, iar conform articolului 25, Comitetul a remarcat importanța revizuirii periodice a plasamentului și a tratamentului⁶³.

Datele obținute în cursul vizitelor, precum și, în urma solicitărilor adresate, de la autoritățile județene de sănătate publică arată că, în continuare, există situații în care copii cu dizabilități mintale sunt internați în spitale de psihiatrie pentru bolnavi cronici adulți.

”Din octombrie 2005 și până în ianuarie 2006, minorul A. a fost transferat pentru schimbarea tratamentului dintr-un complex de servicii pentru copilul cu deficiențe neuropsihiatrice în secția de psihiatrie pentru adulți cronici bărbați din T.”⁶⁴

În vara anului 2006, CRJ a solicitat pe cale oficială reprezentanților autorităților de sănătate publică (ASP) din județele în care au fost efectuate vizite de monitorizare în centrele de plasament, date cu privire la numărul copiilor cu dizabilități mintale pe categorii de vârste care proveneau din centrele de plasament aflate în subordinea DGASPC și care au fost internați în spitalele de psihiatrie (secții de neuropsihiatrie infantilă și/sau secții de psihiatrie pentru adulți) în perioada 2005-2006. La 25.08.2006, ASP din județul T. drept răspuns la adresa CRJ arată că în perioada 2005-iulie 2006 au fost internați un număr de 58 de copii care proveneau din centrele de plasament din județul T., fără a preciza categoria de vârstă din care făceau parte aceștia, adăugând însă că per total (n.r. incluzând toți copiii și nu doar copiii din centrele de plasament) au fost internați un număr de 109 copii cu vârste sub 1 an și alți 534 cu vârste cuprinse între 1 și 4 ani. În aceeași perioadă, ASP din județul B răspunde solicitării CRJ că în anul 2005 au fost internați în spitalele de psihiatrie un număr de 19 copii, iar în primele 7 luni ale anului 2006 un număr de alți 29 de copii care proveneau din centrele de plasament au fost internați în spitalele de psihiatrie; 38 dintre copiii internați aveau vârste cuprinse între 1 și 4 ani (ASP din județul B. nu a precizat câți dintre aceștia proveneau din centrele de plasament). ASP din județul V., drept răspuns la adresa CRJ, a informat că un număr de 63 de copii care proveneau din instituțiile de protecție a copilului au fost internați în spitalele de psihiatrie. În aceeași adresă se arată că 10 copii aveau vârste sub 1 an și 94 de copii aveau vârste cuprinse între 1 și 4 ani, fără a preciza dacă acești copii proveneau din centrele de plasament. Unul dintre copii a fost internat într-un spital de psihiatrie pentru adulți din localitatea M.

⁶³ Hodgkin, R. și Newell, P., *Manualul pentru Implementarea Convenției cu privire la drepturile copilului*, UNICEF, 2004, pagina 403, “Libertatea supravegheată pentru copiii cu dizabilități”.

⁶⁴ Complex de servicii pentru copilul cu deficiențe neuropsihiatrice din județul M., extras din raportul de monitorizare.

Atât din observațiile directe făcute, cât și din documentele înregistrate, rezultă că sunt situații în care copiii, fără a avea un diagnostic care să justifice această intervenție, ajung să fie internați în spitale de psihiatrie.

Art. 60 alin.(1) din Legea nr. 272/2004 prevede că este interzis plasamentul copilului care nu a împlinit vârsta de 2 ani într-un serviciu rezidențial. Copilul cu handicap grav poate fi însă instituționalizat chiar dacă este mai mic de 2 ani. Așadar, conform normelor în vigoare, internarea într-un spital nejustificată de diagnosticul medical reprezintă dincolo de o gravă abatere, și o intervenție ce poate dăuna dezvoltării copilului, oricare ar fi motivele ce determină o astfel de măsură.

2.3 *Conținerea fizică a copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de protecție specializată*

Temenii de “*conținere fizică*” și de “*izolare*” sunt definiți în Principiile ONU pentru protecția persoanelor cu boli mintale și în normele de aplicare a legii sănătății mintale⁶⁵. Conținerea fizică, definită ca o *restricționare a libertății de mișcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l mobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale*, nu poate folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal sau de tratament⁶⁶.

Regimul general al conținării persoanelor cu tulburări psihice este stabilit de către normele și legea sănătății mintale⁶⁷, care însă nu prevăd criterii sau măsuri specifice ce pot fi adoptate în situația copiilor de vârste mici sau a adolescenților care necesită apărarea de propriile acțiuni. Convenția ONU cu privire la drepturile copilului (denumită în continuare Convenție) cuprinde însă prevederi relevante pentru copiii și adolescenții cu dizabilități mintale din instituțiile rezidențiale de protecție a copilului. Acestea includ dreptul copilului de a fi protejat împotriva tuturor formelor de abuz și rele tratamente.

Cu toate că măsura conținării poate fi utilizată numai atunci când este absolut necesară, sub monitorizare strictă (pentru a observa dacă nevoile fizice, de confort și siguranță

⁶⁵ Ordinul ministrului sănătății nr. 372 / 2006.

⁶⁶ Art. 21 (3) din Normele de aplicare a Legii sănătății mintale, aprobate prin OMS 372/2004.

⁶⁷ Legea nr 487/2002 a sănătății mintale.

ale persoanei conținute sunt îndeplinite) și numai la recomandarea scrisă a medicului psihiatru, fiind consemnată în detaliu într-un registru special⁶⁸, monitorii CRJ au întâlnit situații în care aceste prevederi nu erau respectate.

"Rezidenta M.X, în vârstă de 10 ani, a fost identificată într-unul din dormitoarele clădirii în care se aflau <legumele> (declarația asistentei medicale X). Rezidenta avea diagnosticul de autism infantil și retard psihic.(...) Rezidenta, sedată și imobilă, a fost găsită legată peste corp și de pat cu legături de pânză și tifon. Prima legătură îi traversa corpul la nivelul umerilor, a doua legatură la nivelul șoldului, iar cea de a treia era între genunchi și glezne.(...) Mâinile fetei nu erau vizibile, acestea fiind legate la spate la nivelul încheieturii antebrațului cu mână. Având mâinile astfel legate la spate, M.X. era complet imobilizată neavând în acel moment nici o libertate de mișcare. În momentul vizitei, în salon nu se afla nici un membru al personalului⁶⁹."

Pentru a preveni abuzurile și utilizarea nejustificată a mijloacelor de conținere fizică este necesar ca instituția să fie autorizată pentru punerea în practică a unor astfel de măsuri și să dispună de facilitățile și de personalul specializat. Mai mult, în aplicarea măsurii de conținere fizică personalul medical trebuie să depună toate eforturile pentru evitarea durerii⁷⁰. În dispoziția scrisă a medicului care a recomandat utilizarea acestei măsuri trebuie detaliate toți factorii care au condus la conținere și trebuie specificată natura conținării. În dispoziție trebuie precizată ora la care măsura de conținere a fost luată, iar conținerea nu poate avea o durată mai mare de 4 ore.

Conform legislației românești⁷¹, toate cazurile în care se aplică măsuri restrictive copiilor trebuie înregistrate într-o fișă specială, atașată Planului Individual de Servicii (PIS) pentru sănătate, precizându-se cel puțin: numele copilului, data, ora și locul incidentului; măsurile luate; numele membrilor personalului care au acționat; numele altor persoane martore la incident, inclusiv copii; eventualele consecințe ale măsurilor luate; semnătura persoanei autorizate să efectueze înregistrările. După aplicarea măsurii restrictive, copilul va fi examinat de un medic, în termen de 24 de ore.

⁶⁸ Art. 21 (8) din Normele de aplicare a Legii sănătății mintale, supra 12.

⁶⁹ Centru de recuperare a copilului cu nevoi speciale, județul V., extras din raportul de monitorizare.

⁷⁰ Art. 21 (4) din Norme, notă 12 supra.

⁷¹ Standardul 20.5 din Standardele minime de calitate privind serviciile pentru protecția copilului de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități, aprobat prin Ordinul ANPDC nr. 27 din 10/03/2004.

Aceasta contravine, însă, Principiilor Națiunilor Unite, privind Bolile Psihice, care subliniază “conținționarea trebuie efectuată **numai în baza dispoziției scrise a medicului**”. Prin aceasta neconcordanță este înlăturată o garanție importantă împotriva unor abuzuri cu consecințe deosebit de grave asupra dezvoltării fizice și psihice a copilului.

În situația M. X.,

”personalul a fost chestionat cu privire la situația lui M.X. Asistenta medicală a intrat în panică și a început să nege că fata ar fi fost legată. În același timp a început să dezlege legăturile rezidentei, repetând că aceasta nu este legată. O altă asistentă medicală, responsabilă de compartimentul rezidențial s-a adresat revoltată, întrebând dacă monitorii cunosc diagnosticul copilului, sugerând că în acest caz monitorii nu ar mai fi contrariați cu privire la măsurile adoptate de personalul centrului. Imediat responsabilă de compartiment a explicat că M.X. <se automutilează dacă stă nelegată> (n.r.: afirmația asistentei medicale responsabile de compartiment). În scop demonstrativ aceasta a propus și realizat până la sfârșitul vizitei de monitorizare, dezlegarea copilului pentru a dovedi ca aceasta se va autoagresa. După aproximativ 30-40 de minute monitorii au fost invitați de către aceeași asistentă <veniți s-o vedeți acum pe M.X.⁷². Am dezlegat-o și acum este plină de sânge> (n.r.: afirmația asistentei medicale, responsabilă de compartiment).”

Situații în care integritatea fizică și psihică a copiilor a fost pusă în pericol (chiar dacă nu de gravitatea cazului descris mai sus) au fost întâlnite în foarte multe dintre serviciile rezidențiale pentru protecția copiilor cu dizabilități vizitate de monitorii CRJ, iar din discuțiile cu **personalul prezent și intervievat în timpul vizitei a reieșit ca aceștia nu cunosc prevederile minimale cu privire la “conținționarea fizică” a copiilor.**

Astfel, o metodă de protejare a copilului care suferă de tulburări psihice poate fi transformată într-o metodă (abuzivă și dăunătoare) de gestionare a comportamentului dificil a unui copil. Lipsa unor evidențe înregistrate cu numărul și contextul restricționărilor fizice aplicate, lipsa recomandărilor scrise și specifice de restricționare a libertății de mișcare din partea unui medic neuropsihiatru, și mai apoi lipsa unor mijloace de protecție a integrității fizice

⁷² Extras de raportul de monitorizare realizat în urma vizitei din 6 mai 2006, în Serviciul de Protecție pentru copii cu nevoi medicale speciale și Centrul de recuperare și reabilitare neuromotorie din județul V.

și psihice a acestor copii prin cel puțin controlul și evaluarea înregistrărilor⁷³ de către coordonatorul SRD⁷⁴, pot pune în pericol viața și integritatea fizică a copiilor, precum în situația M.X. descrisă mai sus.

În acest context, pregătirea și instruirea personalului, cunoașterea psihologiei comportamentale și a normelor legale în vigoare, dezvoltarea capacităților, adaptarea conduitei și aplicarea unor intervenții bazate pe interesul superior al copilului, sunt esențiale pentru asigurarea unei protecții adecvate copiilor cu dizabilități.

”S.S., în vârstă de 21 de ani, la momentul vizitei avea legată în jurul mâinilor o panglică din material textil cu scopul imobilizării membrelor superioare. Tânăra a mărturisit că a fost legată deoarece <bate angajații> și a indicat una dintre educatoarele pe care o lovise în ziua respectivă. Măsura conținționării fizice nu era consemnată într-un registru special și nici nu existau informații despre durata de timp și monitorizarea stării de sănătate a tinerei imobilizate”⁷⁵.”

Prevederile normative interne relativ la controlul sau gestionarea “comportamentelor dificile” sunt sumare. Legislația actuală⁷⁶ nu prevede o linie de demarcație clară între “controlul” compartamentelor dificile și “conținționarea fizică” astfel încât măsurile de restricționare fizică să nu fie interpretate ca un mijloc de pedepsire a copiilor. Adoptarea acestor măsuri ar trebui să se facă pentru a asigura protecția copiilor împotriva vătămarilor corporale prin punerea în practică a tehnicilor de conținționare fizică *“doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire sau vătămare”⁷⁷*. Nu există prevederi explicite nici cu privire la situațiile de urgență în care pot fi aplicate măsuri de restricționare fizică, care sunt cele mai puțin restrictive măsuri sau care este comportamentul permis (în cazul copiilor cu dizabilități mintale severe). De asemenea nu se explicitează suficient ce anume se înțelege prin măsuri restrictive și, mai mult, alegerea celei mai bune măsuri restrictive este lăsată la discreția personalului, adesea nepregătit în acest scop.

⁷³ Standardul 20 “Controlul compartamentului” din Ordinul nr. 27/10.03.2004 al ANPCA

⁷⁴ SRD= serviciile pentru protecția copilului de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități, din Anexa din 10/03/2004 la Ordinul nr. 27/10.03.2004 al ANPCA.

⁷⁵ Complex de servicii din județul V., extras din raportul de monitorizare.

⁷⁶ În principal Ordinul ANPDC nr. 27 din 10/03/2004 de aprobare a Standardelor minime obligatorii privind serviciile pentru protecția copilului de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități și Ordinul MSP nr. 372/10.04.2006, privind normele de aplicare ale Legii nr. 487/2002.

⁷⁷ Art. 21 (2) din Normele de aplicare a Legii sănătății mintale.

"M.O. în vârstă de 14 ani are dezvoltarea biologică a unui copil de 5 ani, (...) este îmbrăcată într-un pulover cu mâneci foarte lungi folosit similar cu o cămasă de forță, având mâinile imobilizate în interiorul puloverului. M.O avea plăgi sângerânde pe obraji fără ca acestea să fie pansate și îngrijite. Personalul afirma că este autoagresivă și că în prezent lucrurile decurg normal pentru că înainte (de a fi conțenționată) M. <zbiera într-una, astfel încât nu te puteai auzi de ea>⁷⁸."

Este evident că, în contextul lacunelor legislative, a codurilor de conduită profesională sau chiar a ghidurilor de practică, dublate în anumite situații și de deficiențe cantitative și calitative de pregătire a personalului, *"comportamentul dificil"* (sau care pur și simplu solicită atenție) al unui copil nu poate fi tratat corespunzător. În astfel de situații, s-au înregistrat păreri ale personalului care au susținut că un astfel de comportament poate fi *"controlat"* numai prin improvizarea unor tehnici de conțenționare fizică de către personalul de îngrijire medicală (asistenta medicală și infirmiera/îngrijitoare), tehnici care, din perspectiva copiilor cu care s-a stat de vorbă, pot fi percepute în același timp și o formă de pedeapsă.

2.4 Metode de izolare a copiilor cu dizabilități mintale în instituțiile de protecție specializată

"Izolarea" este o modalitate de protejare a pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane. Măsura izolării poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpăre special prevăzută și dotată în acest scop. Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită corespunzător, să aibă acces la toaletă și lavator și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat⁷⁹. Măsuri de protecție suplimentare împotriva folosirii abuzive a măsurii de izolare a pacientului sunt aduse în același act normativ, menționându-se că măsura *"trebuie revizuită periodic la un interval de cel mult 2 ore"* și că trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil.

Metodele de izolare a minorilor din instituțiile vizitate de reprezentanții CRJ nu respectau standardele internaționale și nici legislația internă, iar în unele cazuri tratamentele observate au fost apreciate ca fiind echivalente cu cele degradante și inumane.

⁷⁸ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

⁷⁹ Art 22 (2) din Normele de aplicare ale Legii 487/2002.

