



Centrul de Resurse Juridice

**Mecanismele de protecție a persoanelor cu dizabilități
mentale din instituțiile medico-sociale:
de la iluzie la realitate**

Romania, 2007



**PROGRAMUL
DE CONSOLIDARE A
SOCIETATII CIVILE
DIN ROMANIA**



"Acest material a fost tiparit cu sprijinul oferit de misiunea din Romania a Agentiei de Dezvoltare Internationala a Statelor Unite ale Americii (USAID), prin intermediul proiectului "Programului de consolidare a societatii civile din Romania". Opiniile si informatiile prezentate in aceasta/aceste pagina/i sunt cele ale autorilor si nu reprezinta neaparat punctul de vedere al USAID"

Sumar

Mai mult de 10 000 de persoane cu probleme de sănătate mintală sunt beneficiare ale sistemului de sănătate pentru bolnavi cronici într-un singur an¹, peste 6 000 de persoane cu probleme de sănătate mintală și / sau dizabilități intelectuale trăiesc în centrele de recuperare și reabilitare neuropsihică și peste 6 342 de copii cu încadrare în grad de handicap se aflau în iunie 2006 în centrele publice de plasament². În consecință peste 20 000 de persoane cu dizabilități mintale se află în prezent în instituții de tip medico-social (spitale sau secții de psihiatrie, centre de recuperare și reabilitare neuropsihică, centre medico-sociale și centre de plasament).

Raportul de față reprezintă rezultatul analizei și evaluării modului în care standardele internaționale și românești în materia drepturilor omului sunt cunoscute și respectate într-un număr de 15 instituții de sănătate mintală și asistență socială (în raport vom utiliza sintagma „instituții medico-sociale”) din țară, cu precădere din mediul rural.

Prima secțiune a raportului trece în revistă cele mai importante mecanisme de monitorizare, înființate conform dreptului internațional, relevante pentru protecția drepturilor omului în instituțiile medico-sociale pentru copii și adulții cu dizabilități mintale din România. Tot în „secțiunea I” sunt prezentate câteva exemple de mecanisme de supraveghere de la nivel național, din state membre ale Uniunii Europene (Finlanda, Olanda și Marea Britanie). Informația poate contribui la o dezbatere pe două planuri. Într-un prim plan, se referă la **modalitățile de îmbunătățire a mecanismelor de acest tip în vigoare în România**. Într-un al doilea plan, se referă la **nevoia de a introduce un mecanism de supraveghere nou, independent, care să vizeze exclusiv protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale**.

Este îndeobște cunoscut faptul că obiectivul prioritar pentru înființarea unui mecanism independent de monitorizare a respectării anumitor drepturi ale omului este de a preveni încălcarea acestor drepturi. Alte **obiective** includ:

- a estima progresul în asigurarea protecției drepturilor omului pe baza informațiilor de tip calitativ și cantitativ colectate;
- a construi politici adecvate pentru îmbunătățirea protecției drepturilor omului, în urma analizei problemelor și deficiențelor revelate în cadrul procesului de monitorizare;

¹ Conform estimărilor furnizate de directorul Centrului Național de Sănătate Mintală sunt în jur de 10-15 000 de persoane cu probleme de sănătate mintală care primesc îngrijiri în sistemul pentru bolnavi psihaici cronici și de 10 ori mai multe persoane beneficiază de serviciile medicale spitalicești pentru acuti.

² Conform buletinului statistic al ANPH, www.anph.ro, iunie 2006

- informarea publicului despre situația anumitor drepturi și a statului posibilitatea de a coopera cu alți actori interesați („stakeholders”) din societate, în special cei care sunt afectați de situația monitorizată;
- a crea oportunități pentru dezvoltarea profesională a celor implicați în situația monitorizată, cât și pentru creșterea conștientizării publicului; acestea pot duce la îmbunătățirea situației drepturilor omului;
- monitorizarea ar oferi un ultim recurs al victimelor încălcărilor drepturilor omului în cazul în care modalitățile de obținere a remediilor în vigoare au eșuat³.

A doua secțiune a raportului tratează starea de fapt observată de monitorii Centrului de Resurse Juridice în perioada decembrie 2006 – martie 2007, în 15 instituții medico-sociale din județele Buzău, Hunedoara, Arad, Bihor, Mureș, Vâlcea, Sibiu, Mehedinți, Galați, Neamț, Giurgiu și Cluj.

Vizitele de monitorizare neanunțate au demonstrat că rareori personalul acestor instituții cunoștea prevederile legale în materia drepturilor omului și/sau standardele de calitate în domeniu. La fel, mulți dintre beneficiarii acestor instituții fie ei copii sau adulți au sesizat echipelor de monitorizare o serie de abuzuri la adresa drepturilor omului în aceste instituții.

Procesul de monitorizare a vizat în principal evaluări cu privire la:

- gradul de deschidere al instituțiilor medico-sociale către organizațiile neguvernamentale** care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități;
- mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plangerilor și petițiilor beneficiarilor/pacienților din instituțiile medico-sociale;**
- implementarea reglementărilor cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale;**
- respectarea celorlalte drepturi ale pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale.**

Echipele de monitorizare au fost formate din câte doi reprezentanți ai CRJ cu experiență în domeniul monitorizării respectării drepturilor omului, fiind de profesie juriști și psihologi sau asistenți sociali. Monitorii CRJ au realizat interviuri atât cu beneficiarii instituțiilor vizitate cât și cu membrii personalului medical, de îngrijire, educație și psiho-social. Interviurile au fost realizate în marea majoritate în condiții de confidențialitate fie în instituțiile vizitate, fie prin telefon. Toți cei care au furnizat informații în timpul interviurilor au fost de acord cu acest lucru și nu li s-au oferit nici un fel de beneficii sau bunuri în schimbul interviurilor. Numele copiilor, tinerilor sau adulților ca și a-l unora dintre membrii personalului din

³ A se vedea *Expert paper on existing monitoring mechanisms, possible relevant improvements and possible innovations in monitoring mechanisms for a comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities*
<http://www.ohchr.org/english/issues/disability/>

aceste instituții care au sesizat aspecte legate de funcționarea instituțiilor sau de încălcări grave ale drepturilor omului în instituțiile vizitate nu sunt publicate în acest raport pentru a fi menținută confidențialitatea.

A treia secțiune cuprinde o analiză a mecanismelor de monitorizare și control în sistemul instituțiilor medico-sociale pentru persoanele cu dizabilități mintale din România. Sunt analizate reglementările legale actuale și practicile instituționale de la nivelul Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse împreună cu cele două autorități aflate în subordine – Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap și Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, de la nivelul Ministerului Sănătății Publice, dar și din perspectiva Inspecției Sociale și a Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării. Tot în secțiunea a III a sunt analizate trei dintre reglementările care ar putea orienta România în alegerea unui dintre mecanismele naționale de prevenție a încălcărilor drepturilor omului în instituțiile medico-sociale: **Legea nr. 47/2006 privind înființarea sistemului național de asistență socială**, **OUG nr. 13/2006 privind Inspecția Socială și Protocolul opțional** la Convenția împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante.

A patra secțiune încheie raportul cu concluziile și propunerile privind mecanismele de monitorizare și control, din perspectiva instituției Inspecției Sociale, a Avocatului Poporului și a cerințelor Protocolului Opțional.

I.

Mecanisme de monitorizare a respectării drepturilor omului la nivel internațional și în alte trei state europene (Finlanda, Olanda și Marea Britanie)

Această secțiune a raportului trece în revistă cele mai importante mecanisme de monitorizare, înființate conform dreptului internațional, relevante pentru protecția drepturilor omului în instituțiile de sănătate mintală și asistență socială pentru copii și adulții cu dizabilități mintale din România. Tot în secțiunea de față sunt prezentate câteva exemple de mecanisme de supraveghere de la nivel național, din state membre ale Uniunii Europene. Informația poate contribui la o dezbatere pe două planuri. Într-un prim plan, se referă la modalitățile de îmbunătățire a mecanismelor de acest tip în vigoare în România. Într-un al doilea plan, se referă la nevoia de a introduce un mecanism de supraveghere nou, independent, care să vizeze exclusiv protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale.

Este îndeobște cunoscut faptul că obiectivul prioritar pentru înființarea unui mecanism independent de monitorizare a respectării anumitor drepturi ale omului este de a preveni încălcarea acestor drepturi. Alte obiective includ:

- a estima progresul în asigurarea protecției drepturilor omului pe baza informațiilor de tip calitativ și cantitativ colectate;
- a construi politici adecvate pentru îmbunătățirea protecției drepturilor omului, în urma analizei problemelor și deficiențelor revelate în cadrul procesului de monitorizare;
- informarea publicului despre situația anumitor drepturi și a statului posibilitatea de a coopera cu alți actori interesați („stakeholders”) din societate, în special cei care sunt afectați de situația monitorizată;
- a crea oportunități pentru dezvoltarea profesională a celor implicați în situația monitorizată, cât și pentru creșterea conștientizării publicului; acestea pot duce la îmbunătățirea situației drepturilor omului;
- monitorizarea ar oferi un ultim recurs al victimelor încălcărilor drepturilor omului în cazul în care modalitățile de obținere a remediilor în vigoare au eșuat⁴.

În rândul statelor membre ale Consiliului Europei, Comitetul pentru prevenirea torturii și tratamentelor sau sancțiunilor inumane și degradante (CPT)⁵ reprezintă

⁴ A se vedea *Expert paper on existing monitoring mechanisms, possible relevant improvements and possible innovations in monitoring mechanisms for a comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities*
<http://www.ohchr.org/english/issues/disability/>

⁵ Creat în 1987 ca organ specializat independent, CPT realizează vizite în locuri de detenție din statele-părți la Convenția europeană pentru prevenirea torturii și tratamentelor sau pedepselor inumane sau degradante și emite recomandări pentru îmbunătățirea tratamentului persoanelor private de libertate și condițiile de detenție. România a ratificat această convenție pe 4 octombrie 1994.

cel mai eficient mecanism de monitorizare înființat pentru prevenirea torturii și a altor rele tratamente în locurile de detenție. Cu mai puțin de un an în urmă, în iunie 2006, o delegație a realizat cea de-a șaptea vizită în România⁶. Printre multele locuri de detenție vizitate au fost și instituții pentru tratamentul și/sau cazarea persoanelor cu dizabilități mintale: Spitalul de Psihiatrie Oradea, Centrul Medico-Social Nucet și Spitalul de Psihiatrie Nucet. Informațiile culese de CPT în această misiune vor fi făcute publice după ce guvernul României își va da acordul pentru publicarea raportului CPT.

O examinare a rapoartelor deja publicate în urma unor vizite anterioare relevă o serie de remarci care se repetă, ceea ce rezultă aparent dintr-o eșuare sistematică de a proteja în mod adecvat drepturile persoanelor cu dizabilități mintale din România. În plus, această examinare relevă de asemenea lipsa de voință politică a autorităților române de-a lungul timpului de a implementa recomandările CPT și de a oferi o protecție adecvată împotriva relexor tratamentelor pentru zeci de mii de posibile victime care sunt în mod special vulnerabile. Instituțiile de sănătate mintală din România s-au aflat sub supravegherea CPT începând cu prima sa vizită din 1995, la Spitalul de Psihiatrie din Poiana Mare. La momentul respectiv, CPT a găsit condițiile de viață ale pacienților ca fiind atât de deplorabile încât a apelat la articolul 8 din Convenție⁷, o măsură pe care o comisie de vizitare o invocă în mod excepțional și numai pentru a adresa îngrijorările sale cele mai urgente, solicitând intervenția imediată a statului. În acest fel, CPT a solicitat guvernului României să inițieze o investigație cu privire la toate aspectele care țin de funcționarea spitalului. Această solicitare deosebit de largă ilustrează faptul că situația monitorizată era inacceptabilă în fiecare aspect al ei. În plus, raportul a subliniat că condițiile de viață identificate au contribuit la o rată a mortalității alarmantă. Pe perioada de șase luni dinaintea vizitei, 61 de pacienți au decedat; 25 de certificate de deces au consemnat gravă malnutriție. CPT a criticat de asemenea sever relexor tratamente asupra pacienților raportate și folosirea abuzivă a camerelor de izolare și a altor metode de restricție a pacienților agitați sau violenți. În cursul vizitelor la fața locului, CPT acordă atenție specială cu privire la aplicarea în practică a garanțiilor de bază împotriva relexor tratamentelor. Aceste garanții includ o procedură eficientă de plângere și o inspecție independentă⁸. În Poiana Mare, CPT a observat că aceste garanții erau inadecvate și ineficiente⁹. În raportul său interimar, guvernul României a statuat că spitalul se află sub supervizarea unui comitet reprezentând ministerele sănătății și justiției și biroul Procurorului General. Într-un mod cu totul interesant, deși guvernul a replicat că spitalul „va fi eliminat

⁶ News Flash: **Council of Europe Anti-Torture Committee visits Romania** (<http://www.cpt.coe.int/documents/rom/2006-06-23-eng.htm>)

⁷ Articolul 8 alin.(5) statuează: “Dacă este necesar, Comitetul poate comunica imediat observațiile sale către autoritățile competente ale statului-parte în cauză.”

⁸ A se vedea paragrafele 53 și 55 din 8th *General Report on the CPT's activities* CPT/Inf(98) 12 [EN]

⁹ A se vedea paginile 83 și 84 *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Roumanie du 24 septembre au 6 octobre 1995*, CPT/Inf (98) 5 [Partie 1] <http://www.cpt.coe.int/documents/rom/1998-05-inf-fra-1.pdf>

gradual ca spital deoarece nu mai oferă condiții acceptabile (nici din punct de vedere medical, nici din punct de vedere penal sau umanitar)¹⁰, spitalul funcționează încă la capacitate maximă.

O atenție deosebită este atrasă asupra faptului că în raportul privind vizita sa inițială, cât și în cele subsecvente publicate, care vor fi descrise în detaliu mai departe, CPT și-a exprimat îngrijorarea cu privire la lipsa sau ineficiența unor garanții materiale și procedurale cu privire la internările și tratamentul nevoluntar și a emis recomandări detaliate. Aplicarea efectivă în practică a prevederilor în materie de tratament nevoluntar, care ar trebui să fie în conformitate cu standardele internaționale, rămâne sub semnul întrebării, cu toate că în perioada realizării acestui raport a intrat în vigoare o nouă legislație privind sănătatea mintală în România¹¹.

CPT s-a întors la Poiana Mare în vizita sa în România din anul 1999. Reamintind angajamentul guvernului de a închide această instituție, CPT a subliniat multe îngrijorări majore¹², inclusiv absența unui mecanism eficient de plângere¹³. Cu toate că în general răspunsul guvernului a notat că recomandările CPT vor fi implementate, nu a fost oferită nici o informație cu privire la punerea în aplicare a garanțiilor împotriva relelor tratamente.

În 2001, CPT s-a concentrat în mod exclusiv asupra instituțiilor pentru copii, inclusiv pentru copiii cu dizabilități mintale. Faptul că pentru prima dată în istoria sa CPT a realizat o vizită de țară ad hoc numai în instituțiile pentru copii, ar putea să indice eșecul instituțiilor statului român responsabile pentru asistența socială și protecția minorilor, de la acea vreme. În raportul CPT se recomandă printre altele: **“vizitele periodice în centrele de plasament pentru minori din partea unui organ independent (de exemplu un judecător sau o comisie de supraveghere) ar fi o contribuție importantă pentru prevenirea relelor tratamente. Un astfel de organ ar trebui autorizat, în special, pentru a se putea întâlni în privat cu rezidenții, a primi plângeri și, atunci când se impune, a formula recomandări care vor trebui implementate”**¹⁴. CPT a somat autoritățile române de a înființa un astfel de mecanism de supraveghere. Autoritățile române au răspuns că o nouă lege privind protecția copilului oferă în

¹⁰ A se vedea paginile 145 și 146, Interim report of the Romanian Government...
<http://www.cpt.coe.int/documents/rom/1998-05-inf-eng-resp1.pdf>

¹¹ Legea nr.487/2002 privind sănătatea mintală și protecția persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

¹² Din nou, conform articolului 8, CPT a cerut să fie introduse imediat instalații de încălzire în anumite aripi ale spitalului.