*"V.M., în vârstă de 17 ani, diagnosticat cu **deficiență mintală severă**, tulburări de comportament și heteroagresivitate se afla singur într-o <cameră de izolare> dintr-un centru de plasament. V.M. este ținut pe o saltea, din care au rămas doar arcurile, fără lenjerie de pat. Personalul centrului a declarat că V.M. obisnuiește să se lege singur cu funii făcute din haine rupte, funii pe care și le înfășurase și legase în jurul bazinului și pe piept. În <Registrul cazurilor în care s-au aplicat măsuri restrictive copiilor> este consemnat: 07.05.2005 – în legătură cu V.M. internat deseori la Neuropsihiatrie orașul C. cu retard neuropsihic sever, manifestând crize, s-a decis izolarea copilului, înlocuirea geamurilor de sticlă, montarea de grilaje la ferestre, îndepărtarea obiectelor, supraveghere permanentă plus tratament corespunzător⁸⁰."*

La fel ca și în privința contenționării fizice, și în cea a izolării minorilor cu dizabilități mintale nu există standarde sau ghiduri de practica care să fie însușite la nivel național de către personalul de îngrijire și educativ angajat, și nici nu se cunoaște un program de formare și conștientizare a personalului din aceste instituții cu privire la pericolul la care pot fi expuși copiii în cazul aplicării arbitrare și continue a unor astfel de metode.

2.5 Accesul copiilor cu dizabilități mintale instituționalizați la servicii medicale

2.5.1 Servicii medicale primare și de specialitate ne-psihiatrice

Articolul 24 din Convenția ONU cu privire la drepturile copilului impune Statului român recunoașterea dreptului copilului de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate posibil și de a beneficia de servicii medicale și de recuperare adecvate. Ca urmare, Statul român este obligat să depună eforturi pentru a garanta că nici un copil nu este privat de dreptul său de a avea acces la astfel de servicii de îngrijire a sănătății. Mai mult, Statul român s-a angajat că în mod special pentru copii cu dizabilități fizice și mentale să asigure o "viață împlinită și decentă, în condiții care se garanteze demnitatea, să favorizeze autonomia și să faciliteze participarea activă la viața comunității"⁸¹.

⁸⁰ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

⁸¹ articolul 23 din Convenție.

Regula 2.3. din Regulile Standard ONU privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități precizează că “Statele trebuie să se asigure că persoanele cu dizabilități, în special nou-născuții și copiii, beneficiază de același nivel de asistență medicală ca și ceilalți membri ai societății”.⁸²

Conform legii 272/2005 toți copiii, inclusiv copiii beneficiari ai sistemului de protecție, au dreptul cel puțin la pachetul de servicii medicale minime și de bază acoperite de sistemul național de asigurări de sănătate. Accesul la servicii adecvate de îngrijire medicală este esențial în cazul copiilor cu dizabilități mintale, mai ales în condițiile în care aceștia prezintă handicap asociat. În majoritatea cazurilor monitorizate, însă, s-a constatat că exercițiul acestui drept este limitat, justificat de către personalul instituțiilor sau reprezentanții autorităților fie prin lipsa resurselor, fie datorită lipsei pregătirii personalului din instituții.

Din rapoartele de monitorizare a rezultat că în instituțiile vizitate serviciile medicale primare se asigură fie prin prezentarea periodică, în instituție, a unui medic de familie, fie prin transportarea copiilor la medicul de familie cel mai apropiat. Există însă și cazuri în care, neexistând aceste mijloace de transport, consultarea medicului nu a fost posibilă.

Unele instituții au prevăzut în organigramă postul de medic generalist, dar în peste jumătate din instituțiile vizitate acest post nu este ocupat. În general, serviciile medicale primare sunt asigurate de către personalul medical auxiliar angajat de către instituție (infermiere sau, în cel mai bun caz, asistente medicale).

În timpul culegerii de informații de pe teren, dar și a întâlnirilor regionale s-a menționat ca problemele se înregistrează, în general, la asigurarea tratamentului medical de specialitate, mai ales al celui stomatologic, pe care puține instituții îl pot oferi. Au fost relatate cazuri în care medicii stomatologi refuzau să-i trateze pe copii, din cauza dizabilității de care suferă aceștia, fiind interpretate ca o formă de discriminare.

”Copiii au, marea majoritate, probleme stomatologice serioase. Din cauza handicapului ei nu beneficiază de servicii stomatologice, fiind refuzați de stomatologii din orașul cel mai apropiat. În cazuri de urgență li se administrează analgezice și antibiotice. Directorul ne spune că-și propune să

⁸² Regulile Standard ONU, privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități.

înființeze un cabinet stomatologic chiar în complex, de care să beneficieze exclusiv rezidenții, fără a fi însă clar unde va găsi fondurile⁸³.”

În anumite cazuri de pe teren, monitorilor li s-au prezentat cazuri care au necesitat tratament medical de specialitate, urgent sau nu, și pentru care s-a recurs la internarea copilului în cel mai apropiat spital, fie și pentru numai pentru un simplu consult. Personalul instituțiilor au prezentat, de asemenea, situații în care, din cauza lipsei de mijloace de transport, apelează pentru transportul copilului la un serviciu medical de specialitate la salvare. În cel puțin trei din instituțiile vizitate au fost însă relatate cazuri în care salvarea a refuzat să se prezinte.

În câteva instituții au fost identificate situații în care copiii, fiind infectați cu HIV/SIDA, nu au putut beneficia de tratamentul medical necesar pentru îngrijirea afecțiunilor somatice, din cauza situației legate de infecția cu HIV. În același timp, nu au fost constatate măsuri luate de către personal pentru informare și prevenirea transmiterii infecției.

2.5.2 Tratamentul medical psihiatric

Dizabilitatea mintală⁸⁴ este reflectată, din punct de vedere medical, de un diagnostic de tipul întârziere sau retard mental (moderat, sever sau profund) și poate sau nu să implice psihoze cu tulburări accentuate sau grave de comportament⁸⁵. Unele tipuri de dizabilități impun tratament medicamentos, altele, în principiu, necesită doar îngrijire și terapie comportamentală.

În vederea tratării afecțiunilor psihice de care suferă, copiii beneficiari ai instituțiilor vizitate primesc tratament preponderent medicamentos, stabilit inițial de către un medic psihiatru sau neurolog. În cadrul vizitelor de monitorizare au fost înregistrate situații în care personalul instituțiilor a schimbat medicația sau modul de administrare, chiar dacă nu are calificarea necesară, justificând preponderent constrângerile bugetare.

⁸³ Complex de servicii din județul M., extras din raportul de monitorizare.

⁸⁴ Ordinul 725/01.10.2002 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap la copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, elaborate de Ministerul Sănătății în colaborare cu Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, stabilește trei categorii funcționale care sunt folosite pentru a determina nivelul handicapului la copii: *dizabilitate intelectuală ușoară, dizabilitate intelectuală fără alte asocieri, medie, accentuată și gravă*⁸⁴. Această clasificare este extrasă din Clasificarea Internațională a Bolilor, cea de-a zecea ediție (ICD – 10), și se bazează în principal pe nivelul coeficientului de inteligență.

⁸⁵ De exemplu autismul infantil, schizofrenia, stări dementiale după agresiuni cerebrale dobândite, cu/fără tulburări de personalitate; este obligatorie investigația socială pentru obiectivarea tulburărilor comportamentale.

”Medicamentul prescris (Depakine) era prea scump și instituția nu putea suporta costurile, așa că acesta a fost înlocuit cu Fenobarbital, care a produs modificări majore ale stării rezidenților, fiind imediat înlocuit cu Depakine⁸⁶.”

Tratamentul aplicat unei persoane cu afecțiuni psihice trebuie să fie direcționat către *„conservarea și dezvoltarea autonomiei personale”⁸⁷*, iar *„medicația trebuie administrată pacientului numai cu scop terapeutic și de diagnostic”⁸⁸*, în general pentru facilitarea terapiei. De asemenea, este obligatorie obținerea consimțământului informat⁸⁹ al pacientului sau al reprezentantului său legal cu privire la administrarea tratamentului. Dacă pacientul este minor, consimțământul se cere reprezentantului său legal. **Investigațiile efectuate în aceste sens în timpul vizitelor de monitorizare nu au putut evidenția faptul că aceste cerințe ar fi respectate în cazul copiilor instituționalizați.**

Legea⁹⁰ stipulează obligațiile organelor de specialitate în asigurarea accesului la serviciile de sănătate și la tratament adecvat, cât și “verificarea periodică a tratamentului copiilor care au fost plasați pentru a primi îngrijire, protecție sau tratament”⁹¹.

”În dosarul unui copil diagnosticat cu tetrapareză spastică și deficiență mintală severă, ultima parafă de medic era din anul 2002 (n.r. vizita care a consemnat această notă a avut loc în anul 2006). La investigarea acestui aspect, personalul a răspuns că dacă tratamentul merge bine nu este nevoie de control medical pentru că se ocupă asistentele medicale ale centrului”⁹².

Din discuțiile purtate de către monitorii CRJ și personalul instituțiilor sau reprezentanții DGASPC a reieșit că instituțiile din sistemul de protecție a copilului au foarte rar posibilitatea de a angaja un medic psihiatru rezident în instituție. Vizitele de monitorizare au consemnat faptul că în multe dintre instituțiile vizitate evaluările medicale ale copiilor nu erau la zi. S-au înregistrat situații în care în vederea diagnosticării sau reevaluării, copiii au fost internați pentru perioade

⁸⁶ Centru de plasament din județul A., extras din raportul de monitorizare. Cele două medicamente au substanțe active diferite.

⁸⁷ Principiul ONU 9 (4) al Bolilor Mintale.

⁸⁸ Principiul 10 (1) al Bolilor Mintale.

⁸⁹ Consimțământul informat este consimțământul obținut liber, fără amenințări sau sugestionări, după o informare adecvată a pacientului asupra informațiilor într-o formă și un limbaj pe înțelesul pacientului cu privire la evaluarea diagnosticului; scopul, metoda, durata și beneficiile așteptate pentru tratamentul propus; modele alternative de tratament, incluzând măsuri mai puțin restrictive; posibile dureri sau disconfort, riscuri și efecte secundare la tratamentul propus.

⁹⁰ Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului și Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale.

⁹¹ articolul 43, aliniatul (3), litera g) din Legea 272/2004.

⁹² Nota 73, supra.

îndelungate atât în spitale de psihiatrie pentru copii, cât și în secții de psihiatrie pentru adulți cronici, numai pentru schimbarea sau ajustarea tratamentului medicamentos.

S-a demonstrat științific și este de notorietate faptul că șederea pentru o perioadă semnificativă de timp, într-un mediu străin, care nu deține resursele necesare îngrijirii copiilor, sau într-un mediu spitalicesc care nu dispune de capacitatea de a asigura stimularea adecvată a copilului, poate afecta negativ dezvoltarea psihică a acestora.

În același timp, în cursul întâlnirilor regionale la care au participat directori ai DGASPC, aceștia au semnalat faptul că, în multe dintre situațiile întâlnite, medicii psihiatrii au refuzat internarea minorilor proveniți din centrele de plasament în secțiile pentru bolnavi acuți, trimițându-i în secții pentru bolnavi cronici din mediul rural, iar în alte situații internarea copiilor a fost refuzată.

Pe parcursul vizitelor de monitorizare, au fost identificate cazuri în care copiilor li se administrează tratament medicamentos antipsihotic care nu este întotdeauna susținut de diagnostic, conform interpretărilor medicului neuropsihiatru care a oferit consultanță în cadrul acestui proiect:

"M.M., care a relatat încercările sale de a protesta împotriva a ceea ce copiii consideră abuzuri ale personalului, este considerat de către șeful centrului ca 'cel mai dificil rezident'. Solicitat să ne spună ce diagnostic are copilul, șeful de centru declară că nu știe ce diagnostic și nici ce tratament are rezidentul. În cele din urmă declară că tratamentul ar consta în Zeldox, Fenobarbital, Haloperidol. După ce a fost adus dosarul personal al copilului, s-a aflat și diagnosticul rezidentului: retard mental sever (Q. I. <35), fără altă specificație⁹³."

Conform opiniei specialistului, toate medicamentele menționate sunt antipsihotice cu rol sedativ, administrate în principal în tratamentul schizofreniei și, astfel, oportunitatea administrării acestora este sub semnul întrebării. De asemenea, s-a precizat că aceste medicamente au rol de facilitare a terapiei de reabilitare, și nu pot constitui singura formă de tratament.

⁹³ Centru de plasament din județul O., extras din raportul de monitorizare.

Ținând cont de literatura de specialitate, medicație psihotropă are efect sedativ și în anumite situații foarte specifice se folosește ca o contenționare chimică de facto. Utilizarea acestei terapii însă are limite extreme definite și de codul deontologic al medicilor și farmaciștilor, iar folosirea ei din orice motiv altul decât cel medical, este considerată ca o violare a libertăților fundamentale ale persoanei respective.

2.6 *Îngrijirea, recuperarea și asistarea copilului cu dizabilități mintale*

Copilul cu dizabilități are dreptul la îngrijiri speciale și la ajutor adaptat situației sale și situației părinților sau a celor cărora le este încredințat⁹⁴. Statul recunoaște faptul că pentru copilul cu dizabilități trebuie să asigure o viață plină și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața colectivității⁹⁵. Scopul final este dezvoltarea individuală, recuperarea și integrarea socială cât se poate de completă a copilului. Copilul cu dizabilități are dreptul la recuperare, compensare, reabilitare și integrare, în vederea dezvoltării personalității sale⁹⁶.

În vederea atingerii obiectivelor menționate anterior, copiii cu dizabilități mintale trebuie să primească constant îngrijiri și terapie de specialitate, care să aibă ca finalitate recuperarea și reintegrarea socială a acestora. Acestea se reflectă în planul de servicii și, ulterior, în planul de intervenție personalizat sau planul de recuperare (însoțite fiind de indicatori specifici).

Primul obiectiv este prevenirea separării copilului de părinții săi. În acest scop, organele de specialitate ale administrației publice centrale și locale sunt obligate să inițieze programe și să asigure resursele necesare dezvoltării serviciilor destinate satisfacerii nevoilor copiilor cu handicap și ale familiilor acestora⁹⁷. În situațiile în care eforturile de prevenire a separării copilului de familie au eșuat, protecția acestuia în sistemul de protecție trebuie efectuată urmărind planul de intervenție personalizat care este pregătit bazat pe interesul superior al copilului.

Analizând dosarele copiilor din instituțiile vizitate, de monitorii din cadrul proiectului au identificat situații în care unii dintre copii au traseu îndelung instituționalizat, uneori chiar sinuos:

⁹⁴ Art. 23 (2) din Convenția Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului.

⁹⁵ Idem, art. 23 (1).

⁹⁶ Art. 46 (2) din Legea 272/2004.

⁹⁷ Idem, Art. 46 (4).

"S. X., în vârstă de 18 ani, a crescut în leagănul din orașul T, a fost într-un Centru de preșcolari în L., transferat ulterior la Școala ajutătoare din T. și în ultimii 2 ani – urmare a directivelor de a reveni în județele de origine – a fost transferat în centrul de plasament în care se afla la data vizitei de monitorizare..

P.X. (18 ani) a fost internată într-un leagăn la C., apoi la centrul pentru preșcolari în C., apoi la o școală ajutătoare din B, ajungând în final la centrul de plasament din V.

Nici unul din tineri nu știe ce urmează să se întâmple în continuare, având în vedere că urmau să iasă din sistemul de protecție a copilului⁹⁸."