¹³ A se vedea paginile 81-88 *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 24 janvier au 5 février 1999* CPT/Inf (2003) 25
<http://www.cpt.coe.int/documents/rom/2003-25-inf-fra.pdf>

¹⁴ A se vedea pagina 20 *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 22 au 26 octobre 2001* CPT/Inf (2004) 8;
<http://www.cpt.coe.int/documents/rom/2004-08-inf-fra.pdf>

mod adecvat comisiilor de protecție a copilului un mandat mai eficient¹⁵. Un raport publicat recent al Centrului de Resurse Juridice analizează cât de eficient este astăzi acest mecanism de protecție împotriva abuzurilor a copiilor din instituții.¹⁶

În 2002 CPT a vizitat Spitalul de Psihiatrie Voila, Centrul de Reabilitare Răcăciuni și Spitalul de Psihiatrie de măsuri de siguranță din Pădureni-Grajduri. Din nou, apelând la articolul 8 al Convenției, CPT a cerut scoaterea din uz și eliminarea imediată a cuștilor de izolare din aripa de observație a Spitalului de Psihiatrie Voila. În mod similar cu observațiile și recomandările făcute în rapoartele sale anterioare, CPT și-a exprimat îngrijorarea cu privire la: relele tratamente împotriva pacienților din partea personalului raportate, condițiile de viață, personalul neadecvat (atât din punct de vedere al numărului, cât și al pregătirii), absența terapiilor altele decât cea medicamentoasă, care în câteva cazuri este inadecvată, lipsa politicilor și practicile abuzive de folosire a mijloacelor de restrângere. Aceasta pare să indice că autoritățile române au eșuat în mod repetat să aplice în practică recomandările CPT care aveau un caracter general, sistematic în esență și care nu se refereau în mod particular la situația unică găsită la momentul vizitei, precum cuștile de izolare din Voila.

În 2004, în urma publicării unor rapoarte ale organizațiilor neguvernamentale critice la adresa condițiilor din Spitalul de Psihiatrie din Poiana Mare, CPT a trimis o delegație pentru a revizita această instituție pentru a treia oară. Datorită ratei înalte a mortalității pacienților în anul 2003 și la începutul anului 2004, investigația CPT s-a concentrat asupra următoarelor: servicii medicale, alimentația pacienților și încălzirea în aripile cu pacienți. CPT a găsit că toate acestea sunt inadecvate și a concluzionat: **“După o treia vizită în decursul a mai puțin de o decadă, este timpul ca autoritățile să ia în sfârșit măsuri reale pentru a rezolva situația în această instituție.”**¹⁷ Încă o dată CPT a făcut observații și recomandări *in extenso* cu privire la relele tratamente asupra pacienților, cu privire la personal, la lipsa unei palete complete de terapii, la condițiile inadecvate de trai și absența garanțiilor împotriva relelor tratamente.

Cel de-al doilea mecanism internațional de monitorizare pe care îl vom înfățișa aici nu a fost încă ratificat de România. O dezbatere publică informată asupra ratificării și implementării sale are potențialul de a promova în mod semnificativ protecția drepturilor omului pentru copiii și adulții cu dizabilități mintale. Protocolul

¹⁵ See page 20 *Réponse de Gouvernement de la Roumanie au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en Roumanie du 22 au 26 octobre 2001* <http://www.1cpt.coe.int/documents/rom/2004-09-inf-fra.pdf>

¹⁶ Monitorizarea drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități mintale din instituțiile publice, București, aprilie 2007.

¹⁷ Pagina 15 *Rapport au Gouvernement de la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 21 juin 2004* CPT/Inf (2006)

Optional la Convenția împotriva torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane și degradante din cadrul (denumit în continuare OPCAT)¹⁸ este un instrument legal internațional care crește protecția împotriva torturii și relexor tratamente prin întărirea procedurilor de monitorizare naționale și internaționale. OPCAT se concentrează asupra prevenirii abuzului prin monitorizarea continuă și periodică a locurilor de deținere și stabilirea unui sistem de organe de monitorizare pe două niveluri: la nivel internațional și la nivel național.

OPCAT pune o emfază mai mare asupra cooperării dintre statele-părți pentru prevenirea încălcărilor, față de condamnarea publică a încălcărilor deja comise. Ultimele sunt o atribuție primordială a SubComitetului Împotriva Torturii din cadrul UN, responsabil pentru monitorizarea implementării tratatului de bază¹⁹. OPCAT ajută statele-părți să-și implementeze angajamentul conform tratatului de bază, să ia măsurile de prevenire a torturii și a altor rele tratamente²⁰. **Introducerea unor organe naționale de monitorizare conform OPCAT, asigură că statele-părți implementează standardele internaționale în domeniu în mod eficient și cu eforturi susținute.**

O varietate de mecanisme mandatate să prevină tortura și alte rele tratamente există deja în majoritatea țărilor. Acestea includ comisii de drepturile omului, ombudsmen, comisii parlamentare, scheme de vizitare a locurilor de deținere de către persoane independente sau experți, precum și programe de monitorizare implementate de organizații neguvernamentale. OPCAT mandatează Subcomitetul de prevenire, la nivel internațional²¹ și mecanismele naționale care efectuează vizite neanunțate în orice loc de deținere.

În această scurtă trecere în revistă a OPCAT, ne vom concentra asupra prevederilor relevante în mod special pentru România care a achiesat să introducă un mecanism eficient, independent de monitorizare a instituțiilor de sănătate mintală și a altor instituții pentru persoanele cu dizabilități mintale²². În primul rând, OPCAT oferă definiția cea mai largă pentru 'lipsirea de libertate' ca fiind "orice formă de deținere sau închisoare sau plasarea unei persoane în custodia unei instituții publice sau private pe care persoana în cauză nu are voie să o părăsească din proprie voință conform ordinului unei autorități

¹⁸ GA Resolution A/RES/57/199 din 9 ianuarie 2003. România a semnat OPCAT pe 24 septembrie 2003 dar nu l-a ratificat încă. OPCAT a intrat în vigoare pe 22 iunie 2006 cu 33 de state-părți.

¹⁹ Convenția împotriva torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante, adoptat de Rezoluția Adunării Generale 39/46□ din 10 decembrie 1984 și ratificată de România pe 18 decembrie 1990.

²⁰ În Preambulul OPCAT, se prevede: "Reamintind că articolele 2 și 16 din Convenție obligă fiecare stat-parte să ia măsurile eficiente pentru a preveni actele de tortură sau alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante pe orice teritoriu de sub jurisdicția sa". Pentru textul complet al OPCAT, a se vedea <http://www.ohchr.org/english/law/cat-one.htm>.

²¹ Articolele 5-16 ale OPCAT reglementează stabilirea și mandatul Subcomitetului de prevenire care nu este de interes pentru acest raport.

²² Pentru mai multe informații a se vedea *Optional Protocol to the United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: A Manual for Prevention*, publicat de Inter-American Institute of Human Rights și the Association for the Prevention of Torture în 2005. O versiune electronică este disponibilă la: http://www.apt.ch/publications/opcat_manual.shtml

administrative, judiciare sau altei autorități”[articolul 4]. Această definiție ar include în contextul României toate instituțiile de sănătate publică, inclusiv centrele medico-sociale aflate sub autoritățile publice locale de sănătate publică unde pacienții sunt plasați pentru tratament sau asistență, la fel și toate instituțiile rezidențiale aflate sub Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (ANPH) și Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC). Aceste instituții, prevăzute mai sus, au fost deja sub supravegherea internațională a CPT. Din momentul în care România ratifică OPCAT, aceste instituții vor fi subiecte ale vizitelor atât din partea Subcomitetului pentru prevenire, cât și din partea unuia sau mai multor organe de monitorizare desemnate la nivel național.

Partea a IV-a a OPCAT prevede indicații detaliate cu privire la înființarea unui mecanism de prevenire național eficient. În termen de un an de la ratificarea OPCAT, România va fi angajată să: “mențină, desemneze sau stabilească... **unul sau mai multe mecanisme de prevenire naționale independente** [sublinierea noastră] pentru prevenirea torturii la nivel național”²³. Mecanismele naționale trebuie să fie capabile de a acționa independent și fără intervenții din partea autorităților statului și să fie de asemenea percepute de către public ca fiind independente. În acest sens, articolul 18 ar obliga România să asigure:

- **funcționarea independentă** a mecanismelor naționale, precum și independența personalului lor;
- **experții trebuie să fi dobândit capacitățile și cunoștințele profesionale**, reprezentarea ambelor sexe (gender balance) și reprezentarea adecvată a grupurilor etnice și grupurilor minoritare din țară;
- **resursele necesare** pentru funcționarea mecanismelor naționale;
- **atență considerabilă** la Principiile cu privire la statutul instituțiilor naționale pentru promovarea și protecția drepturilor omului²⁴.

În ceea ce privește mandatul acestor mecanisme, articolul 19 prevede că mecanismele preventive naționale vor avea competențe: să examineze periodic tratamentul persoanelor private de libertate; să facă recomandări către autoritățile competente cu scopul de a îmbunătăți tratamentul și condițiile privind persoanele private de libertate; să trimită propuneri și observații cu privire la legislația în vigoare sau proiectele de lege.

Pentru ca mecanismele naționale să își exercite mandatul în mod eficient, statele-părți se obligă, conform prevederilor articolului 20, să garanteze acestor mecanisme:

- **accesul la informații** cu privire la numărul persoanelor private de libertate aflate în locuri de detenție, numărul locurilor de detenție și locația lor;
- **accesul la toate informațiile referitoare la tratament** acestor persoane precum și condițiile de detenție;

²³ Articolul 3 și 17.

²⁴ De asemenea cunoscute ca Principiile de la Paris. Pentru textul complex, a se vedea: <http://www.unhcr.ch/html/menu6/2/fs19.htm#annex>

- accesul la toate locurile de detenție;
- posibilitatea de a avea interviuri private, fără martori, cu persoanele private de libertate;
- libertatea de a alege locurile de vizitare și persoanele pe care să le intervieveze;
- dreptul de a avea contacte cu Subcomitetul de prevenire, de a trimite informații și de a avea întâlniri cu acesta.

În scopul de a proteja sursele de informare, articolul 21 prevede garanții împotriva amenințărilor și hărțuirii oricui comunică cu mecanismul național. Aceste prevederi asigură de asemenea confidențialitatea informației. Nici o dată cu caracter personal nu poate fi publicată fără consimțământul express al persoanei în cauză.

Articolul 22 obligă autoritățile statelor să examineze recomandările și să intre în dialog cu privire la implementarea unui mecanism național de prevenire. În final, conform articolul 23, statul-parte se obligă să publice și să disemineze anual rapoarte ale mecanismului național de prevenire.

În final, dar nu în cele din urmă, dorim să facem o mențiune scurtă cu privire la un alt standard internațional, adoptat recent, care impune o obligație de monitorizare și prevenire a oricărui abuz la care ar putea fi supuse persoanele cu dizabilități mintale, indiferent de instituția în care au loc respectivele violări. Articolul 16 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPWD) solicită statelor “să ia toate măsurile adecvate legislative, administrative, sociale, educaționale și alte măsuri de protecție a persoanelor cu dizabilități, atât acasă, cât și în afara acesteia, împotriva tuturor formelor de exploatare, violență și abuz, inclusiv aspectele ce țin de gen²⁵”. Astfel de măsuri se extind până la prevederile pentru acordarea de asistență persoanelor cu dizabilități, familiilor lor și celor în grija cărora se află, cu privire la cum să ‘evii, recunoști și raportezi’²⁶ și promovarea ‘recuperării fizice, cognitive și psihologice, reabilitare și reintegrare socială’ a victimelor²⁷. În final, ar trebui subliniat că textul convenției stipulează că “ pentru a preveni incidența tuturor formelor de exploatare, violență și abuz, statele-părți trebuie să asigure că toate facilitățile și programele create pentru a servi persoanele cu dizabilități sunt **monitorizate în mod eficient de autorități independente** [sublinieareanoastră]”.²⁸ Trebuie de asemenea notat că în redactarea CRPWD, Biroul ONU al Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului a trimis un document care recomanda *inter alia*: “reprezentarea persoanelor cu dizabilități în cadrul mecanismului”²⁹.

²⁵ Art 16.1 Pentru textul complet al convenției, a se vedea <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.

²⁶ Art 16.2.

²⁷ Art 16.4.

²⁸ Art 16.3.

²⁹ Pagina 20, *Expert paper on existing monitoring mechanisms, possible relevant improvements and possible innovations in monitoring mechanisms for a comprehensive and integral international convention*

Performanțele mecanismelor naționale de monitorizare care exercită supraveghere asupra instituțiilor de sănătate mintală și asistență socială din state ale Uniunii Europene este subiectul unui raport publicat recent de Mental Disability Advocacy Center (MDAC), o organizație neguvernamentală regională de promovare a drepturilor omului pentru copii și adulții cu dizabilități mintale³⁰. Raportul evaluează practicile din șase țări³¹ cu privire la criteriile prevăzute în cerințele OPCAT pentru înființarea și operarea cu succes a unui mecanism național de monitorizare. Raportul concluzionează că deși calitatea muncii și eficiența mecanismelor naționale de monitorizare vizate variază foarte mult, îmbunătățiri pentru a îndeplini în totalitate standardele OPCAT se impun în toate statele examinate; creșterea eficienței mecanismelor naționale de supraveghere și de reducere a încălcărilor drepturilor omului.

Practicile în trei state, **Finlanda, Olanda și Marea Britanie**, par a fi în mod special relevante pentru dezbaterile publice din România cu privire la îmbunătățirea mecanismelor în vigoare asupra supravegherii în instituțiile de sănătate mintală și asistență socială. Rolul statutar și activitatea Avocatului Parlamentar (Parliamentary Ombudsman) în Finlanda ar putea oferi inspirație pentru întărirea instituției Avocatului Poporului din România. Examinând practicile Inspecției Olandeze privind Asistența Medicală (Dutch Healthcare Inspectorate) ar putea fi de ajutor pentru Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii și Solidarității Sociale³² din România în asigurarea eficienței mai mari a propriilor sisteme de inspecție. Unele aspecte ale complexului sistem de protecție a drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale din Marea Britanie ar putea oferi modele pentru noi mecanisme care se impun în România, având mandatul de a garanta exclusiv drepturile persoanelor cu dizabilități mintale.

Constituția Finlandei mandatează Avocatul Parlamentar „să asigure că instanțele, alte autorități și funcționari publici, angajați ai sistemului public și alte persoane, atunci când... își îndeplinesc funcțiile publice respectă legea și își îndeplinesc obligațiile. În exercitarea atribuțiilor sale, Avocatul Parlamentar monitorizează implementarea drepturilor și libertăților fundamentale”³³. Avocatul Parlamentar trimite un raport anual Parlamentului cu privire la munca sa, inclusiv observații cu privire la situația administrării justiției și lipsurile din legislație.

on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities

<http://www.ohchr.org/english/issues/disability>

³⁰ INSPECT! Inspectorates of Mental Health and Social Care Institutions in the European Union, publicat în Budapesta, Noiembrie 2006.

³¹ Republica Cehă, Estonia, Finlanda, Ungaria, Olanda și Marea Britanie.

³² Responsabil în cele din urmă pentru instituțiile aflate sub supravegherea ANPH și ANPDC.

³³ Articolul 109 din Constituția Finlandei, adoptat la 11 iunie 1999 (731/1999), și intrat în vigoare la 1 martie 2000. <http://www.oikeusasiamies.fi:80/Resource.php/ea/english/lawlinks/constitution38-117.htm>

Legea Avocatului Parlamentar (197/2002)³⁴ dă posibilitatea oricărei persoane să introducă o plângere dacă consideră că cineva a acționat ilegal sau neglijent în îndeplinirea atribuțiilor sale legale³⁵. Avocații angajați în cadrul Biroului Avocatului Parlamentar sunt disponibili pentru a oferi consiliere prin telefon sau în persoană³⁶. Toate plângerile aflate în competența Avocatului Parlamentar sunt investigate. Mai mult, Avocatul Parlamentar poate investiga o problemă și din oficiu.

Inspecțiile reprezintă o parte importantă a muncii Avocatului Parlamentar. Conform articolului 5 din lege, Avocatul Parlamentar se angajează să “efectueze inspecții în închisori și în alte instituții închise pentru a supraveghea tratamentul persoanelor care trăiesc acolo”. “În contextul unei inspecții, Avocatul Parlamentar și reprezentanții săi au dreptul de acces în toate zonele și în toate sistemele de informații din cadrul instituției publice în cauză, precum și dreptul de a purta discuții confidențiale cu personalul instituției și cu persoanele care trăiesc acolo”³⁷. Când se impune, Avocatul Parlamentar poate ordona efectuarea unei investigații a poliției sau o investigație preliminară³⁸. Când Avocatul Parlamentar consideră că în mod nejustificat procedura de urmărire penală sau procedura disciplinară nu au fost deschise, atunci el/ea poate să adreseze o opinie critică în acest sens. Avocatul Parlamentar emite de asemenea recomandări și se poate adresa guvernului sau altor autorități cu propuneri pentru îmbunătățirea legislației și practicilor în vigoare. Subliniem de asemenea că personalul acestei instituții primește o instruire continuă, inclusiv patru sesiuni anuale pe teme de drepturile omului; și chiar dacă nu există o prevedere legală specială, Biroul Avocatului Parlamentar colaborează cu organizații neguvernamentale de la nivel național și local³⁹.