Din discuțiile cu personalul instituției, au fost ilustrate unele cazuri în care planificarea pentru asistență și protecția copiilor care împlinesc 18 ani sau a persoanelor cu dizabilități, a fost influențată de alte criterii (mai degrabă administrative) decât cele ale nevoilor reale ale acestor beneficiari:

"Soarta rezidenților centrului (în curs de transformare în instituție pentru adulți) care vor împlini 18 ani în cursul anului 2006 va fi următoarea:

- 1. În iulie 2006 vor părăsi centrul de plasament (în care sunt găzduiți de aproape 6 ani) împreună cu personalul centrului;*
- 2. Vor fi distribuiți (n.r. nu s-au putut identifica criteriile) la case de tip familial și vor începe un proces de readaptare la noul mediu;*
- 3. În câteva săptămâni sau luni (după împlinirea vârstei de 18 ani) vor fi trimiși înapoi în centrul de plasament care devine centru pentru adulți unde vor găsi alt personal și alți rezidenți⁹⁹."*

În câteva dintre instituțiile vizitate au fost identificați nou-născuți cu vârste cuprinse între câteva luni și 2 ani, precum și copii cu vârste până în 7 ani care erau plasați în aceeași instituție în care majoritatea copiilor erau la vârsta adolescenței sau chiar tineri adulți cu vârste până la 23 de ani¹⁰⁰.

⁹⁸ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

⁹⁹ Centru de plasament din localitatea C, județul D., extras din raportul de monitorizare.

¹⁰⁰ La 4 mai 2006, într-un centru de plasament din județul I., monitorii CRJ au constatat prezența unui număr de copii de aproximativ 5 ani împreună cu tineri cu vârste cuprinse între 18-20 de ani. 7 copii nu aveau diagnostice pentru încadrare în grad de handicap. Într-un centru teritorial din T., la data vizitei erau copii cu vârste de 7 ani, împreună cu tineri de 23 de ani.

Găzduirea și îngrijirea copiilor cu vârste foarte mici împreună cu adolescenți și cu tineri pune în pericol dezvoltarea fizică și mentală a copiilor de vârstă preșcolară, cu atât mai mult cu cât personalul de îngrijire, educație și supraveghere nu dispunea de o formare în acest sens.

”Cei 5 copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 2,5 ani nu par a prezenta vreo formă de handicap. Singura problemă ar fi nestimularea acestora din punct de vedere fizic și al achizițiilor normale pentru vârsta pe care o prezintă. Acești copii sunt amplasați într-o cameră separată și ținuti în patuțuri gen <țarc>; motivul declarat pentru acest tratament a fost: <pentru o mai bună protecție a lor>. Copiii erau supravegheați de un membru al personalului. Unul dintre copii, de aproape doi ani, a fost așezat pe mocheta pentru a se vedea gradul de autonomie și nu a fost în stare să se autosusțină, această situație fiind interpretată de către personalul de specialitate ca fiind datorată într-o anumită măsură și lipsei de exercițiu și a lipsei de activitate fizică¹⁰¹. ”

Întrucât afectează în mod deosebit de grav dezvoltarea psihică și emoțională a copilului, instituționalizarea copiilor cu vârsta până în 2 ani este interzisă de lege¹⁰², cu excepția cazului în care acesta este diagnosticat cu handicap grav. În cadrul proiectului de monitorizare au fost identificate cazuri în care această prevedere este încălcată.

De exemplu, în 28 noiembrie 2005, într-un complex de servicii comunitare pentru persoana cu handicap din județul V. (destinat îngrijirii și recuperării copiilor, tinerilor și adulților cu handicap) au fost identificați 7 minori care aveau vârste cuprinse între 5 luni și 5 ani pentru care nu s-a putut evidenția un diagnostic care să justifice prezența lor într-o astfel de instituție. În 2 martie 2006, într-un centru de plasament din G. se aflau un număr de 5 copii cu vârste cuprinse între câteva luni și 2 ani și jumătate, pentru care nu a fost demonstrată încadrarea în gradul de handicap care să argumenteze protecția lor într-o astfel de instituție.

Încadrarea copilului într-un grad de handicap se realizează de către Comisia pentru protecția copilului¹⁰³; în cazul copiilor cu vârsta între 0 și 3 ani „dezvoltarea bio-psihosocială a copiilor este foarte complexă, ceea ce impune o analiză foarte serioasă și circumspecție în

¹⁰¹ Centru de plasament din județul G., extras din raportul de monitorizare.

¹⁰² Lg. 272/2004, art 62 alin. (1) și (2).

¹⁰³ Conform dispozițiilor art. 2, alin. 1, lit a), din HG nr. 1427/2004), pe baza criteriilor medicale și psihosociale prevăzute în Ordinul comun nr. 12.709 /2002 al Ministerului Sănătății și Familiei și al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. 725/2002.

decizia de încadrare”¹⁰⁴. Atacarea hotărârilor comisiei se poate face numai de către reprezentantul legal al copilului la tribunalul de la domiciliul copilului, cauzele fiind soluționate potrivit regulilor speciale de procedură prevăzute de Legea 272/2004.

În situațiile identificate și menționate mai sus și din discuțiile desfășurate în timpul vizitelor de monitorizare a reieșit că personalul de îngrijire, fie nu cunoștea situația legală a copiilor, fie declara că acei copii erau abandonați, fapt care ar fi putut dauna dezvoltării ulterioare a copiilor și prevenirii abuzurilor.

Oricărui copil, cu dizabilitate sau nu, aflat în sistemul de protecție trebuie să i se asigure serviciile conform planului de intervenție personalizat bazat pe interesul superior al copilului și pe prevederile legale în vigoare. Orice abatere de la acest principiu, justificat sau nu, constituie o violare a drepturilor fundamentale ale copilului.

Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Tratatelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante (CPT 1998) recomandă un număr de criterii pentru evaluarea îngrijirii sănătății furnizate tuturor celor care sunt îngrijiți în cadrul instituțional (și în mod special aceora care sunt internați împotriva voinței lor), criterii stabilesc și un set de standarde care pot fi aplicate și celor care sunt în mod voluntar plasați în facilități de tip rezidențial pentru îngrijirea sănătății.

Aceste criterii includ:

- accesul la un medic independent și pregătit adecvat;
- respectul pentru consimțământul pacientului și confidențialitate;
- accesul la îngrijiri medicale preventive;
- independență profesională și competență din partea doctorului (CPT/Inf/(98) 12).

Pentru apărarea drepturilor copiilor cu dizabilități sunt prevăzute o serie de garanții legale cum ar fi: reevaluarea periodică a plasamentului și a tratamentului medical; posibilitatea contestării plasamentului și a încadrării în grad de handicap; accesul copilului cu handicap la sistemul de soluționare a plângerilor.

¹⁰⁴ Criterii generale medico-psihosociale de identificare și încadrare a copiilor (0-18 ani) cu deficiențe și handicap (dizabilități), Ordinul 12907/2002 al ANPCA.

Evaluările din cursul monitorizărilor au scos în evidență și situații cu disfuncții în ceea ce privește funcționarea practică a acestor garanții, cum ar fi încadrarea în gradul de handicap care se face de către Comisia pentru protecția copilului, care nu este nici măcar obligată să audieze sau să vadă copilul. Adulții cu handicap pot contesta încadrarea într-un grad de handicap la o instanță administrativă înainte de a se adresa justiției, în timp ce copiii nu beneficiază de aceasta posibilitate. În acest context, reevaluările periodice pot fi considerate formale.

În ceea ce privește aplicarea prevederilor legale care garantează preocuparea pentru recuperarea copilului, în cursul vizitelor de monitorizare, monitorii **nu au putut identifica planuri de recuperare pentru toți copiii instituționalizați**. Documentația referitoare la copii era adesea incompletă sau nu era conformă cu cerințele legale în vigoare. De exemplu, monitorii au avut dificultăți în identificarea managerului de caz.

"Directorul a declarat că, de la Direcție fuseseră numiți 5-6 manageri de caz în funcție de zona de proveniență a copilului, dar ca aceștia nu vin să viziteze copiii și că dacă ar fi să întrebăm ce manager de caz are un anumit copil, i-ar fi greu să răspundă, pentru că ar trebui să vadă de unde este copilul și abia apoi să caute ce manager de caz se ocupă de el¹⁰⁵."

De asemenea, în cursul vizitelor de monitorizare s-a constatat că multe din instituțiile vizitate se luptau cu problema personalului insuficient sau slab calificat. Din analiza organigramei, a rezultat că structura diferă de la instituție la instituție; unele nu prevăd posturi esențiale pentru recuperarea beneficiarilor, ca de exemplu psihiatru, psiholog, logoped sau kinetoterapeut. În plus, s-a evidențiat în anumite instituții că, în fapt, chiar dacă un post de specialist este prevăzut în organigramă, în mai mult de jumătate din cazuri acesta a fost identificat ca vacant, iar justificarea interlocutorului a subliniat salariile mici, condițiile de muncă sau amplasamentul instituției (de exemplu, în zona rurală, dificil de accesat). De cele mai multe ori standardele referitoare la proporția dintre numărul personalului și cel al copiilor nu sunt respectate.

În alte situații monitorii au evidențiat lipsa pregătirii necesare, însoțită uneori de indiferența față de nevoile sau interesele beneficiarilor, care poate avea consecințe din cele mai grave:

¹⁰⁵ Centru de plasament din județul I., extras din raportul de monitorizare.

"A fost identificat un tânăr care prezintă o rană în regiunea frontală stânga, precum și semnele unor alte răni vindecate. Personalul nu a putut oferi explicații cu modalitățile sau instrumentele care ar putea fi utilizate pentru a preveni alte răniri ale tânărului, cum ar fi spre exemplu "casca de protecție specială"¹⁰⁶."

"Personalul declară că fata prezintă frecvent crize de autoagresivitate, lovindu-se cu capul de ciment, fără a fi însă oprită de personalul de îngrijire și educație și fără a fi găsite soluții pentru protecția fetei"¹⁰⁷."

În multe dintre instituțiile monitorizate în care se aflau copiii cu diverse grade de dizabilități mintale, monitorii au observat calitatea slabă a îngrijirilor și serviciilor acordate copiilor care aveau un grad sever sau accentuat de dizabilitate. În contextul vizitelor realizate atât în instituțiile de protecție a copiilor cu dizabilități mintale, dar și în centrele pentru reabilitarea și recuperarea tinerilor sau adulților cu dizabilități mintale este important de subliniat că un asemenea tip de îngrijire afectează dramatic șansele de recuperare sau reintegrare a copiilor.

"Copiii cu handicap sever sunt ținuți în clădirea vecină. Toți cei 19 copii sunt incontinenți și poartă pampersi. (...) Copiii dorm câte doi în pat, și cerșesc vizitatorilor mângâieri. În ultimul salon sunt ținuți copii care suferă și de handicap asociat (motric), toți cu vârsta între 12 și 20 de ani, deși din punct de vedere fizic sunt extrem de sub-dezvoltați. Nici unul din ei nu poate comunica articulat. (...) Toți copiii au mușchii membrelor atrofiați și nu părăsesc niciodată camera în care sunt ținuți, nici măcar pentru a lua aer, în curtea centrului de recuperare și reabilitare care-i găzduiește."

În general monitorii au observat puțină preocupare pentru recuperarea copiilor, educarea sau socializarea lor:

"Personalul auxiliar (infirmirele) petrec cea mai mare parte a timpului cu rezidenții, și confirmă faptul că activitățile planificate (educaționale, de joc, de terapie) sunt realizate pe perioade foarte scurte de timp – 30 min. sau în unele zile deloc, copiii rămânând practic în grija infirmierelor 24 ore din 24, în condițiile în care în instituție sunt 6 educatori angajați cu normă întreagă"¹⁰⁸."

¹⁰⁶ Centru de recuperare din județul N., extras din raportul de monitorizare.

¹⁰⁷ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

¹⁰⁸ Centrul de plasament din județul M., extras din raportul de monitorizare.

"Doamna psiholog a declarat că activitățile pe care le desfașoară sunt consilierea și evaluarea beneficiarilor.(...) Nu a știut să spună ce teste folosește și nici nu a putut să ne precizeze ce tip de intervenții terapeutice folosește pentru cei cu tulburări de comportament¹⁰⁹."

Vizitele de monitorizare realizate au evidențiat faptul că în aproape toate instituțiile de protecție (n.r. vizitate) în care se aflau copiii cu dizabilități mintale severe, se impune adoptarea unor măsuri de urgență care să conducă la cunoașterea și aplicarea măsurilor și a standardelor de calitate minime în ceea ce privește îngrijirea și recuperarea copiilor cu dizabilități mintale.

În ceea ce privește educația elevilor din școlile speciale care sunt obligați să urmeze programa de învățământ, vizitele de monitorizare au evidențiat diverse situații:

- Din discuțiile cu copiii, monitorii au identificat, sub numele de terapie ocupațională, forme de muncă a copilului:

"Băieții din instituție au reclamat și faptul că pe toată perioada iernii instructorii din căsuțe i-au obligat să spargă și să aranjeze lemne, chiar și atunci când copiii s-au plâns de frigul de afară și de faptul că le îngheață mâinile¹¹⁰."

- În multe dintre instituții, monitorii au observat că ieșirile copiilor în afara instituției sunt în general controlate și limitate. Este cunoscut faptul că integrarea copiilor în comunitatea locală depinde într-o mare măsură și de accesul acestora la viața comunității, iar limitarea sau lipsa de facilitare a „ieșirilor” copiilor în societate poate afecta într-o anumită măsură formarea deprinderilor pentru o viață independentă și, implicit, integrarea acestora în societate.

În discuțiile care s-au purtat cu monitorii în cursul vizitelor organizate în cadrul proiectului, copiii și-au manifestat în general dorința de a avea o viață normală, de a întemeia o familie, dar aprecierile personalului care se ocupa de acești copii nu denotă interes sau preocupare față de exprimarea acestui gen de dorințe.

În ceea ce privește subiectul legat de dezinstituționalizare, s-au înregistrat multe situații în care personalul a menționat că o parte dintre beneficiari încep să fie orientați către case de

¹⁰⁹ Centru de plasament din județul G., extras din raportul de monitorizare.

¹¹⁰ Centru de plasament din județul M., extras din raportul de monitorizare.

tip familial, aparținând/administrate/finanțate în aproape toate cazurile analizate de către organizații non-guvernamentale.

Referitor la reintegrarea în familie, informațiile culese din instituțiile vizitate au arătat că aceasta este posibilă pentru o parte din beneficiari și, în general, în situația copiilor cu handicap ușor. Însă au fost subliniate și situații în care unii dintre copii, chiar dacă au împlinit 18 ani, revin după o vreme în instituție, reclamând abuzul familiei sau dificultatea de reintegrare într-o societate pentru care ei susțin că nu au fost pregătiți și/sau nu îi acceptă întotdeauna

"I. a fost reintegrată în familia naturală la solicitarea mamei. După cca. 3 săptămâni, mama a readus-o în centru spunând că nu mai poate să o întrețină (constângeri de ordin financiar). Întrebată cum s-a simțit în perioada șederii în familie, fata a povestit ca mama sa locuia în gazdă într-o cameră, în condiții precare. Mama sa i-a interzis să comunice altora faptul că era fiica ei și o ținea mai mult închisă în casă"¹¹¹

Rapoartele de monitorizare au subliniat situații în care munca, sub diverse forme, este promovată ca o formă de integrare.

"Copii mai mari au declarat că lucrează în oraș la negru. O mare parte din copiii fără dizabilități instituționalizați muncesc la solicitarea direcției de protecție a copilului: descarcă produsele alimentare din camioane"¹¹².

Rapoartele au generat și indicii că în instituțiile vizitate, în general, copiii instituționalizați nu sunt pregătiți pentru reintegrare, atunci când există resurse la nivelul comunității cum ar fi serviciile pentru o viață independentă sau locurile în apartamentele pentru tinerii care părăsesc centrele de plasament. Monitorii au semnalat însă și situații în care, după percepția copiilor, posibilitatea externării din instituție/sistem a fost folosită de către personal ca amenințare, accentuând astfel angoasele personale legate de părăsirea instituției.