În Raportul Anual din 2005 al Avocatului Parlamentar, care privește printre altele și vizitele sale în spitale de psihiatrie, acesta a subliniat că are un interes deosebit pentru inspectarea “condițiilor de viață și tratamentul la care sunt supuși pacienții care primesc tratament nevoluntar”. Raportul arată în detaliu cum a fost colectată informația în timpul discuțiilor cu managementul spitalului, reprezentanții pacienților, personalul și cu pacienții înșiși, precum și din examinarea documentelor, inspectarea aripilor închise și a camerelor de izolare “Un aspect căruia i s-a acordat o atenție deosebită în timpul vizitelor de anul trecut se referă la îndeplinirea garanțiilor de tratament în domeniul tratamentului psihiatric al copiilor și adolescenților, precum și restricțiilor asupra dreptului la auto-determinare și asupra altor drepturi fundamentale ale pacienților cu probleme psihice. În timpul inspecțiilor au fost examinate de asemenea drepturile altor pacienți, inclusiv privind accesul la exerciții în aer liber”. În timpul vizitelor de

³⁴ Textul complet poate fi găsit la <http://www.oikeusiasiamies.fi:80/Resource.phx/ea/english/lawlinks/act-ombudsman.htm>

³⁵ Articolul 2(1).

³⁶ <http://www.oikeusiasiamies.fi:80/Resource.phx/ea/english/faq.htm>

³⁷ Articolul 5(2).

³⁸ Articolul 8.

³⁹ Idem 27, pagina 27.

inspecție, Avocatul Parlamentar a atras atenția asupra atribuției principale pe care o au Birourile Regionale de a supraveghea limitarea drepturilor omului în cazul pacienților care primesc tratament psihiatric în mod nevoluntar. Ea a subliniat faptul că un spital psihiatric trebuie să aibă reguli scrise și suficient de detaliate cu privire la modul în care se implementează restricțiile asupra dreptului la autodeterminare, în înțelesul articolului 4(a) din Legea privind sănătatea mintală. De asemenea, reguli speciale asupra funcționării diferitelor departamente din cadrul unui spital de psihiatrie trebuie să fie în conformitate cu legea. În plus, aceasta a atras atenția asupra condițiilor specifice distincte cerute de lege pentru aplicarea izolării sau restrângerii⁴⁰.

În final, ne propunem să examinăm cum Avocatul Parlamentar își păstrează independența și care este lista problemelor la care trebuie să răspundă în Finlanda. Pentru a-și îndeplini în mod eficient și independent atribuțiile sale legale, Avocatul Parlamentar își face propria propunere de buget, care este aprobat de Parlament și are controlul complet asupra alocării bugetului. Până în prezent Parlamentul finlandez a acordat toate fondurile cerute pentru susținerea muncii Biroului Avocatului Parlamentar, format din 55 de persoane⁴¹. Pentru a plasa în context munca acestui sofisticat mecanism de protecție a drepturilor omului, menționăm că Finlanda are o populație de aproape 5.2 milioane de locuitori și 7.4% din PIB este cheltuit pentru servicii de sănătate⁴². Preocuparea Finlandei pentru servicii de sănătate și bunăstarea cetățenilor ei reflectă lunga tradiție a țării pentru realizarea progresivă a drepturilor economice, sociale și culturale. Rețeaua finlandeză de servicii sociale include servicii comunitare de asistență de sănătate mintală. La începutul anilor 1990, ca urmare a unei rapide dezinstituționalizări a pacienților internați pe termen lung în Finlanda, celor aproape 70% dintre pacienți⁴³ le-a fost oferită posibilitatea de a se muta în aranjamente rezidențiale alternative, fără a lăsa pe cineva lipsit de locuință⁴⁴. Dacă ar fi să învățăm ceva din experiența finlandeză, ar fi aceea că o protecție eficientă și adecvată a drepturilor fundamentale ale persoanelor cu dizabilități mintale nu este posibilă fără un angajament din partea statului susținut și pe termen lung față de îmbunătățirea semnificativă a sănătății publice și a tuturor serviciilor de asistență socială, precum și a mecanismelor de protecție a drepturilor în conformitate cu standardele internaționale de drepturile omului.

În comparație cu alte state europene, **Olanda** are una dintre cele mai mari proporții de asistență rezidențială pentru persoanele cu probleme de sănătate

⁴⁰ Pagina 38 *Parliamentary Ombudsman of Finland: Summary of the Annual Report 2005*, disponibil la <http://www.oikeusasiamies.fi:80/dman/Document.phx/ea/english/annualreports/2005en?folderId=ea%2Fenglish%2Fannualreports&cmd=download>

⁴¹ Idem 27, pagina 26.

⁴² <http://www.who.int/countries/fin/en/>

⁴³ Ceilalți, în urma susținerii adecvate, s-au întors la casele lor și/sau s-au reunit cu familiile lor.

⁴⁴ Sami Räsänen, M.D și alții *Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients in Northern Finland*, *Psychiatric Services* 51:383-385, March 2000, <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/3/383>

mentală, persoanele cu dizabilități intelectuale și persoanele în vârstă.⁴⁵ Există aproximativ 800 de locuințe de îngrijire pentru persoanele cu demență, 47 de instituții pentru persoanele cu dizabilități intelectuale, 100 de spitale psihiatrice și 90 de departamente psihiatrice în cadrul spitalelor generale⁴⁶. Pe cale de consecință, este important să examinăm mai atent rolul pe care îl joacă agențiile inspecției de stat în protecția drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilități mintale plasate spre îngrijire în această rețea largă de instituții.

Inspecțiile privind asistența/ îngrijirea medicală, o chestiune de importanță națională, au o tradiție de 200 de ani. Cu ocazia celei mai recente reforme a serviciilor dintre multe câte au avut loc, din data de 1 ianuarie 1995, Inspectoratul Medical cu privire la Sănătate, Inspectoratul Medical cu privire la Sănătatea Mintală și Inspectoratul pentru Medicamente s-au unit și au format **Inspectoratul cu privire la Asistența/Îngrijirea Medicală (Inspectoratul)**⁴⁷.

Inspectoratul supraveghează calitatea și accesibilitatea îngrijirilor medicale și este o organizație autonomă în cadrul Ministerului Sănătății, Bunăstării și Sportului. Ministerul este responsabil în mod oficial pentru activitățile realizate de către Inspectorat și este ținut responsabil de către Parlament pentru activitățile Inspectoratului.⁴⁸

Inspectoratul este subdivizat în trei subinspectorate: unul pentru prevenire și îngrijiri medicale curative, unul pentru îngrijiri medicale privind sănătatea mintală și unul pentru farmacie și tehnologie medicală. Subinspectoratul pentru îngrijiri medicale privind sănătatea mintală are trei departamente: 13 inspectori responsabili pentru spitale de pediatrie și spitale de psihiatrie generală, precum și pentru instituții care oferă tratament pentru dependența de droguri și alcool; 7 inspectori care monitorizează instituțiile pentru persoanele cu dizabilități intelectuale; și 10 inspectori care supraveghează locuințele de îngrijire pentru persoanele în vârstă⁴⁹.

Inspectoratul desfășoară supravegherea generală prin vizite periodice la instituțiile de îngrijire pentru a se asigura că, calitatea îngrijirilor se ridică la standardele stabilite. Inspectoratul lucrează pe baza unei noi metodologii de determinare a riscului compusă din trei faze⁵⁰. În prima fază, care își propune să identifice instituții cu un grad înalt de risc, Inspectoratul realizează evaluări pe baza informațiilor colectate într-un chestionar în format electronic completat de toate instituțiile. A doua fază cuprinde inspecții la fața locului în instituții. Dacă se constată o insuficientă calitate a serviciilor de îngrijire, atunci Inspectoratul va

⁴⁵ Pagina 79, André den Exter și alții, *Netherlands: Health Care Systems in Transition*, <http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf>

⁴⁶ Idem 27, pagina 38.

⁴⁷ <http://www.igz.nl/uk/organization/94964/>

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Idem 27, pagina 38.

⁵⁰ <http://www.igz.nl/uk/supervision/ukworkingmethods/>

trece la o a treia fază, în care se vor lua măsuri pentru a asigura calitatea serviciilor conform cu standardele cerute⁵¹.

În același timp, Inspectoratul inițiază investigații mai aprofundate cu privire la problemele grave raportate, evenimente adverse sau alte situații de criză în serviciile de îngrijire sau alte servicii. După stabilirea cauzelor problemei sau a crizei, vor fi admise recomandări pentru a evita apariția unui incident de același tip în viitor⁵².

În al treilea rând, Inspectoratul pregătește rapoarte tematice pe teme mai generale. Scopul supervizării tematice poate fi de a evalua politica guvernului cu privire la anumite aspecte, de a diminua riscurile aferente anumitor practici de îngrijire sau de a determina eșecurile structurale, îmbunătățind astfel calitatea îngrijirii și securitatea pacienților/rezidenților⁵³.

Inspectoratul publică de asemenea un raport anual asupra evoluțiilor în îngrijirea medicală și cu privire la activitatea desfășurată⁵⁴.

În plus, Inspectoratul are un rol special în supervizarea internărilor nevoluntare și tratamentul nevoluntar din instituțiile psihiatrice. Legea privind spitalele de psihiatrie din 1994 (Legea Internărilor Nevoluntare) a desemnat în mod expres inspectori pentru a investiga orice sesizare a unui caz de internare și tratament nevoluntar. "Există aproximativ 2500 de asemenea cazuri anual și din acestea, aproape 10% presupun [sunt supuse la] o inspecție oficială, împreună cu examinarea registrelor medicale, discuții cu echipele de tratament, cu pacientul și cu reprezentantul său legal"⁵⁵.

Cu privire la alte garanții privind drepturile fundamentale ale pacienților și rezidenților, este de asemenea important să subliniem că în cadrul sistemului de îngrijire medicală și socială olandez, pacienții și rezidenții au diferite opțiuni pentru a înainta o plângere. Conform prevederilor Legii privind plângerile generale în sistemul de îngrijiri medicale din 1995, sunt înființate comitete de rezolvare a plângerilor în cadrul fiecărei instituții. Trei dintre membri și președintele comitetului trebuie să fie persoane independente de instituția în cauză. Petentul are dreptul de a fi reprezentat de un avocat sau de o altă persoană de încredere. Cu toate acestea, recomandările comitetului nu sunt obligatorii din punct de vedere legal.

Legea privind spitalele de psihiatrie (Legea Internărilor Nevoluntare) prevede o procedură mai eficientă. Persoanele internate nevoluntar pentru tratament pot înainta plângeri cu privire la aspecte diverse în legătură cu tratamentul, inclusiv

⁵¹ <http://www.igz.nl/uk/supervision/ukworkingmethods/>

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ <http://www.igz.nl/uk/organization/inspectorateproducts/>

⁵⁵ *Idem* 27, pagina 40.

obligarea la tratament medical fără consimțământ și folosirea mijloacelor de restricție. Pacientul poate să ceară asistență de la un apărător independent al pacienților. Comitetul de rezolvare a plângerilor organizează audieri în prezenta medicului psihiatru și a avocatului. Deciziile comitetului sunt obligatorii față de instituție și nu pot fi contestate de către aceasta. Pe de altă parte, petentul poate să atace decizia respectivă în instanța de judecată și îi este garantată asistență judiciară gratuită. Judecătorul poate să arate instituției care sunt măsurile pentru a remedia situația⁵⁶.

O astfel de contestație poate fi înaintată în mod direct și Inspectoratului, care dacă se impune, o poate trimite mai departe la tribunalul de disciplină medicală sau la instanța penală⁵⁷.

Atâta timp cât instituțiile rezidențiale pe termen lung operează în cadrul sistemului medico-social, se impune ca statul să asigure protecția efectivă a drepturilor pacienților și rezidenților atât prin mecanisme interne, cât și prin mecanisme de supraveghere independente⁵⁸. În acest sens, odată cu punerea bazelor eforturilor de dezinstituționalizare din România, autoritățile statului responsabile trebuie să verifice că mecanismele interne de supraveghere sunt adecvate astfel încât să asigure o protecție efectivă a drepturilor celor internați și tratați în instituțiile de îngrijire medicală și socială. Nu este suficient să se dea acestor mecanisme un mandat adecvat, dar și resurse adecvate pentru a asigura protecția efectivă a drepturilor pacienților și rezidenților, precum și punerea în practică a standardelor de îngrijire.

Marea Britanie are cel mai dezvoltat sistem de monitorizare a instituțiilor de îngrijire a sănătății mintale și de îngrijire socială. Sunt multe aspecte în cadrul acestui sistem complex care trebuie examinate îndeaproape atunci când se ia decizia care model de mecanism independent de supraveghere este mai potrivit pentru România. Printre aceste aspecte stau în special acelea care asigură independența și funcționarea eficientă a mecanismului de supraveghere pentru toții beneficiarii de servicii. Experiența Marii Britanii confirmă faptul că acestea pot fi obținute cel mai bine cu participarea beneficiarilor de servicii și grupurilor de beneficiari în cadrul fiecărui nivel și fiecărui stadiu de luare a deciziei care ar putea să îi afecteze.

Având în vedere spațiul limitat al acestui raport, ne vom putea axa numai asupra unuia dintre organele care fac parte din acest sistem complex de supraveghere a serviciilor de îngrijire de sănătate mintală și serviciilor sociale: **Inspecția privind Legea Sănătății Mintale (Mental Health Act Commission - MHAC)**. Alte organe includ Comisia pentru Inspecția Serviciilor Sociale care se ocupă de instituțiile care oferă asistență socială și servicii de asistență socială la domiciliu din partea

⁵⁶ Idem 27, pagina 41.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Principiul 22, Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, adopted by General Assembly resolution 46/119 din 17 decembrie 1991.

sectorului public, privat și prin voluntariate. Comisia pentru Asistență Medicală promovează îmbunătățirile în ceea ce privește asistența medicală și sănătatea publică în Anglia și Țara Galilor⁵⁹, asigurând ca serviciile de sănătate să îndeplinească standardele și evaluând performanța organizațiilor care oferă astfel de servicii. Această comisie se ocupă de asemenea cu plângerile privind Serviciul Național de Sănătate⁶⁰. Agenția Națională pentru Securitatea Pacientului coordonează eforturile la nivel național de a raporta și mai ales de a învăța din greșelile și problemele care afectează securitatea pacientului⁶¹. Avocatul Parlamentar și în domeniul Serviciilor de Sănătate, care are o unitate specială privind sănătatea mintală, se ocupă de plângerile care privesc cazurile grave⁶².

MHAC răspunde de monitorizarea implementării Legii privind sănătatea mintală din 1983 și se ocupă de pacienții care sunt internați și tratați nevoluntar. Această inspecție este formată din aproximativ 100 de membri (comisari), inclusiv experți independenți, avocați, medici, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi și alți specialiști⁶³. În plus, Comisia dispune de un grup de aproximativ 150 de psihiatrii consultanți numiți de Comisie ca „medici care oferă o a doua opinie” (Second Opinion Doctors).

Mandatul MHAC include: examinarea punerii în aplicare a Legii privind sănătatea mintală din 1983 față de pacienții internați și tratați nevoluntar; vizite și interviuri în privat cu pacienții care sunt ținuti împotriva voinței lor în spitale și locuințe de îngrijire; investigarea plângerilor care sunt în competența Comisiei (de ex. Cu privire la internarea și/sau tratamentul nevoluntar); examinarea deciziilor de reținere a corespondenței pacienților deținuți în Spitalele de Înaltă Securitate (High Security Hospitals); numirea personalului medical și a altor profesioniști care să ofere o a doua opinie în cazurile prevăzute de lege; publicarea unui raport către Parlament la fiecare 2 ani. Comisia poate de asemenea să sfătuiască Secretariatul de Stat pentru Sănătate cu privire la aspectele care țin de politici publice aflate în competența sa⁶⁴.