"Copiii au relatat că sunt foarte frecvent amenințați de una din educatoare: <Lasă că ajungeți voi în stradă și veniți la ușa mea sa cerșiți o coaja de pâine, nu am să vă dau, ba mai bine cu coada de mătură o să vă dau... aici aveți de toate, o să ajungeți de aici pe drumuri>"¹¹³.

¹¹¹ Centru de plasament din județul V., extras din raportul de monitorizare.

¹¹² Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

¹¹³ Idem nota 99 supra.

Din discuțiile cu asistenții sociali sau cu psihologii angajați ai centrelor de plasament sau ai serviciilor specializate din cadrul DGASPC, nu s-a putut constata existența vreunei forme sistematice și eficiente de monitorizare a tinerilor care părăsesc instituția pentru protecția copilului. Multe din răspunsurile primite din partea reprezentanților DGASPC în perioada 2004-2005 au relevat faptul că nu există o practică în sensul monitorizării situației tinerilor care au părăsit centrele de plasament. În cadrul întâlnirilor regionale organizate cu reprezentanți ai DGASPC în anul 2006, a fost remarcat faptul că pregătirea pentru externarea din centrele de plasament a tinerilor cu dizabilități mintale și, mai apoi, integrarea acestora este încă la un nivel puțin cunoscut atât de către personalul centrelor de plasament cât și la nivelul tinerilor care se aflau în aceasta ipostază.

2.7 Lipsa unor garanții reale pentru protejarea copiilor cu dizabilități mintale împotriva violenței și abuzului în instituțiile de protecție specializată

2.7.1 Protecția împotriva abuzurilor

Fiecare copil are dreptul de a fi protejat împotriva oricărei forme de violență sau abuz fizic sau mental¹¹⁴. Implementarea acestui drept de către stat include incriminarea și sancționarea oricărui act de violență împotriva copilului, instituirea de proceduri accesibile și eficiente de sesizare a actelor de violență, precum și a unor măsuri cu scop preventiv care protejează copilul împotriva actelor de violență.

Vizitele de monitorizare au constatat și situații care nu reflectă aceste principii.

”Copiii au relatat un incident privind scoaterea unei fete, de păr, afară din sala de mese și refuzul de a mai avea acces la masa de cină, deoarece nu a respectat regula impusă de personalul de supraveghere de a nu vorbi în timpul servirii mesei. Copii au povestit că 3 – 4 membrii ai personalului s-au coalizat și au închis-o și bătut-o pe fata <vinovată> într-o altă cameră. Unele dintre beneficiare s-au plans de bătăile cu nuiiele, cu scânduri de la pat sau cu coada de la mătură, provocând unora dintre fete vânătăi pe porțiuni din corp, ultima victimă de care-și aminteau fetele fiind din perioada vacanței de vară a anului 2005. Una dintre fete a povestit monitorilor cum a fost grav tăiată la mână cu o foarfecă deoarece s-a opus pedepsei de tundere a părului <la

¹¹⁴ Art. 19 din Convenția ONU cu privire la drepturile copilului.

zero>, pedeapsă aplicată de personal pentru corectarea comportamentului urât. Copii au menționat de asemenea că limbajul folosit de personalul din centru la adresa fetelor și a tinerelor este vulgar și umilitor: <fraierelor> sau <handicapatelor>¹¹⁵.”

În România, Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului, definește actul de abuz asupra copilului ca fiind:

”orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de aceasta, prin care este periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului”¹¹⁶.”

Toate actele care pot constitui violență sau abuz asupra copilului sunt incriminate de către legislația penală română¹¹⁷.

Studiile efectuate anterior atestă că rata actelor de abuz și violență comise împotriva persoanelor cu dizabilități este considerabil mai mare decât rata în rândul populației generale, și mai ridicată în rândul populației feminine cu dizabilități. Astfel de abuzuri pot apărea în instituții sau în alte tipuri de îngrijire cum sunt cele de tip familial. Pot fi exercitate de persoane străine sau de persoane cunoscute persoanelor cu dizabilități și pot lua multe forme de la violența verbală la actele de violență fizică sau la refuzul de a asigura satisfacerea nevoilor de bază ale persoanelor cu dizabilități mintale.

În raportul “Protejarea adulților și copiilor cu dizabilități împotriva abuzului”, abuzul în cadru instituțional este văzut de mulți ca fiind endemic și poate apărea în cadrul unor practici de depersonalizare, lipsa de intimitate, hrană și căldură inadecvate, personal slab pregătit și lipsa personalului de supraveghere, precum și izolarea de activitățile desfășurate în comunitate.¹¹⁸ Autorul H. Brown în cooperare cu Grupul de lucru împotriva violenței și a relelor tratamente și abuz împotriva persoanelor cu dizabilități prezintă, în raportul menționat, o tipologie a abuzurilor în funcție de forma acestora, cum ar fi:

¹¹⁵ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

¹¹⁶ Articolul 89, alin. (1) din Legea 272/2004.

¹¹⁷ De exemplu, art. 174 (omorul) și 175 (omorul calificat); art. 178 – uciderea din culpă; 180 – loviri și vătămări corporale; art. 181 și 183 – vătămare corporală; art. 306 – rele tratamente aplicate minorului; art. 203.1 – hărțuirea sexuală; art. 197 – violul; art. 198 – act sexual cu un minor; art. 210 – perversiunea sexuală, etc.

¹¹⁸ Brown Hillary “Safeguards adults and children with disabilities against abuse”, Council of Europe, February, 2003.

- **Violența fizică**, incluzând folosirea abuzivă a pedepselor corporale, încarcerarea, incluzând închiderea unei persoane într-o cameră și nepermiterea părăsirii încăperii, supramedicarea sau administrarea greșită a medicației, experimentele medicale sau implicarea în cercetări invazive fără consimțământ;
- **Abuzul sexual și exploatarea**, incluzând răpirea, agresarea sexuală, hărțuirea, expunerea indecentă, implicarea în pornografie și prostituție;
- **Amenințări psihologice**, constând de obicei în abuz verbal, intimidare, hărțuire, umilire și amenințarea cu abandonul sau pedeapsa, șantajul emoțional, infantilizarea adulților;
- **Intervenții care violează integritatea persoanei**, incluzând programe terapeutice, educaționale și de comportament;
- **Abuzul financiar**, fraudă, sustragerea bunurilor, a banilor sau a proprietăților;
- **Neglijarea, abandonul sau privarea**, pot fi fizice sau emoționale și includ adesea o asociere de factori, cum ar fi lipsa îngrijirilor medicale, privarea de hrană sau lichide, sau lipsa satisfacerii altor necesități zilnice inclusiv în contextul programelor educaționale sau de comportament.

Rapoartele de monitorizare au evidențiat situații în care violența împotriva copiilor cu dizabilități reprezintă o problemă în majoritatea instituțiilor vizitate. Copiii cu dizabilități mintale sunt, în general, o categorie mult mai vulnerabilă în fața violenței și abuzurilor, și se pot apăra cu mai multă dificultate. Monitorii au sesizat și raportat situații în care copii au interpretat diverse forme de abuz, ca pedepse administrate din motive care țin de dizabilitatea lor, exemple susținute chiar și de personalul instituției:

”Personalul centrului a recunoscut că administrează pedepse fizice beneficiarilor incontinenți¹¹⁹.”

motivând că gestul lor este o reacție violentă față de manifestări pe care copiii nu le pot controla și la care ar trebui să răspundă cu îngrijiri suplimentare.

Atât copiii, cât și personalul au admis ca există situații în care abuzurile verbale sunt extrem de frecvente, de la porecle și nume umilitoare și degradante la folosirea de expresii vulgare sau licențioase la adresa copiilor.

¹¹⁹ Centru de plasament din județul C., extras din raportul de monitorizare.

Rapoartele de monitorizare confirmă că în aproape toate instituțiile s-a putut constata la momentul vizitei¹²⁰ că au existat abuzuri fizice de tipul bătăilor administrate de către personal copiilor sau de către tinerii cu dizabilități mintale copiilor cu vârste mai mici. În câteva situații, copii au relatat faptul că personalul fie asista la aceste bătăi, fie „instiga” și încuraja tinerii, atunci când doreau să aplice astfel de măsuri copiilor cu vârste mai fragede fără a fi trași mai apoi la răspundere. De asemenea, pe parcursul vizitei, monitorilor li s-au relatat de către copii, cazuri de abuz sexual exercitat asupra lor, fie de către unii dintre membrii personalului de supraveghere:

”Una dintre fete a fost abuzată sexual de unul dintre educatori. Conform declarațiilor celorlalți copii (și mai târziu a minorei) violul s-a petrecut în centru, atât personalul, cât și copii auzind despre existența unui asemenea act de abuz. La aproape un an de la comitere, minora a depus plângere la DGASPC care a demarat o anchetă implicând poliția și parchetul, educatorul fiind suspendat din funcție. Ni s-a spus că sub presiunea unora dintre membrii personalului tânara (între timp a împlinit 18 ani) și-a schimbat declarația, demersurile juridice fiind suspendate. Ulterior, educatorul a fost reinstalat în funcție unde își desfășoară activitatea și în momentul de față¹²¹.”

fie de către unii membri ai familiei, în timpul vizitei acesteia

”Ni s-a relatat cazul uneia dintre tinere, care a fost victima unui viol din partea tutorelui, în timpul unei vacanțe petrecute în afara centrului. În urma violului, tânăra a rămas însărcinată. Din centrul maternal ea a fost internată la Spitalul de Psihiatrie și ulterior în centru, fiind în prezent separată de copilul său care se află în îngrijirea unui asistent maternal. Diagnosticul la externarea din Spitalul de Psihiatrie a fost: crize funcționale. Nu ni s-au furnizat informații despre procedurile legale urmate de DGASPC cu privire la reclamarea și investigarea abuzului sexual la adresa tinerei de către tutore și nici dacă au fost sesizați reprezentanții Autorității Tutelare¹²².”

sau, în unele situații, chiar de către tinerii din instituții:

”Unul dintre angajați a mărturisit într-o discuție privată faptul că există ”situații de abuzuri sexuale din partea rezidenților mai mari asupra celor mai mici”, nominalizând chiar unul dintre copii care căzuse victimă¹²³.”

¹²⁰ Atât pe baza declarațiilor copiilor, cât și prin observarea aspectului fizic al acestora.

¹²¹ Centru de plasament pentru copiii cu dizabilități din județul T., extras din raportul de monitorizare.

¹²² Centru rezidențial din județul V., extras din raportul de monitorizare.

¹²³ Centru de plasament din județul V., extras din raportul de monitorizare.

Situații precum cele menționate anterior pot fi prevenite prin crearea și punerea în practică a unor mecanisme de protecție împotriva abuzurilor, cum ar fi educația sexuală pentru copii în funcție de vârstă și nivelul de înțelegere, plasamentul copiilor în funcție de vârstă și nevoile acestora, precum și creșterea numărului de personal pregătit în mod adecvat.

Raportele de monitorizare au semnalat și unele cazuri în care comportamentul personalului reprezintă tratament degradant în înțelesul stabilit de către Curtea Europeană a Drepturilor Omului.

”Copiii au declarat că unul dintre educatori, supărat pentru că ei ar fi făcut gălăgie, i-a obligat să se dezbrace complet și i-a bătut cu pantofii”¹²⁴.”

Monitorii care au participat în acest proiect nu au putut identifica măsurile luate de către personalul instituțiilor pentru a preveni abuzurile sau violențele. Dimpotrivă, rapoartele lor consemnează că în majoritatea instituțiilor s-a putut evidenția un comportament violent al personalului care este considerat acceptabil și tolerat de către colegi și superiori.

Copiii și tinerii cu dizabilități mintale, și în mod special cei care se află în instituțiile de protecție rezidențială din mediul rural, sunt deosebit de vulnerabili în fața actelor de abuz sau a altor forme de tratamente degradante. Acestea afectează dezvoltarea fizică și emoțională a copiilor și a tinerilor, sunt considerate un afront la demnitatea lor și contribuie la încetinirea dobândirii autonomiei și a independenței față de instituțiile de protecție. Protecția legală împotriva unor astfel de acte de abuz și tratamente degradante are o importanță deosebită în protejarea copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale și în asigurarea integrității fizice și psihice a acestora, indiferent în ce fel de instituție sau mediu se află.

2.7.2 Sesizarea abuzurilor

Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului include ca mijloc de protecție împotriva *”pedepselor fizice sub orice formă, precum și privarea copilului de drepturile sale de natură să pună în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, atât în familie cât și în orice instituție care asigură protecția, îngrijirea și educarea copiilor”¹²⁵ și obligația sesizării* suspiciunii sau a actului de abuz de către *orice persoană care prin natura profesiei sale*

¹²⁴ Centru de plasament din județul M., extras din raportul de monitorizare.

¹²⁵ art. 90 din Legea. 272/2004.

*lucrează direct cu un copil*¹²⁶. Această sesizare trebuie adresată serviciului public de asistență socială sau direcției generale de asistență socială și protecție a copilului. **Respectarea acestei prevederi este deosebit de importantă în contextul în care, adesea, gravitatea și natura handicapului reduc la minimum accesul direct al copilului din instituții la mecanismele de soluționare a plângerilor.**

Cu toate acestea, în contextul abuzului intra-instituțional, responsabilitatea sesizării revine astfel însăși persoanei sau persoanelor care comit abuzul, și care, se poate interpreta că nu ar avea interes să efectueze sesizarea. La acestea se adaugă tendința personalului din instituție (constatată în cursul vizitelor) de a nega sau ascunde situațiile sesizate, precum și problemele asociate cu raportarea unui abuz în cadrul sistemului.

*”La data de 01.05.2005, una din angajate a agresat fizic un copil, fracturându-i o mână. Fetița a necesitat aparat gipsat care s-a aplicat la Spitalul Municipal. Personalul a declarat ca fetița a alunecat în baie (medicul exprimându-și îndoiala, fără însă a stabili cauzele exacte datorită dificultăților verbale de comunicare a pacientei). Un alt membru al personalului a informat conducerea DGASPC de acest fapt. Unul dintre angajații de specialitate din cadrul centrului ne-a informat că ar fi primit amenințări din interiorul centrului dacă mai continuă procesul de reclamare a faptelor de violență fizică*¹²⁷.”

Sesizările astfel adresate ar urma să fie investigate și soluționate de către reprezentanții DGASPC¹²⁸. Însă, în ceea ce privește modul de soluționare a unor astfel de sesizări, singura prevedere relevantă stabilește, în mod general, că *“angajatorii au obligația să sesizeze de îndată organele de urmărire penală și să dispună îndepărtarea persoanei respective de copiii aflați în grija sa”*.¹²⁹

În fapt, din informațiile colectate în cadrul acestui proiect, s-a constatat că mecanismul de sesizare a abuzului și protecție pe care o conferă autoritățile publice copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale, nu este funcțional (eficient) în instituțiile de protecție de tip rezidențial vizitate de monitori.

¹²⁶ Idem, art. 91.

¹²⁷ Centru de plasament din județul I., extras din raportul de monitorizare.

¹²⁸ Art. 92 și art.93 din Legea 272/2004.

¹²⁹ idem art. 96.

”Din declarațiile rezidenților reiese faptul că personalul folosește violența fizică asupra acestora, în mod special asupra celor mai mici dintre ei. Un caz relevant în acest sens este și cel al unui rezident băiat care a fost bătut de către șoferul instituției. Situația a fost reclamată la DGASPC de către rezident după ce acesta a fugit din centru. Deși a fost demarată o anchetă în acest caz, șoferul – agresor nu a primit nici o sancțiune, activând și în prezent în cadrul centrului¹³⁰.”