Membrii Comisiei, cu excepția Președintelui și Vicepreședintelui, lucrează în echipe regionale. Fiecare echipă regională este responsabilă pentru o zonă geografică și este condusă de un Director Regional care este responsabil pentru organizarea și monitorizarea activității echipelor⁶⁵.

Comisia are un număr de aproximativ 40 de angajați, conduși de Directorul Executiv al Comisiei. Personalul este împărțit în echipe care oferă suport

⁵⁹ Există prevederi speciale cu privire la protecția drepturilor omului și mecanismele de supraveghere în acest domeniu în Irlanda de Nord și în Scoția.

⁶⁰ <http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm>

⁶¹ <http://www.npsa.nhs.uk/>

⁶² <http://www.ombudsman.org.uk/>

⁶³ <http://www.mhac.org.uk/Pages/about.html>

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ <http://www.mhac.org.uk/Pages/composition.html>

administrativ Consiliului de Conducere al Comisiei, Echipelor Regionale de Vizită, Serviciilor de acordare a unei a doua opinii (Second Opinion Services) și tuturor activităților de training ale Comisiei. Comisia are de asemenea o echipă care se ocupă în mod special cu munca aferentă plângerilor care sunt trimise Comisiei. Această echipă se ocupă și cu cazurile de deces ale pacienților deținuți care sunt notificate Comisiei.

Comisarii trebuie să își dedice aproximativ 2 zile în fiecare lună pentru vizite la fața locului și rezolvarea plângerilor. În regiunea în care lucrează trebuie să viziteze fiecare spital o dată la 12 luni și fiecare aripă a unui spital o dată la 18 luni. Majoritatea vizitelor sunt neanunțate și pot avea loc la orice moment al zilei, în orice zi a săptămânii. Într-o vizită obișnuită un comisar poate intervieva aproximativ șase pacienți. "Feedback verbal sau în scris poate fi și este deseori oferit chiar în ziua de vizită, ceea ce poate conduce la rezolvarea anumitor probleme, în special cele care țin de nivelul spitalului."⁶⁶

Deoarece MHAC are în competențe să se ocupe de garantarea intereselor persoanelor care sunt internate și tratate în instituții psihiatrice împotriva voinței lor, MHAC este interesat să implice în activitățile sale acest grup de beneficiari prin Grupul pentru Beneficiarii de Servicii (Service User Reference Panel). Acest grup are propriul newsletter prin care oferă feedback și informații membrilor SURP cu privire la munca în care sunt implicați.

Ținând cont de rata neobișnuit de mare a mortalității în spitalele de psihiatrie din România, trebuie de subliniat rolul pe care îl joacă MHAC în această privință. Conform competențelor sale generale, MHAC este notificată cu privire la orice deces al unui pacient internat sau/și tratat nevoluntar. MHAC înregistrează toate decesele pacienților deținuți și examinează decesele pacienților care nu au murit din cauze naturale pentru a stabili dacă a fost urmat modelul de bună practică, așa cum este definit în Normele de aplicare ale Legii privind sănătatea mintală 1993 (Code of Practice attached to the Mental Health Act 1983), precum și pentru a învăța evitarea unor comportamente neadecvate pentru viitor. Examinarea poate presupune trimiterea unui reprezentant la fața locului care investighează circumstanțele decesului sau efectuarea unei vizite la spital pentru a lua în considerare problemele apărute.

În perioada aprilie 2004-martie 2005, Comisia a primit un număr de 322 de notificări de decese ale unor pacienți deținuți. Dintre acestea Comisia a examinat 70 de cazuri de deces din motive nenaturale și a înregistrat 252 de decese din motive naturale. Comisia a efectuat 72 de cercetări la fața locului în perioada respectivă⁶⁷.

La finalul acestei scurte treceri în revistă a unor mecanisme internaționale și naționale de supraveghere, ar putea fi util să reiterăm câteva concluzii cheie.

⁶⁶ Idem 27, pagina 48.

⁶⁷ A se vedea <http://www.mhac.org.uk/Pages/deaths.html>

România are nevoie să arate o voință politică mai fermă în implementarea obligațiilor sale internaționale de protecție efectivă a persoanelor împotriva torturii și relelor tratamente. Pe cale de consecință, România trebuie să implementeze imediat toate recomandările CPT, în special acelea care privesc garanțiile privind drepturile pacienților și rezidenților din instituțiile de psihiatrie. Multe dintre aceste recomandări au fost emise de către CPT încă din anul 1995.

Ratificarea de urgență a OPCAT ar demonstra un angajament ferm pentru garantarea unei protecții eficiente a drepturilor. Însă, aceasta ar trebui însoțită de o examinare de urgență a mecanismelor de protecție a drepturilor omului în vigoare, atât a celor independente, cât și a celor care funcționează sub supervizarea guvernului, pentru a asigura că ele sunt în conformitate cu toate cerințele OPCAT privind mandatul, competența profesională, reprezentare și independență. În acest proces România ar trebui să țină cont de faptul că s-ar putea ca numai înființarea unui nou mecanism specializat să ofere în fapt cel mai eficient mecanism de protecție a drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale. Un mecanism care să fie mandatat în mod adecvat, dotat cu personalul și fondurile necesare și adecvate și care să includă beneficiarii de servicii și reprezentanții organizațiilor lor.

Acestea nu sunt sarcini ușoare, însă sunt ușoare având în vedere capacitățile umane și materiale ale României. De asemenea, având în vedere faptul că România și-a asumat în mod liber obligațiile internaționale, aceste sarcini nu sunt o opțiune, România nu are nici o alternativă decât să le implementeze. De prea multă vreme, persoanele cu dizabilități mintale au fost neglijate și au fost victime „invizibile” ale drepturilor omului.

II.

Starea de fapt în instituțiile medico –sociale pentru persoanele cu dizabilități mintale din România

Monitorizarea instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități: practică și legislație

În perioada decembrie 2006 – martie 2007, Centrul de Resurse Juridice a organizat vizite de monitorizare într-un număr de 15 instituții medico-sociale (spitale și secții de psihiatrie, centre de plasament pentru copilul cu dizabilități mintale, centre de recuperare și reabilitare neuropsihică, centre de integrare prin terapie ocupațională și centre medico-sociale) pentru persoane cu dizabilități mintale. Procesul de monitorizare a vizat în principal evaluări cu privire la:

- a) gradul de deschidere al instituțiilor medico-sociale către organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități;
- b) mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor beneficiarilor/pacienților din instituțiile medico-sociale;
- c) implementarea reglementărilor cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale;
- d) respectarea celorlalte drepturi ale pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale.

Instituțiile vizitate în cadrul procesului de monitorizare au fost următoarele:

- Complexul de servicii pentru copilul cu handicap nr 14 din Râmnicu Sărat, județul Buzău
- Centrul de plasament pentru copilul deficient și comportament deviant din Săcel, județul Hunedoara
- Centrul de plasament pentru copiii cu dizabilitati din Șiria, județul Arad
- Centrul de plasament pentru copii abandonati sau orfani cu retard mintal și tulburări de comportament din Popești, județul Bihor
- Centrul de plasament nr 8 din Reghin, județul Mures, pentru copii și tinerii cu întârzieri mintale
- Centrul de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap din Păclișa, județul Hunedoara
- Centrul de recuperare și reabilitare neuropsihică nr 1 din Băbeni, județul Vâlcea,
- Centrul de reintegrare prin terapie ocupațională din Dumbrăveni, județul Sibiu
- Spitalul de psihiatrie din Gura Văii, secție externă a Spitalului județean din Drobeta Turnu Severin, județul Mehedinți
- Centrul medico-social Gănești, județul Galați

- Spitalul de psihiatrie din Gâdinti, județul Neamț
- Spitalul de psihiatrie Vadul Lat, județul Giurgiu
- Centrul medico-social din Nucet, județul Bihor
- Spitalul de boli psihice cronice din Borșa, județul Cluj
- Secția exterioară din Boița a Spitalului de psihiatrie "Gheorghe Preda" din Sibiu.