Una dintre garanțiile de protecție împotriva abuzurilor o reprezintă asigurarea posibilității copilului de a face plângere la autoritățile competente. Ca metode de prevenire a actelor de abuz, legea prevede, de exemplu, înființarea “telefonului copilului” însă monitorii au consemnat că în nici un centru vizitat beneficiarii cu care s-au întâlnit și discutat nu erau informați cu privire la existența unui asemenea serviciu. De asemenea, în multe dintre situațiile observate de monitori s-a evidențiat faptul că beneficiarii nu aveau deprinderile necesare de comunicare pentru a putea utiliza un asemenea mijloc de comunicare.

”Nu au existat și nu există proceduri de sesizare și reclamații (...). Datorită situației medicale speciale în care se află rezidenții (retard mintal sever) conștientizarea de către aceștia a eventualelor abuzuri la care sunt supuși este puțin probabilă. Capacitățile de comunicare ale rezidenților la momentul vizitei erau extrem de diminuate (...) Directorul declară că, din totalul de 50 de rezidenți (cu vârsta cuprinsă între 6 și 20 de ani), doar 5 pot comunica verbal (...). Șefa de centru ne-a mărturisit că are încredere deplină în comportamentul etic și profesional al personalului din subordine și nu este îngrijorată în legătură cu eventualele abuzuri pe care personalul centrului le-ar putea exercita asupra copiilor.(...) Conducerea centrului nu a prezentat nici o procedură pe care o utilizează pentru a supraveghea și a se informa în legătură cu eventualele abuzuri¹³¹.”

Articolul 85, alin. 2 din Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului conferă copilului posibilitatea de a sesiza autoritățile abilitate de lege să ia toate măsurile corespunzătoare pentru a-l proteja împotriva oricăror forme de violență, inclusiv violența sexuală, vătămare sau de abuz fizic sau mental, de rele tratamente sau de exploatare, de abandon sau neglijență. Copilul are, de asemenea, dreptul de a fi informat cu privire la

¹³⁰ Centru de plasament din județul T., extras din raportul de monitorizare.

¹³¹ Centru de plasament din județul O., vizită din data de 28.03.2006, extrase din raportul de monitorizare.

drepturile sale și la modalitățile de exercitare a acestora, precum și dreptul de depune singur plângeri referitoare la încălcări ale drepturilor sale fundamentale.¹³²

Vizitele efectuate, în contextul discuțiilor cu beneficiarii instituționalizați și personalul centrelor, au evidențiat faptul că în instituțiile vizitate nu există o practică sau procedură care să poată susține implementarea acestor drepturi.

"Copiii au declarat că nu își cunosc drepturile fundamentale și că nu au fost informați cu privire la acestea. Asistentul social a declarat că o listă cu drepturile fundamentale este afișată pe peretele școlii unde învață copiii, iar ea are rolul de a-i informa pe copii despre drepturile pe care le au, acest fapt fiind însă infirmat de către minorii intervievați. În centrul de plasament nu a putut fi observat nici un afișier unde să fie afișate drepturile rezidenților. O mare parte dintre beneficiarii intervievați au declarat că dacă au vreo nemulțumire sau vor să facă o reclamație, nu sunt luați în seamă, iar plângerile lor nu se rezolvă. De asemenea, ne-au declarat că despre posibilitatea de a sesiza reprezentanții DGASPC cu privire la abuzurile la care sunt supuși au aflat întâmplător de la unul din beneficiari¹³³."

Conform standardelor minime de calitate a serviciilor rezidențiale, fiecare instituție trebuie să adopte proceduri privind modalitățile de a efectua și investiga sesizări sau reclamații, precum și drepturile pe care le au copiii, părinții acestora sau reprezentanții lor legali, cu privire la informarea asupra demersurilor pentru rezolvarea și primirea răspunsului. Procedurile trebuie să garanteze cel puțin următoarele: a) Modalitățile de înregistrare a sesizărilor și reclamațiilor; b) Informarea celui ce a făcut sesizarea/reclamația asupra stadiului și modului de soluționare a cazului; c) Durata maximă în care persoana primește răspunsul; d) Prevederea posibilității ca o altă persoană să poată sesiza/reclama în numele copilului; e) Excluderea posibilității ca persoana reclamată să se implice în rezolvarea cazului; f) Prevederea unor modalități de abordare a reclamațiilor care îl vizează pe coordonatorul serviciului rezidențial pentru copii cu dizabilități (SRD); g) Excluderea oricăror represalii asupra celor care efectuează sesizarile/reclamațiile. Standardul mai prevede existența unei persoane din rândul personalului desemnată să ofere informații despre sistemul reclamațiilor oricărei persoane interesate și o evidență clară a sesizărilor și reclamațiilor.

¹³² Articolul 29, alin. 1 și alin. 2 din Legea 272/2004, prevedere detaliată de standardele minime obligatorii privind serviciile de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități.

¹³³ Centru de plasament din județul T., extras din raportul de monitorizare.

În mai puțin de 10 dintre centrele vizitate de monitorii și reprezentanții CRJ, copii și tinerii adulți aveau suficiente informații despre căile concrete pe care ar fi putut adresa autorităților sesizări cu privire la suspiciuni sau fapte de abuz, violență sau neglijență. Totodată, au fost semnalate foarte puține situațiile în care personalul centrelor de plasament și directorii DGASPC, să poată oferi informații relevante despre instrumentele pe care le utilizează pentru a se asigura că dreptul copiilor de a trimite și primi răspuns la sesizări este respectat.

"Șefa centrului a descris procedura pusă la dispoziția copiilor ca fiind <o chestiune de voință, că minorii să trimită plângeri> și că, de fapt, minorii <inventează plângeri care nu sunt relevante, ci au doar scopul de a provoca daune personalului>.(...) Minorele s-au plâns de faptul că uneori sunt bătute cu <coada de la matură de către referente> și că una dintre beneficiare s-a sinucis din cauza că nu i s-a permis să părăsească instituția.(...) Sesizările beneficiarelor erau adresate verbal șefei de centru, deoarece, în opinia acesteia, cu toate că a existat o cutie poștală pentru primirea sesizărilor, aceasta nu era utilizată și, prin urmare, a fost desființată¹³⁴."

"Directoarea centrului de plasament declară că nu a fost cazul ca rezidenții să se plângă de modul în care sunt tratați de personalul centrului de plasament, deși din interviurile realizate cu beneficiarii a reieșit că mai mulți rezidenți reclamă bătăile din partea personalului. Una dintre fete s-a plâns că a fost bătută de una dintre referente deoarece a refuzat să intre la baie împreună cu celelalte beneficiare. Copii au mai reclamat faptul că dacă se plâng directoarei de școală sunt amenințați de supraveghetorii de noapte cu bătaia, în lipsa acesteia din centru sau din școală¹³⁵."

Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală. Orice persoană vătămată prin încălcarea unui drept al său are dreptul să se adreseze efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale".¹³⁶

"Mare parte din copiii intervievați au declarat că le este teamă să depună plângere; mai mult, ei și-au exprimat convingerea că din cauza faptului că sunt diagnosticați cu dizabilități mintale, plângerile lor nu sunt luate în considerare."

¹³⁴ Centru de plasament din județul B., extrase din raportul de monitorizare.

¹³⁵ Centru de plasament din județul S., extras din raportul de monitorizare.

¹³⁶ Articolul 13 din CEDO, "dreptul la un recurs efectiv".

Cu toate că Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului conferă președinților de consilii județene dreptul de a sesiza orice act de încălcare a drepturilor copiilor din instituțiile rezidențiale de protecție specializată, în nici una dintre cazurile de abuz identificate de monitori în cadrul activităților proiectului, aceștia (n.r.: Președinții) nu au sesizat în numele copiilor cu dizabilități mintale organele abilitate de pe raza județului în care activează. Mai mult, răspunsurile primite la solicitările adresate de către CRJ¹³⁷ unui număr însemnat de președinți de consilii județene, prin care aceștia erau rugați să furnizeze informații despre numărul sesizărilor și a reclamațiilor adresate în numele copiilor cu dizabilități mintale, au evidențiat faptul că niciodată nu s-a efectuat un asemenea demers. Au existat chiar situații în care consiliile județene au retransmis cererea CRJ serviciilor din cadrul DGASPC, motivând că la nivelul consiliului județean nu există informații despre astfel de plângeri. Cu toate acestea, Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului, arată că *„în situația în care nu a putut fi instituită tutela, drepturile și obligațiile părintești sunt exercitate și respectiv îndeplinite de către președinții consiliilor județene”*¹³⁸. Aceste drepturi și obligații includ și pe cel de a veghea la bunăstarea, dezvoltarea armonioasă și protecția minorului.

DGASPC, aflate în subordinea consiliilor județene conform prevederilor Regulamentului cadru de organizare și functionare, *„sprijină și dezvoltă un sistem de informare și de consultanță accesibil (...), persoanelor cu handicap și oricăror persoane aflate în nevoie, (...) în vederea exercitării tuturor drepturilor prevăzute de actele normative în vigoare”*.¹³⁹ Tot cu atribuții în protecția și promovarea drepturilor copilului este și Comisia pentru protecția copilului, organul de specialitate, fără personalitate juridică, al consiliului județean, care *„stabilește încadrarea copiilor într-un grad de handicap și, după caz, orientarea școlară a acestora”* și *„soluționează plângerile adresate de copii, în măsura în care soluționarea acestora nu este stabilită de lege în competența altor instituții”*¹⁴⁰.

Monitorii care au efectuat vizitele în instituțiile vizate, nu au întâlnit nici un caz în care copiii sau tinerii cu dizabilități mintale ar fi înaintat plângeri Comisiei. În cursul întâlnirilor regionale organizate în perioada mai-iunie, directorii sau reprezentanții DGASPC nu au identificat *Comisia* ca având un rol important în soluționarea plângerilor copiilor, cu toate că membrii acestei comisii au fost desemnați să reprezinte instituții, precum inspectoratul teritorial

¹³⁷ În perioada iulie-august 2006.

¹³⁸ art 62 alin 2 din Legea. 272/2004.

¹³⁹ art. 2, lit. c, alin. (12) din Hotărârea nr. 1.434 din 2 septembrie 2004, privind atribuțiile și Regulamentul-cadru de organizare și funcționare ale Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului.

¹⁴⁰ art. 1 și art 2, lit a, f și g, din Hotărârea nr. 1437/2004, privind organizarea și metodologia de funcționare a comisiei pentru protecția copilului.

de poliție, autoritatea de sănătate publică, consiliul județean prin secretarul general, inspectoratul școlar județean, direcția pentru dialog, familie și solidaritate socială și organismele private acreditate.

În conformitate cu prevederile art. 6, alin (2) din HG nr. 1437 din 2004, „membrii Comisiei reprezintă instituțiile care i-au desemnat și au obligația ca, în toate deciziile care se iau, să urmărească exclusiv interesul superior al copilului”. Cu toate că membrii comisiei au rolul de soluționa plângerile, la solicitările CRJ nu s-au primit informații despre modălitățile concrete și practice prin care aceste plângeri pot fi scrise și adresate membrilor comisiei, exceptând prevederile Legii privind protecția și promovarea drepturilor copilului care face trimitere la actele de sesizare din partea membrilor personalului sau altor alte persoane .

Constatările monitorilor și informațiile colectate de CRJ au evidențiat astfel că în instituțiile vizitate protecția copilului împotriva abuzurilor este slab asigurată de autorități, în situația în care unele atribuții se suprapun în mod nefericit. În situațiile observate de CRJ pe parcursul vizitelor de monitorizare și din schimbul de corespondență cu reprezentanții DGASPC a reieșit că lipsa de coordonare și de implicare a tuturor reprezentanților autorităților publice implicate în protecția copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale aflați în instituțiile de protecție specializată poate conduce la perpetuarea situațiilor de încălcări fundamentale ale drepturilor copiilor.

În aceste condiții, un rol important îl joacă mecanismele de monitorizare a respectării drepturilor copiilor cu dizabilități mintale.

2.7.3 Existența unor mecanisme de monitorizare a respectării drepturilor copiilor cu dizabilități mintale

Deși toate instrumentele internaționale relevante recomandă (unele chiar impun) instituirea unor mecanisme independente și imparțiale pentru monitorizarea respectării drepturilor copilului, în România astfel de mecanisme nu au fost încă elaborate și puse în practică.

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC) realizează monitorizarea respectării principiilor și drepturilor stabilite în Convenția ONU cu privire la drepturile copilului. Din schimbul de informații pe parcursul derulării proiectului cu reprezentanții

ANPDC, reiese că intervenția ANPDC în acest sens este, însă, limitată atât din punct de vedere al capacității legate de resursele umane, cât și al autorității sale asupra instituțiilor descentralizate.

De exemplu, ANPDC permite funcționarea serviciilor de protecție specială a copilului lipsit de ocrotirea părinților săi numai dacă serviciile respective au fost licențiate¹⁴¹. În acest scop, ANPDC inspectează serviciile respective. Procedura de efectuare a inspecției serviciilor pentru care a fost acordată licența de funcționare include efectuarea la fiecare serviciu a unei vizite anunțate și a unei vizite cu caracter inopinat¹⁴², iar “în cazul vizitelor inopinate se vor lua măsurile corespunzătoare pentru păstrarea confidențialității asupra obiectivelor acestora și asupra datei la care urmează să se desfășoare vizita, împuternicirea echipei de inspectori, menționând în mod expres caracterul inopinat al vizitei”¹⁴³.

Conform legislației interne în vigoare, până la sfârșitul anului 2006 fiecare serviciu social pentru protecția copilului considerat “licențiat provizoriu” urma să primească cel puțin o vizită de inspecție din partea ANPDC pentru acordarea “*licenței de funcționare*” cu o valabilitate de 36 de luni¹⁴⁴. Într-o notă de fundamentare semnată de ministrul muncii, solidarității sociale și familiei se propune prelungirea datei (cu 24 de luni de la data intrării în vigoare a HG 31/12.01.2006) până la care serviciile pentru protecția copilului sunt considerate “*licențiate provizoriu*”, deoarece până la acea dată (12.01.2006), din motive legate de lipsa personalului în cadrul Direcției Inspecție a ANPDC, au fost vizitate doar 15% din totalul serviciilor sociale pentru protecția copilului (2.011)¹⁴⁵. În respectiva notă de fundamentare nu se face referire explicită la numărul serviciilor pentru protecția copilului cu dizabilități inspectate și licențiate și nici la numărul copiilor, beneficiari ai acestor servicii și care se pot afla în situații de risc și ca urmare a întârzierii inspecției și licențierii acestor servicii.

Vizitele de inspecție anunțate și inopinate realizate de către reprezentanții ANPDC pot constitui o minimă garanție împotriva abuzurilor și neglijenței copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale din instituțiile rezidențiale. Simplul fapt că aceste vizite au fost amânate pe o perioadă de 24 de luni poate însemna prelungirea perioadei pentru care Guvernul român își asumă răspunderea pentru situațiile în care condițiile de viață și de tratament oferite copiilor și tinerilor

¹⁴¹ Capitolul IX din Legea. 272/2004, Licențierea și inspecția serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, precum și a celor de protecție specială a copilului lipsit, temporar sau definitiv, de ocrotirea părinților săi.

¹⁴² Articolul 21, alin. (1), din HG.1440/2004.

¹⁴³ art 21, alin 4, din HG 1440/2004.

¹⁴⁴ articolul 4 lit b), articolul 27, din HG. 1440/2004.

¹⁴⁵ Notă de fundamentare – HG nr. 31/12.01.2006, pentru modificarea articolului 27, alin. (1) și alin (2), din HG nr. 1440/2004.

cu dizabilități mintale nu respectă standardele minime obligatorii. Prin ratificarea convențiilor internaționale și conform legislației naționale, Guvernul trebuie să-și asume responsabilitatea de a asigura condiții de viață și tratament copiilor conform drepturilor ce le revin.

Direcțiile județene de asistență socială și protecția copilului (DGASPC) sunt abilitate prin lege¹⁴⁶ pentru a interveni în cazurile de abuz și neglijare. Din informațiile colectate, dar și în urma întâlnirilor regionale cu reprezentanții acestor autorități a reieșit că, datorită lipsei resurselor, DGASPC-urile nu pot întotdeauna asigura monitorizarea copiilor și investigarea promptă a plângerilor.

O posibilitate de monitorizare și intervenție aparține *organizațiilor non-guvernamentale* al căror obiect de activitate este apărarea drepturilor copilului. Din experiența acumulată de CRJ în cadrul implementării activităților proiectului de monitorizare a drepturilor copilului cu dizabilități din instituțiile de protecție a rezultat că organizațiile non-guvernamentale pot însă întâmpina dificultăți, în primul rând în ceea ce privește accesul în instituții. Deși statul român și-a asumat obligații în sensul inspectării și monitorizării instituțiilor și serviciilor pentru protecția copiilor și nici o prevedere legală nu interzice accesul terțelor persoane în instituțiile care acordă servicii de tip rezidențial, în practică acest acces este adesea restricționat și condiționat de aprobări ale autorităților locale. Acest lucru face dificilă efectuarea de vizite inopinate de către organizații non-guvernamentale, independente de sistemul de servicii publice. În același timp, trebuie apreciate și limitele acestei monitorizări care, pe de-o parte datorită tipului de dizabilitate, pe de alta parte considerente etice și deontologice, pot genera dificultăți în ceea ce privește relația directă cu copilul și culegerea pe această cale a unor informații importante pentru identificarea unor încălcări ale drepturilor acestuia.

¹⁴⁶ Legea 272/2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului.

3 UNDE MERGEM ACUM? TINERII INSTITUȚIONALIZAȚI

3.1 Întrebare: ce se întâmplă cu copiii care împlinesc 18 ani?

Răspuns: Își fac bocceluța și li se arată ușa. Nu știm ce se întâmplă cu ei¹⁴⁷.

Odată împlinită vârsta de 18 ani, tinerii instituționalizați ies din sfera de competență a autorităților din sistemul de protecție a copilului, moment în care se ridică problema destinației acestora.

În perioada 2000-2006, instituții centrale ale statului cu atribuții în protejarea și apărarea persoanelor cu dizabilități mintale au elaborat strategii și documente care conțin măsuri în ceea ce privește reorganizarea și închiderea unor centre de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap neuropsihiatric și construirea unui număr de alte 10 centre rezidențiale din împrumutul acordat României de Banca Mondială (ANPH). Strategia Autorității Naționale pentru Persoane cu Handicap finanțată din fonduri PHARE prevedea închiderea treptată a instituțiilor de dimensiuni mari, astfel încât să se facă trecerea spre serviciile comunitare.

În luna mai a anului 2004, în urma Memorandumului organizației Amnesty International adresat guvernului român, acesta din urmă și-a asumat responsabilitatea reevaluării sistemului național de psihiatrie și, implicit, a pacienților din sistemul pentru bolnavi cronici, care cuprindea în mare parte foști tineri cu dizabilități intelectuale (fără tratament medicamentos) transferați din centrele de plasament, în lipsa locurilor disponibile în sistemul rezidențial pentru persoane adulte cu handicap. Începând cu anul 2003, în cadrul reformei în sistemul de psihiatrie declanșată de Ministerul Sănătății și ca urmare a presiunilor instituțiilor și organizațiilor internaționale cu privire la numărul mare de adulți cu dizabilități intelectuale sau cu probleme sociale, aflați în secțiile sau spitalele de psihiatrie din mediul rural, unele dintre acestea au devenit „unități/centre medico-sociale” două dintre acestea (n.r.: Unitatea medico-socială din județul B. și Unitatea medico-socială din județul G.) având autorizație de funcționare din partea Ministerului Sănătății, dar urmând să primească fonduri de la Consiliile Județene și de la Casele

¹⁴⁷ Educatoare a unui centru de plasament din județul. M., extras din raportul de monitorizare.

Județene de Asigurări de Sănătate pentru plata medicamentelor. În mai 2006, ministrul sănătății semnează ordinul prin care fostele laboratoare de sănătate mintală urmează să fie transformate în centre comunitare de sănătate mintală cu 30 până la 40 de paturi.

Strategia națională în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2006-2013, cât și Strategia națională de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului, cuprind referiri la asigurarea locuințelor sau crearea unor noi centre care să adăpostească tinerii care părăsesc centrele de plasament.

Atât Planul operațional 2006-2008, pentru implementarea *Strategiei Naționale în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2006-2013*, cât și *Strategia Națională de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului* (de aici încolo Strategia Națională) conțin o serie de măsuri de protecție a acestui grup țintă, cum sunt:

- măsurile de garantare a accesului la un loc de muncă;
- măsurile de garantare a accesului la o locuință;
- garantarea accesului la asistență de sănătate;
- garantarea accesului la educație.

În Strategia Națională se mai arată că toate programele destinate tinerilor post-instituționalizați se inscriu pe două coordonate principale: asigurarea unei locuințe (în apartamente asistate, centre de tranzit, adăposturi temporare, de noapte etc.) și asigurarea unui loc de muncă. În același document se mai arată că în *privința spațiului de locuit, aproximativ o cincime dintre programe sunt de tipul adăposturilor, puține programe fiind de tipul locuințelor asistate*.

Cu toate acestea, Strategia Națională prevede ca obiectiv operațional pentru anul 2006 nu achiziționarea unui număr mai mare de locuințe asistate, ci “*promovarea (în decursul anului 2006, de către MMSF) a unui act normativ privind înființarea centrelor protejate de inserție socială a tinerilor definiți la grupul țintă*”.

Situația constatată în urma monitorizării a evidențiat faptul că multe dintre obiectivele acestor strategii nu sunt nici cunoscute și nici transformate în măsuri adecvate la nivel local. Aproape toți reprezentanții DGASPC au sesizat lipsa resurselor (financiare și umane) pentru a furniza servicii adecvate tinerilor care trebuie să părăsească centrele de plasament. Mai mult, în documentele adoptate nu există prevederi explicite referitoare la măsurile speciale și nevoia de protecție pentru minorii și tinerii cu dizabilități mintale accentuate.

În timpul unor vizite de monitorizare efectuate în anul 2006 în județul V., dar și în urma sesizărilor primite din partea unui număr de 5 foști beneficiari ai unui centru de plasament din județul respectiv, a putut fi observat faptul că, în urma restructurării centrului de plasament și a lipsei de alternative la nivelul comunității locale, 2 dintre foștii beneficiari ai centrului având dizabilități mintale ușoare au refuzat transferul împreună cu ceilalți 3 foști beneficiari într-un centru destinat reabilitării persoanelor cu dizabilități neuropsihice severe aflat într-o altă localitate. Cei 5 beneficiari care au acceptat transferul au sesizat în scris CRJ, solicitând sprijin în găsirea unor alternative la îngrijire. Totodată, toți cei 5 tineri s-au plâns de faptul că nu au fost pregătiți pentru transferul într-un alt centru și că 2 dintre ei ar fi fost nevoiți să-și părăsească locurile de muncă din cauza distanței foarte mari între localități (n.r. salariul obținut nepermițându-le să plătească costurile legate de plata chiriei, întreținerea locuinței și viața de zi cu zi).

Așa cum s-a menționat anterior (cap. 2.6.), din experiența acumulată de monitorii CRJ, în instituțiile vizitate nu s-a putut evidenția o preocupare susținută pentru recuperarea și reintegrarea socială a copiilor cu dizabilități mintale. În aceste condiții, reintegrarea pentru acei copii poate fi dificilă:

"Directorul centrului și psihologul au declarat că s-au găsit locuri de muncă pentru o parte dintre rezidenții cu tulburări de comportament, însă aceștia nu s-au putut adapta programului de lucru și s-au întors în centru¹⁴⁸."

De asemenea, pentru copiii din instituțiile vizate de monitorizarea CRJ, a reieșit din informațiile culese că alternativele la instituționalizare (de exemplu, locuințele protejate) sunt, fie insuficiente (ca și capacitate sau resurse) sau nesatisfăcătoare (nu corespund nevoii solicitate de dizabilitate), fie lipsesc.

"Aproximativ 25 de rezidenți cu vârste peste 18 ani au fost trimiși în căsuțe de tip familial. Din discuțiile cu medicul a reieșit că tinerii care au fost transferați acolo nu au reușit să se integreze. Astfel că o parte dintre ei au fost internați la spitalul de psihiatrie din V., iar cei mai mulți dintre tinerii transferați s-au plâns medicului că nu se înțeleg cu personalul și că doresc să plece din orașul respectiv¹⁴⁹."

¹⁴⁸ Centru de plasament din județul O., extras din raportul de monitorizare.

¹⁴⁹ Centru de plasament din județul B., extras din raportul de monitorizare.

În ceea ce privește reintegrarea în familie, din cazurile studiate pe parcursul vizitelor de monitorizare, a reieșit că aceasta a fost posibilă doar pentru un număr relativ mic de copii care au ajuns în atenția noastră. În aceste condiții, șansele, pentru ceilalți beneficiari ajunși la majorat, de a urma alt traseu decât cel al instituționalizării, pot fi interpretate ca fiind slabe.

Monitorii și reprezentanții CRJ au constatat pe parcursul proiectului că în mai puțin de 10 din instituțiile vizitate, tinerilor din instituțiile vizitate li s-a oferit soluții pentru integrarea în comunitate (formarea deprinderilor pentru o viață independentă și locuințe sociale) sau pregătire pentru angajarea și menținerea într-un loc de muncă. Ar trebui menționat și că majoritatea tinerilor care au putut fi intervievați, la fel ca și membrii personalului din unele centre de plasament, nu cunoșteau numele și date de contact ale managerului de caz, cel care în această situație trebuie să susțină tânărul în demersurile sale privitoare la integrarea în comunitate.

De-a lungul vizitelor lor, monitorii nu au putut identifica vreo procedură clară sau aplicată uniform cu privire la transferul copiilor care împlinesc 18 ani și care ajung în instituții pentru adulți. Fără prevederi legale și ghiduri de practică necesare, nu este clar cui ar trebui să-i revină obligația stabilirii destinației de transfer a beneficiarului. Conform practicilor descoperite în cursul vizitelor de monitorizare, cu puțină vreme înainte de momentul în care tânărul trebuie să părăsească instituția, șeful de centru, uneori împreună cu DGASPC făceau demersuri pentru identificarea unui loc într-o instituție cu locuri disponibile, pe criterii precum amplasarea sau gradul de aglomerare. Monitorii nu au putut identifica în procesul de transfer al tânărului, priorități legate de evoluția personală, dezvoltarea sau opțiunea tânărului. Din cazurile întâlnite și studiate, a rezultat că acești tineri au fost rar informați, și cu atât mai puțin li s-a cerut consimțământul cu privire la transferul sau destinația acestora.

În conformitate cu prevederile Hotărârii de Guvern nr.1437/2004, privind organizarea și metodologia de funcționare a Comisiei pentru protecția copilului, aceasta are atribuții în eliberarea certificatului de expertiză și orientare școlară/profesională și pentru tânărul care a împlinit vârsta de 18 ani și care a depășit cu mai mult de 3 ani vârsta corespunzătoare clasei de școlarizare¹⁵⁰. De asemenea, Comisia are atribuții în revocarea sau înlocuirea măsurii stabilită anterior, dacă împrejurările care au determinat stabilirea acesteia s-au modificat¹⁵¹.

¹⁵⁰ articolul 3, alineatul 3, din HG. Nr. 1437/2004.

¹⁵¹ articolul 2, alineatul 1, litera d), HG. Nr. 1437/2004.

În toate instituțiile vizitate unde se aflau tineri cu dizabilități mintale și care urmau să fie transferați, cei care au putut fi intervievați de monitori au mărturisit că nu au fost niciodată întrebați unde își doresc să plece și nici dacă sunt de acord cu măsura transferării într-un centru de recuperare și reabilitare pentru persoane adulte cu handicap. Tinerii cu care s-a putut discuta, și despre care monitorii au interpretat că aparent nu prezentau o dizabilitate mintală, au declarat că, dacă ar fi să poată alege, și-ar dori să locuiască într-un apartament într-un centru cu o capacitate mai mică, dar în nici într-un caz într-un centru rezidențial pentru adulți, de tipul celor cu 300-400 de paturi.

În aceste situații particulare, prevederea prin care se afirmă că *“prezența și audierea copilului au loc numai la solicitarea expresă a Comisiei”¹⁵²* atunci când se aprobă orientarea profesională și încadrarea în grad de handicap a copilului cu dizabilități, trebuie considerată cu maxima atenție și în interesul superior al copilului, mai ales că atunci se hotărște viitorul unui tânăr cu dizabilități mintale.

Datorită faptului că beneficiarul prezintă dizabilități mintale, identificarea unui loc în instituțiile specializate trebuie să țină seamă de o serie de criterii care să răspundă nevoilor sale specifice, fapt care face procesul mai dificil decât în cazul unui copil sănătos. În ceea ce privește cazurile întâlnite, datorită specificității și dificultăților acestui proces, unele instituții de protecția copilului care au fost vizitate în cadrul acestui proiect, au păstrat, sub diferite motivații care țin de dificultatea transferului, beneficiarii care au implinit 18 ani, chiar dacă aceștia ar fi trebuit să părăsească instituția. Astfel, în o treime din centrele rezidențiale pentru protecția copiilor cu dizabilități mintale care au fost vizitate de monitori, au fost întâlniți tineri cu dizabilități mintale cu vârste cuprinse între 18 și 23 de ani. Din discuțiile cu personalul sau cu reprezentanții autorităților, s-a putut constata că cei mai mulți dintre ei se aflau acolo datorită lipsei de servicii adaptate nevoilor lor în comunitate. În aceste situații, monitorii nu au identificat informații despre soluțiile concrete pentru perioada imediat următoare nici de la reprezentanții DGASPC, nici de la personalul centrelor vizitate.

Legea stipulează posibilitatea pentru copilul care a dobândit capacitate deplină de exercițiu, să poate beneficia de protecție specială într-un centru de plasament. În articolul 51, alineatul (3) se arată că *“Tânărul care a dobândit capacitate deplină de exercițiu și a beneficiat de o măsură de protecție specială, dar care nu își continuă studiile și nu are posibilitatea*

¹⁵² Articolul 16, alin. 5, HG. Nr. 1437/2004, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 872 din 24.09.2004.

*revenirii în propria familie, fiind confruntat cu riscul excluderii sociale, beneficiază la cerere, pe o perioadă de până la 2 ani, de protecție specială, în scopul facilitării integrării sale sociale.*¹⁵³ De asemenea, tânărul poate continua să beneficieze de protecție până la vârsta de 26 de ani, dacă urmează o formă de școlarizare. Din situațiile întâlnite în cursul proiectului, acest lucru a fost evidențiat ca fiind posibil numai pentru copiii cu dizabilități mintale ușoare, despre care s-a apreciat că, astfel, au și cele mai mari șanse de integrare socială.

O altă problema identificată prin activitatea de monitorizare a instituțiilor vizate în cadrul proiectului, o reprezintă situațiile în care s-a evidențiat traiul alături de tineri, a unor copii cu vârste mici, pentru care găzduirea în aceeași instituție a fost interpretată ca fiind uneori dificilă.

În unele situații întâlnite de monitori și justificate de personalul instituției ca fiind datorită lipsei alternativelor, aceștia (n.r. personalul) au încercat improvizații diverse:

*"Datorită lipsei locuințelor protejate sau a locurilor libere în centrele de recuperare pentru persoanele adulte cu dizabilități, erau nevoiți să locuiască în grajdurile dezafectate 11 dintre tinerii externați din centru. Spațiul insalubru și neadecvat în care locuiau cei 11 tineri nu este racordat la rețeaua de apă și caldură. În timpul verii, tinerii sunt angajați să muncească cu ziua în sat, iar în timpul iernii primesc mâncare de la personalul centrului. Frica personalului și a tinerilor era aceea că, dacă vor fi identificați ca locuind în incinta din curtea centrului, vor avea probleme cu reprezentanții autorităților locale*¹⁵⁴*".*

Din datele colectate în cadrul proiectului în timpul vizitelor de monitorizare a modului în care au fost integrați tinerii cu dizabilități mintale care au părăsit centrele de plasament, a reieșit că și centrele rezidențiale pentru protecția persoanelor adulte cu handicap vizitate de monitori, sunt în general supra-aglomerate. În aceste situații s-a constatat că, de asemenea, personalul acestor centre, fie a încercat să găsească soluții care li se par lor a fi justificate:

"X, în vârstă de doar 19 ani și cu retard sever (coeficient de inteligență sub 40) a fost încadrată în Centrul de îngrijire și asistență pentru vârstnici (...) Psihologul intervievat cu privire la prezența tinerei în centrul pentru persoane în vârstă a arătat că a fost hotărâtă integrarea definitivă a tinerei în acest

¹⁵³ Legea nr. 272/21.06.2004, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23.06.2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului, Capitolul III, Secțiunea 1, articolul 51, alineatul (3).

¹⁵⁴ Centru de plasament din județul V., extras din raportul de monitorizare.

centru deoarece în acest mod putea fi mai bine supravegheată, locuind în cameră cu alte trei femei care ar fi putut avea grijă de ea¹⁵⁵."

fie s-a recurs la transformarea centrelor de plasament care adăpostesc copiii cu dizabilități mintale severe în centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică (prin păstrarea aceluiași utilități și a aceluiași personal) pentru persoanele adulte cu dizabilități.

În această a doua situație trebuie precizat că aceste centre pentru adulți nu mai pot fi subiectul inspecțiilor efectuate în cadrul sistemului de protecție a copilului, pierzând și fondurile alocate de către consiliile județene, iar, pe de altă parte, rămân și în afara reformei din domeniul reabilitării persoanei adulte cu handicap, ceea ce condus inevitabil la agravarea situației în care se aflau beneficiarii.

"Centrul de Plasament, așa cum figura pe pagina de internet a DGASPC, și-a schimbat titulatura în septembrie 2004 în Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică, adăpostind un număr de 47 de tineri cu retard psihic sever și cu vârste cuprinse între 18 și 23 de ani.(...) Starea clădirii și grupurile sanitare se află într-o stare avansată de degradare și nu erau curate la momentul vizitei, iar dormitoarele erau supra-aglomerate.(...) Directoarea centrului a declarat că de la momentul transformării centrului de plasament în centru pentru persoane adulte cu handicap nu au mai existat fonduri pentru reabilitarea și întreținerea clădirii.(...) Medicul psihiatru și asistentul social sunt prezenți în centru doar atunci când sunt solicitați, iar activitățile de logopedie, kinetoterapie și consiliere psihologică nu pot fi realizate din lipsă de personal. Pentru situațiile în care tinerii se decompensează și manifestă un comportament violent nu există o procedură standard, personalul declarând că tinerii sunt imobilizați în brațe până se liniștesc¹⁵⁶."

O altă situație întâlnită de monitorii CRJ, și interpretată ca fiind inacceptabilă în contextul în care transferul tinerilor cu dizabilități mintale în spitalele și secțiile de psihiatrie bolnavi cronici, a fost justificată de personalul care îi avea în îngrijire ca fiind datorată imposibilității de identificare a unor soluții alternative adecvate pentru tinerii în cauză. Așa cum a fost menționat și în alte rapoarte de monitorizare, inclusiv a Raportorului ONU pentru dreptul la sănătate, prof. dr. Paul Hunt, în unele spitale și secții de psihiatrie pentru bolnavi cronici,

¹⁵⁵ Complex de servicii din județul P., extras din raportul de monitorizare.

¹⁵⁶ Centru de recuperare din județul C., extras din raportul de monitorizare.

abuzurile constatate sunt extrem de grave, iar activitățile pentru reabilitarea beneficiarilor acestora sunt cu mult mai reduse.

„Mulți dintre tinerii cu dizabilități mintale severe dintr-un centru de plasament și reabilitare pentru copilul cu handicap au fost transferați în secția exterioară de psihiatrie a Spitalului județean. (...) Condițiile de locuit și de tratament din spital: la data vizitei de monitorizare cele mai multe paturi nu aveau lenjerie, pacienții fiind obligați să doarmă direct pe saltele, acestea aflându-se într-o avansată stare de degradare. Secția exterioară nu are o bucătărie și prin urmare mâncarea pacienților este transportată cu o mașină din oraș. La momentul vizitei meniul mesei de prânz în unitatea de asistență medicală era compus doar din pilaf de orez și pâine. Grupurile sanitare erau într-o avansată stare de degradare, lipsea apa curentă, programul de duș era o dată/săptămână. Atât femeile cât și bărbații aveau părul tuns foarte scurt, astfel încât să evite apariția paraziților în lipsa accesului la apă caldă pentru îmbăierea lor. Unul dintre membrii personalului a declarat că pacienții obișnuiesc să se bată între ei și că, atunci când nu reușesc să-i stăpânească, îi leagă cu cearșafurile de mâini și de picioare, un infirmier urmărindu-i până când se liniștesc. Atunci când există medicație suficientă este folosită suplimentarea tratamentului cu sedative până la liniștirea acestora. Pentru tinerii cu dizabilități intelectuale (diagnosticul medicului a fost de oligofrenie) transferați în ultimii ani din centrul de plasament, nu există activități de reabilitare și recuperare pentru integrarea în societate deoarece ‘unitatea aceasta este una de asistență medicală și nu de asistență socială’¹⁵⁷.

În concluzie, situațiile identificate în cadrul proiectului de monitorizare și prezentate în cadrul acestui raport demonstrează că există cazuri în care ieșirea persoanei cu dizabilități mintale din sistemul de protecție a copilului poate fi deosebit de problematică și poate oferi puține șanse pentru recuperare și reabilitare efectivă. În aceste situații particulare se consideră că tânărul cu dizabilități mintale cu o astfel de experiență este adesea lipsit de orice șansă de a deveni un membru activ al societății și de a avea o viață împlinită.

¹⁵⁷ Secție exterioară a unui spital de psihiatrie din județul M., extras în raportul de monitorizare.

4 CONCLUZII

Legislația română a încorporat, deși nu întotdeauna complet, majoritatea prevederilor internaționale referitoare la drepturile copilului și tânărului cu dizabilități mintale. Mai mult, au fost elaborate strategii, planuri de acțiune, legislație primară și secundară, standarde și ghiduri metodologice de implementare etc., care au ca scop declarat protejarea și promovarea drepturilor copiilor și tinerilor instituționalizați. În ceea ce privește situația copilului, respectiv cea a tânărului cu dizabilități mintale instituționalizați, cadrul legislativ este sărăcăcios, în fapt neoferind garanții suficiente protejării acestui segment vulnerabil.

Situațiile identificate pe teren au demonstrat că puținele prevederi legale din această materie nu sunt întotdeauna cunoscute, respectiv aplicate în practică. Din informațiile culese a reieșit că acest lucru se datorează unor cauze multiple, de la lacune legislative care lasă principii fundamentale fără suport de aplicare, la lipsa cunoașterii și/sau aplicării normelor juridice de către profesioniști, sau până la lipsa de resurse umane specializate sau resurse materiale necesare în sistemul de protecție a copilului și tânărului cu dizabilități mintale.

În aproape toate instituțiile vizitate, echipele de monitorizare ale Centrului de Resurse Juridice (CRJ) au identificat, respectiv le-au fost sesizate cazuri de încălcări ale drepturilor fundamentale ale copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale, încălcări care pot îmbrăca diferite forme: de la lipsa hranei, a hainelor și a încălțămintei adecvate, a cearșafurilor, pernelor și a păturilor, la cea a lipsei de activitate și stimulare, a lipsei medicației și tratamentului adecvat, a personalului puțin format și nemotivat, până la aplicarea abuzivă a metodelor de limitare a libertății individuale și izolarea de comunitate.

În instituțiile pentru protecția copilului cu dizabilități mintale se impune, în general, asigurarea unor condiții de viață care să favorizeze sentimentul de confort și siguranță al copilului, contribuind astfel în mod constructiv la recuperarea acestuia. Prin Ordinul 27/2004 ANPDC a adoptat și standarde minime de calitate în acest sens. Vizitele de monitorizare au evidențiat însă faptul că aceste condiții nu sunt asigurate în mod uniform. În cel puțin o treime

din instituțiile vizitate condițiile de trai observate sunt chiar mizere. În aproape jumătate din instituțiile vizitate copiii și tinerii nu dispun de obiecte personale sau de un spațiu în care să le poată păstra. În cel puțin o treime, modul de organizare a băilor și toaletelor încalcă flagrant dreptul la intimitate. Meniul alimentar pentru copii este decis preponderent de către personal, pe considerente în principal bugetare.

Au fost consemnate cazuri în care copiii din instituțiile pentru protecția copilului cu dizabilități mintale au fost internați în spitale de psihiatrie în mod arbitrar, pentru motive care nu aveau legătură cu nevoia de tratament sau diagnostic. Mai mult, unele date obținute indică situații de plasare a copiilor lipsiți de îngrijirea părintească în spitalele de psihiatrie măsură justificată de reprezentanții autorităților locale prin lipsa temporară a alternativelor, deși acest gen de instituționalizare este poate cel mai nociv dintre toate. Au fost identificate și situații în care copii cu vârsta sub 2 ani, neincadrați într-un grad de handicap, se aflau în instituții pentru protecția sau tratamentul persoanelor cu dizabilități mintale (inclusiv spitale de psihiatrie).

De asemenea, vizitele de monitorizare au evidențiat situații în care metodele de conținere fizică și izolare a copiilor, departe de a avea caracteristicile și finalitatea prevăzute de lege, se constituie preponderent în forme de abuz fizic împotriva acestora. Acest lucru se poate datora atât lacunelor legii, care nu este suficient de clară în ceea ce privește condițiile în care se pot lua aceste măsuri, cât și indiferenței sau lipsei de pregătire a personalului.

Rapoartele vizitelor de monitorizare au reliefat că există situații în care dreptul copilului la tratament medical adecvat este adesea încălcat din cauza condițiilor în care se asigură accesul la servicii medicale și lipsei resurselor. Conform celor împărtășite de către reprezentanții instituțiilor vizitate, numeroase probleme având la bază atitudinea discriminatorie față de persoanele cu dizabilități mintale se înregistrează la asigurarea tratamentului medical de specialitate, mai ales al celui stomatologic.

Copiii cu dizabilități mintale nu au întotdeauna nevoie de tratament psihiatric. Cu toate acestea, au fost identificate cazuri în care copiilor li se administrează tratament medicamentos antipsihotic, care nu este întotdeauna susținut de diagnostic și nici însoțit de terapie. Din discuțiile purtate cu personalul din instituțiile vizitate rezultă că scopul principal al administrării unui astfel de tratament este de a facilita controlul copilului și de a degreva

personalul de sarcina implicării copilului în activități. Tratamentul era prescris fără a fi obținut în prealabil acordul informat al reprezentantului legal sau al tânărului, și era revizuit foarte rar.

Din discuțiile avute atât în timpul vizitelor de monitorizare cât și al întâlnirilor regionale a reieșit că multe dintre instituțiile vizitate se luptau cu problema personalului insuficient sau slab calificat. Calitatea slabă a îngrijirilor și serviciilor acordate afectează dramatic șansele de recuperare sau reintegrare a copiilor. În general, s-a observat că în programul de lucru există puține activități desfășurate pentru recuperarea copiilor, educarea sau socializarea lor.

Violența, atât fizică cât și verbală, împotriva copiilor cu dizabilități a fost identificată prin discuțiile cu copiii ca o problemă în majoritatea instituțiilor vizitate. Comportamentul violent al personalului este, în general, considerat acceptabil și tolerat de către colegi și superiori, care nu iau măsuri. Deficiențe în sistemul de sesizare a abuzurilor, precum și în îngrădirea posibilității copilului de a face plângere, în contextul în care nu există mecanisme de monitorizare independente și imparțiale, pot avea ca rezultat lipsirea copilului cu dizabilități mintale de protecția împotriva abuzurilor impusă de către documentele interne și internaționale în domeniu.

În cadrul vizitelor de monitorizare efectuate s-au putut evidenția situații în care, odată cu împlinirea vârstei de 18 ani, tinerii cu dizabilități mintale se confruntă cu dificultatea integrării în societate și lipsa alternativelor la instituționalizare. Conform mandatului său și normelor legale în vigoare, sistemul de protecție și asistență socială este obligat să găsească soluții satisfăcătoare pentru această problemă.

În acest context:

- Se atrage atenția că este nevoie de voință politică fermă în elaborarea și adoptarea de politici pentru a implementa efectiv măsurile care să asigure reintegrarea copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale aflați în centrele rezidențiale;
- Se recomandă autorităților centrale și locale să acorde mai mult suport organizațiilor neguvernamentale care dezvoltă și implementează servicii comunitare în sprijinul copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale;

- Se solicită Guvernului român să depună mai mult efort pentru a schimba atitudinile negative referitoare la persoanele cu dizabilități mintale;
- Se face apel la Guvernul român să elaboreze politici efective care să asigure sprijinirea copiilor care provin din familii marginalizate social;
- Este necesară intervenția de urgență a Guvernului în elaborarea și implementarea unui program național interdepartamental care să asigure siguranța și protecția copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale în orice formă rezidențială de protecție a persoanelor cu dizabilități mintale și care să asigure accesul liber la justiție și remedii, atunci când drepturile fundamentale ale omului sunt încălcate.

5. RECOMANDĂRI

5.1 *Recomandări generale*

În lumina situațiilor identificate, coroborate cu date și recomandări din rapoarte prezentate anterior, în cadrul întâlnirilor regionale organizate cu participarea reprezentanților instituțiilor vizitate, a DGASPC din județele intrate în proiect și ANPDC, s-au discutat potențialele recomandări care s-ar putea face cu privire la situația persoanei (copil, tânăr sau adult) cu dizabilitate în general. Acestea sunt sintetizate după cum urmează:

- i. asigurarea sprijinului necesar pentru crearea și susținerea unei Comisii multi-sectoriale pentru elaborarea și coordonarea implementării politicilor integrate cu privire la promovarea, implementarea, protecția și monitorizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități (eventual cu subcomisii specializate pentru copii, pentru dizabilitate mintală, etc);
- ii. susținerea fermă, prin monitorizare și evaluare atentă, și alocarea de resurse adecvate pentru implementarea efectivă a politicilor elaborate și adoptarea de noi politici coerente pentru diagnosticarea și intervenția precoce în favoarea nou-născuților și copiilor mici cu dizabilități, precum și prevenirea separării acestora de familiile lor;
- iii. asigurarea de asistență tehnică și financiară necesară pentru dezvoltarea serviciilor integrate comunitare în sprijinul copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale și al familiilor lor.

Acestea și-au demonstrat utilitatea (acolo unde deja s-au dezvoltat) atât în suportul copiilor și familiilor marginalizate social, cât și pentru reintegrarea copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale aflați în centrele rezidențiale. Experiența acumulată susține că modelele de bună practică în acest domeniu s-au bazat pe expertiza organizațiilor neguvernamentale, a căror contribuție trebuie valorificată și în extinderea acestor modele la nivel național;

- iv. acordarea de suport adecvat pentru a schimba atitudinile discriminatorii și negative referitoare la persoanele cu dizabilități mintale.

Acesta poate presupune:

- organizarea campaniilor de educare, sesiuni de formare și campanii media care să fie astfel concepute încât să producă o modificare a atitudinii discriminatorii față de persoanele cu dizabilități mintale¹⁵⁸;
- organizarea programelor de formare pentru reprezentanții poliției și cei ai organelor judiciare pentru a putea primi mărturii din partea persoanelor cu dizabilități și a trata faptele de abuz cu seriozitate¹⁵⁹.

v. alocarea de resurse necesare și suficiente în vederea asigurării de condiții decente de viață copiilor și tinerilor instituționalizați care suferă de dizabilități mintale. Aceste condiții implică:

- asigurarea și respectarea standardelor naționale și internaționale cu privire la administrarea tratamentului medical, cu respectarea dreptului fiecărui pacient la informare și tratament individualizat și adecvat, precum și la (re)evaluarea continuă a acestuia.

Aceasta presupune și realizarea de controale periodice din partea autorităților centrale sau locale pentru a se asigura că Legea 272/2004 și standardele care o însoțesc sunt respectate:

- elaborarea și implementarea unor măsuri eficace și eficiente pentru asigurarea pregătirii continue, constante și uniforme la nivel național a personalului în ceea ce privește bunele practici în lucrul cu copiii și tinerii cu dizabilități mintale, precum și modalitățile concrete de respectare a drepturilor acestora;
- identificarea și punerea în practică a unor măsuri prin care să fie asigurat personal de specialitate (medic psihiatru, psiholog, kinetoterapeut, logoped, etc), astfel încât să se asigure accesul la servicii de specialitate copiilor, atunci când tratamentul, recuperarea, reevaluarea sau alte condiții le reclamă;
- creșterea eforturilor direcționate către asigurarea recuperării și integrării sociale a copiilor cu dizabilități mintale care urmează să părăsească sistemul de protecție;

¹⁵⁸ Raportorul Special, profesorul Paul Hunt, cu privire la dreptul persoanelor la cele mai înalte standarde de sănătate fizică și mintală, opinie prezentată în cea de-a 62 sesiune a Comisiei pentru drepturile omului, la data de 21 februarie 2005: *O astfel de acțiune este capitală pentru a determina creșterea gradului de informare în rândul persoanelor sau al comunităților, și de înțelegere a faptului că discriminarea împotriva acestor persoane, (...), este inacceptabilă și constituie o violare a drepturilor fundamentale ale omului.*

¹⁵⁹ Recomandarea Rec. (2006)5 a Comitetului de miniștri a Consiliului Europei cu privire la Planul de Acțiuni pentru promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în societate.

- instituirea și diversificarea alternativelor la instituționalizare pentru tânărul care părăsește sistemul de protecție a copilului;
- elaborarea și implementarea unui program național interdepartamental care să asigure siguranța și protecția copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale în orice formă rezidențială de protecție a persoanelor cu dizabilități mintale și care să asigure accesul liber la justiție și remedii atunci când drepturile fundamentale ale omului sunt încălcate.

Această măsură trebuie să includă și monitorizarea implementării normelor legale privind sesizarea cazurilor de abuz împotriva copilului, precum și cele referitoare la posibilitatea acestuia de a face plângere împotriva acestor abuzuri:

- dezvoltarea și transpunerea în practică a unor măsuri concrete pentru a preveni internarea abuzivă și arbitrară a copiilor, cu sau fără dizabilități mintale, în spitalele de psihiatrie;
- vi.** susținerea și recunoașterea de către Statul Român a unui mecanism independent și imparțial de monitorizare a modului în care sunt respectate drepturile copiilor cu dizabilități mintale care trăiesc în instituții¹⁶⁰.
- vii.** ratificarea Protocolului Opțional al Convenției împotriva tratamentelor crude, inumane și degradante.

5.2 Recomandări specifice

În perioada mai-iunie 2006 reprezentanții Centrului de Resurse Juridice și cei ai UNICEF au organizat în cadrul proiectului patru întâlniri regionale la Sibiu, Cluj-Napoca, Timișoara și București, la care au fost invitați să participe un număr de 64 de reprezentanți ai DGASPC împreună cu cei ai ANPDC. Aceste întâlniri au avut ca scop nu numai analiza și recomandarea de soluții imediate cu privire la situațiile specifice și individuale prezentate în rapoartele de monitorizare, dar și consultarea participanților cu privire la oportunitatea, utilitatea și eficacitatea unei intervenții de monitorizare precum cea derulată de CRJ.

¹⁶⁰ În acest sens, reprezentanții Comitetului pentru Prevenirea Tratatelor Crude, Inumane și Degradante (CPT) care au vizitat instituții pentru persoanele cu dizabilități mintale din țara noastră, în ultimul raport dat publicității în luna ianuarie 2006, recomandau Guvernului român *“să reamintească foarte clar personalului instituției vizitate că, insultarea beneficiarilor constituie un comportament de neacceptat”* și să permită punerea în practică a unui sistem de vizitare periodică a instituțiilor în care se afla persoane cu dizabilități mintale și ai cărui reprezentanți să poată întreține discuții private cu beneficiarii instituției, să solicite accesul la dosare și să formuleze adoptarea măsurilor care se impun (CPT, Raportul Guvernului român față de vizita efectuată de Comitetul European pentru prevenirea torturii și a tratamentelor crude, inumane și degradante (CPT) din 15-21 iunie 2004, publicat la 19 ianuarie 2006 (paginile 20 și 23).

Discuțiile și concluziile conturate în cadrul acestor întâlniri au condus la recomandarea următoarelor măsuri care vizează prevenirea și identificarea încălcării, dar și promovarea respectării drepturilor fundamentale ale copiilor și tinerilor cu dizabilități aflați în instituții de protecție. Aceste măsuri sunt sistematizate mai jos și sunt însoțite de recomandarea ca acestea să fie analizate și adoptate la nivel național:

5.2.1 Măsuri care să contribuie la PREVENIREA încălcării drepturilor fundamentale ale copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale pentru care s-a dispus măsura de protecție specială (centre de plasament, servicii rezidențiale, case de tip familial, asistență maternală, plasament familial etc.):

i. facilitarea și incurajarea colectării și schimbului de date și informații în cadrul sistemului cu privire la situațiile de încălcare a drepturilor copilului și tânărului adult cu dizabilități mintale.

Un număr mare de directori ai DGASPC au recomandat instruirea și apoi monitorizarea și evaluarea șefilor de centre cu privire la raportarea în timp real a sesizărilor și reclamațiilor legate de situațiile potențiale sau reale de violare a drepturilor copiilor. Vizitele inopinate și aplicarea sancțiunilor disciplinare în situațiile care reclamă această intervenție au fost, de asemenea, măsuri recomandate de către reprezentanții DGASPC.

Un subiect căruia i s-a acordat atenție deosebită a fost legat însă de instruirea de bază și formarea continuă în special a personalului care asigură serviciile în cadrul centrelor rezidențiale. În acest sens s-a formulat recomandarea de a:

- susține programele de pregătire și perfecționare a personalului;
- elaborează, introduce și monitorizează implementarea ghidurilor de practică instituțională și a codului deontologic al personalului.

ii. încurajarea și susținerea colectării de date și informații provenite din partea copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale instituționalizați cu privire la respectarea drepturilor lor. Această măsură ar presupune în primul rând:

- informarea și formarea fiecărui copil, în concordanță cu capacitățile acestuia, cu privire la drepturile lui și încurajarea participării copiilor la manifestarea opiniilor și părerilor lor;

dar și alte intervenții de genul:

- organizarea unor campanii de informare și formare într-un limbaj adecvat copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale din instituții, cu privire la

ce anume act constituie o încălcare a drepturilor lor și care sunt căile prin care pot raporta un asemenea act;

- punerea în practică a unui sistem real de raportare a plângerilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale aflați în instituțiile de protecție astfel încât, sesizarea să ajungă în timp util, iar persoana care a adresat plângerea să rămână anonimă;
- organizarea unor acțiuni de informare a părinților și a tutorilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale cu privire la drepturile pe care le au membrii familiei lor aflați în instituții și care sunt căile legale prin care aceștia pot contribui la protecția împotriva abuzurilor.

iii. susținerea, recunoașterea și colaborarea pentru intervenții în cadrul unui mecanism independent și imparțial de monitorizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale aflate în protecție de tip rezidențial (și nu numai).

La fiecare dintre cele patru întâlniri regionale, majoritatea reprezentanților DGASPC au identificat și aspecte pozitive ale proiectului CRJ și au discutat despre înființarea unui organism care să funcționeze, asemănător proiectului de monitorizare desfășurat la nivel național de către CRJ și UNICEF, dar care, pentru a elimina anumite elemente care pot avea impact negativ, să aibă în vedere următoarele:

- semnarea unui protocol de colaborare cu fiecare DGASPC înaintea derulării intervenției;
- informarea anticipată a directorului DGASPC cu privire la persoanele care fac parte din echipa de monitorizare neanunțată;
- informarea prealabilă implementării acțiunii de monitorizare a directorului DGASPC cu privire la metodele de interviu și observație ce vor fi utilizate în cadrul vizitelor de monitorizare și a tehnicilor ce vor fi folosite pentru culegerea informațiilor;

În completarea și realizarea acestei ultime recomandări a participanților la întâlnirile regionale vine și recomandarea Raportului Special al ONU în ceea ce privește dreptul persoanelor la cele mai înalte standarde de sănătate fizică și mintală, și care arată că:

„Guvernul român trebuie să întărească în mod semnificativ mecanismele naționale privind răspunderea pentru respectarea dreptului la sănătate. Guvernul trebuie să înceapă prin analizarea mecanismelor existente care atrag

răspunderea în legătură cu respectarea dreptului la sănătate, iar apoi să ia în calcul toate opțiunile pentru a întări acest mecanism al răspunderii. Una dintre posibilități ar fi aceea de a menține instituțiile existente, având același mandat și atribuții, cărora să le asigure resurse sporite. O a doua posibilitate ar fi menținerea instituțiilor existente, dar lărgirea mandatului și atribuțiilor acestora, concomitent cu o suplimentare a resurselor acestora. O a treia posibilitate constă în înființarea unei noi instituții pentru apărarea drepturilor omului, însărcinată în mod special cu promovarea și apărarea dreptului la sănătate și abilitată să conducă anchete și să primească plângeri. Această a treia opțiune poate fi implementată fie prin intermediul unei noi instituții care să fie dedicată doar apărării dreptului la sănătate, cum ar fi de exemplu un Ombudsman pentru Sănătate, fie prin intermediul unei instituții pentru protecția drepturilor omului cu un mandat și atribuții mai largi, în conformitate cu Principiile de la Paris. În urma consultărilor, Guvernul va trebui să decidă care este calea cea mai bună de urmat.

Raportorul Special arată că nu are nici o rezervă asupra necesității unei asemenea măsuri de creștere a răspunderii pentru respectarea dreptului la sănătate, întrucât mecanismele existente în prezent, incluzând instanțele și colegiile profesionale, nu sunt de natură a oferi o soluție adecvată pentru antrenarea răspunderii pentru problemele semnalate de pacienți și pentru respectarea dreptului la sănătate în general” (Recomandarea 27).

5.2.2 Măsurile care să încurajeze IDENTIFICAREA RAPIDĂ, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA situațiilor în care sunt încălcate drepturile copiilor și ale tinerilor cu dizabilități mintale din instituțiile de tip rezidențial:

- i.** dezvoltarea și implementarea unor proceduri privind identificarea și raportarea cazurilor de încălcări ale drepturilor de către copiii și tinerii cu dizabilități mintale din instituții. Aceste proceduri pot să implice:
 - informarea, prin folosirea unui limbaj sau tehnici adecvate, a copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale din instituții cu privire la identificarea și recunoașterea unui act de încălcarea a drepturilor fundamentale ale omului;
 - stabilirea și aplicarea efectivă a unui sistem de sesizare și reclamații adaptat persoanelor cu dizabilități mintale și facilitarea accesului acestora la organisme independente de apărare a drepturilor omului. Accesarea rară a

unui astfel de mecanism sau lipsa reclamațiilor nu poate însemna în mod obligatoriu că nu există încălcări ale drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale din centrele de tip rezidențial;

- asigurarea protecției copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale care au reclamat încălcări ale drepturilor lor, împotriva oricărui “repercusiuni” din partea personalului sau a altor beneficiari, în situația în care își vor dezvălui sau li se va afla identitatea;
- implicarea directă a copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale în acțiuni de monitorizare care îi vizează:
- încurajarea implicării copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale în consilii la nivelul instituțiilor în care au fost plasați, dar și în echipele de monitorizare sau în comisiile de investigarea a sesizărilor;
- consultarea copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale cu privire la problemele pe care le întâmpină și încurajarea acestora să ofere soluții sau sugestii;
- asigurarea prezenței în mod periodic a copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale în fața membrilor Comisiei Județene pentru protecția copilului și ascultarea opiniilor lor ;

i. formarea personalului și a reprezentanților autorităților competente în ceea ce privește identificarea și raportarea situațiilor de încălcare a drepturilor copiilor:

- organizarea de cursuri de formare pentru tot personalul, și nu doar pentru cel educativ, în ceea ce privește respectarea drepturilor fundamentale ale copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale și în recunoașterea și raportarea cazurilor în care drepturile nu sunt respectate;
- punerea la dispoziția a personalului din instituții a unui *ghid orientativ* care să îndrume cu privire la activitățile ce trebuie întreprinse pentru a investiga imparțial o sesizare cu privire la încălcări ale drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale;
- elaborarea și implementarea unui set de criterii, norme, în parteneriat cu reprezentanții Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării, astfel încât să fie recunoscute și raportate cazurile de discriminare pe criterii de dizabilitate mintală.

5.2.3 Măsuri care să contribuie la ASIGURAREA SIGURANȚEI ȘI PROTECȚIEI ÎMPOTRIVA ORICĂROR FORME DE ABUZ al copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale din centrele de tip rezidențial, și, în special, a copiilor și a tinerilor cu dizabilități mintale severe:

- i. elaborarea și implementarea unor măsuri eficace și eficiente pentru asigurarea pregătirii continue, constante și uniforme la nivel național a personalului în ceea ce privește protecția împotriva oricăror forme de abuz asupra copiilor. Aceasta presupune formarea și monitorizarea practicilor personalului cu privire la:
 - exprimarea și ascultarea opiniei copilului cu dizabilități mintale referitor la internarea și administrarea tratamentului psihiatric, exceptând situațiile în care există documente oficiale că acestora le lipsește capacitatea legală;
 - necesitatea obținerii consimțământului informat la internare și tratament, atunci când un tânăr cu dizabilități mintale este transferat pentru tratament într-un spital sau secție de psihiatrie;
- ii. dezvoltarea și punerea în practică a unui set de măsuri în ceea ce privește transferul unui copil/tânăr cu dizabilități mintale dintr-o instituție de protecție a copilului într-un spital de psihiatrie;
- iii. elaborarea unui set de standarde și ghiduri de practică/cod deontologic precum și a unui sistem de monitorizare a respectării acestora în ceea ce privește aplicarea măsurilor de limitare a libertății copiilor/tinerilor cu dizabilități mintale, atât în interiorul instituțiilor de protecție a copilului cât și în unitățile de asistență medicală;
- iv. asigurarea accesului la un organism independent de revizuire a internării pentru copilul/tânărul cu dizabilități mintale care a fost transferat împotriva voinței lui dintr-un centru de plasament într-un spital de psihiatrie.



Lucrare tipărită în 100 de exemplare
cu sprijinul Reprezentanței UNICEF în România

ISBN-10: 973-8411-68-8
ISBN-13: 978-973-8411-68-5