Principalele constatări, concluzii și recomandări rezultate din procesul de monitorizare sunt următoarele:

a) gradul de deschidere al instituțiilor medico-sociale către organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități

În special prin comparație cu anii precedenți, responsabilii instituțiilor medico-sociale au manifestat o deschidere mai mare către acțiunile de monitorizare organizate de către Centrul de Resurse Juridice. Au existat însă și cazuri în care accesul reprezentanților CRJ în instituții a fost privit cu retinente nejustificate. Apreciem că aceste rezerve au fost nejustificate în principal în considerarea faptului că, anterior vizitelor monitorilor, CRJ obținuse din partea autorităților cărora aceste instituții le sunt subordonate aprobarea pentru intrarea în respectivele instituții. Un caz relevant sub acest aspect este cel al vizitei la Spitalul de psihiatrie "Gheorghe Preda" din Sibiu, vizita obstructionată din cauza refuzului manifestat de către responsabilii instituției. Aceștia au ignorat pe de o parte acordul existent între CRJ și Ministerul Sănătății Publice iar pe de altă parte au invocat, în justificarea refuzului, „prevederile regulamentului de ordine interioară”, potrivit cărora acestea ar interzice terților să viziteze instituția fără acordul directorului. La insistențele monitorilor de a avea acces la regulamentul invocat, acestora le-a fost prezentat un document care în realitate era programul zilnic din instituție.

Au existat de asemenea situații în care responsabilii instituțiilor au apreciat că s-ar fi impus anunțarea din timp a vizitelor, ceea ce constituie o cerință care contravine caracterului inopinat pe care ar trebui să-l aibă asemenea vizite, pentru ca constatările făcute pe timpul lor să reflecte într-o măsură cât mai mare realitatea cotidiană, și nu una care ar putea să fie ameliorată prin pregătirile care s-ar face anterior vizitei.

Un fapt care se impune de asemenea subliniat îl reprezintă și reținerile serioase pe care rezidenții din unele instituții – și uneori chiar personalul acestor instituții – le au în a comunica cu monitorii, rețineri care iau în considerare în special consecințele pe care le-ar putea suporta ulterior din partea conducerii instituțiilor. Monitorizările făcute de către CRJ în ultimii ani, inclusiv cele la care sunt făcute referiri în Raportul de față, au evidențiat faptul că teama rezidenților de a comunica cu persoanele venite în vizită și de a face sesizări cu privire la încălcarea drepturilor lor este în mod categoric mai ușor perceptibilă în instituțiile în care asemenea probleme sunt mai numeroase și mai grave. Cu titlu de

exemplu, redăm câteva dintre constatările echipei de monitori care a vizitat Centrul de plasament de la Săcel (în legatura cu situația din acest Centru vor fi făcute referiri și în secțiunea privind respectarea drepturilor rezidenților): „Atunci când am discutat cu rezidenții acestora le-a fost teamă să ne vorbească cu toți ceilalți rezidenții de față despre problemele pe care le au cu personalul, solicitându-ne să discutăm în grupuri mai restrânse. În timpul celei de-a doua vizite de monitorizare, din data de 30.03.2007, am încercat să stăm de vorbă cu un grup de rezidenți. Am adunat mai mulți copii din centru și i-am întrebat despre cum se simt ei acolo. În mod cu totul surprinzător, toți rezidenții, aproape în cor, ne-au spus că se simt bine în centru și că totul este perfect. De fapt, la toate întrebările noastre, răspunsurile erau fie „bine”, fie „perfect”. Rezidenții nu-și doreau să se schimbe nimic din ce era în centru, nici măcar lucrurile evidente, cum ar fi WC-urile înfundate sau dușurile defecte. Trebuie să subliniem ca atitudinea acestor copii, a lasat impresia ca erau vizibil „formati” să spună numai lucruri bune despre centru, teama din privirea lor față de o parte a personalului centrului. Atunci când am vrut să discutăm cu rezidenții d-na psiholog a refuzat să părăsească sala, încercând să ne convingă că aceștia nu pot discuta cu noi decât în prezența ei, mai ales că se înțelege atât de bine cu copiii că pot discuta orice. Numai la intervenția noastră pe lângă director și la venirea acestuia, d-na psiholog a acceptat să părăsească sala și să ne lase să discutăm cu rezidenții. În tot acest timp însă tot continua să ne spună, de față cu rezidenții, că aceștia își doresc foarte mult ca ea să fie prezentă la discuții și pentru a întări acest lucru, îi tot întreba dacă este adevărat. În mod evident, copiii, vizibil timorați, răspundeau că da, să rămână și dna psiholog. Discuția pe care am încercat să o avem cu personalul din cadrul centrului a decurs în același mod ca și discuția cu rezidenții. Aceștia au fost foarte tăcuți, nu au dorit să facă niciun fel de comentariu despre eventualele probleme avute în centru, negând că ar fi vreuna, iar discuția pe care am încercat să o avem cu ei s-a purtat mai mult cu dna psiholog, care, în mod evident, s-a străduit foarte mult ca toată activitatea din centru să pară „un model de bună practică”. Am primit informații ca . că doamna psiholog (care este și soția directorului), a început să ceară declarații de la rezidenți cu privire la abuzurile la care sunt supuși din partea personalului, aceștia fiind încurajați de doamna psiholog să dea astfel de declarații. Ceea ce este curios este faptul că numai o parte din declarații sunt păstrate la dosarul de sesizări și reclamații, acelea care se referă la anumite persoane care nu sunt agreeate de șeful de centru. Celelalte declarații dispar pur și simplu de la dosar, existând bănuiala că sunt sustrate de șeful de centru si sotia acestuia). Un alt aspect sesizat a fost că șeful de centru este și liderul de sindicat. Mai mult, personalul se plângea că acesta îi amenință în permanență cu desfacerea contractelor de muncă, mai ales dacă spun ceva sau nu fac ceea ce le indică șeful de centru. Am primit informații că șeful de centru a adunat copiii care ar fi vrut să vorbească cu noi (n.r. monitorii), i-a băgat într-o cameră a centrului și l-a pus pe unul dintre angajați să-i păzească și să nu le dea drumul ca să nu vină la noi. Doi dintre copii care erau inchisi au reușit să „mai scape” ca să poată să vorbească cu noi, dar restul au trebuit păziți”.

Teama angajaților din unele instituții de a face sesizări cu privire la neregulile din instituțiile cărora aparțin sugerează că responsabilii acestor instituții privesc cu ostilitate dorința legitimă a personalului în acest sens. O asemenea atitudine este contrară literei și spiritului Legii nr 571/2004 privind protecția personalului din instituțiile publice care semnaleză încălcări ale legii. Potrivit acestor reglementări, personalul din aceste instituții are dreptul de a „sesiza încălcări ale legii săvârșite de către persoane cu funcții de conducere sau de execuție”, precum și dreptul de a fi protejat împotriva oricăror sancțiuni care le-ar fi aplicate pentru exercitarea cu bună credință a acestui drept. Este necesar ca aceste reglementări să fie cunoscute iar personalul din instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități, inclusiv organizațiile lor sindicale, să le folosească în propria apărare în cazurile în care drepturile stabilite prin ele ar fi încălcate în vreun fel.

Este de asemenea de subliniat necesitatea ca discuțiile rezidenților cu persoanele aflate în control sau în vizite de monitorizare să se facă în condiții de confidențialitate. În numeroase cazuri, constituie o practică, curentă a personalului din aceste instituții să participe la discuțiile cu rezidenții, uneori existând o puternică impresie că lucrul acesta se întâmplă pentru ca rezidenții să fie descurajați să abordeze deschis problemele pe care vor să le semnaleze celor aflați în vizită.

Anumite probleme au existat, potrivit constatărilor monitorilor, și la Centrul de Plasament din Popești, județul Bihor: „Cu toate că ne-am legitimat, am prezentat programul și scopul vizitei noastre precum și acordul Autorității Naționale pentru Protecția Copilului, semnat de secretarul se stat în anul 2005, , directoarea ne-a întrebat dacă am înștiințat conducerea Direcției Generale de Protecție și dacă avem și acordul acesteia. La răspunsul nostru că procedura este ca vizitele să fie neanunțate dar că adresa Autorității Naționale a fost transmisă tuturor Direcțiilor, prin urmare directorul general al DGASPCD Bihor ar trebui să aibă cunoștință de acest lucru, ne-a spus că nu poate să ne dea nici o informație dacă nu stăm de vorbă mai întâi cu directorul general, la Oradea. Dat fiind că drumul până la Oradea și înapoi ar fi luat cam 4 ore, am rugat-o să sune dânsa la direcție și să informeze conducerea. S-au purtat negocieri telefonice cu doamna director general atit de către dșefa centrului cât și de noi și până la urmă ni s-a spus să așteptăm sosirea directorului adjunct pentru a vizita centrul și **a vorbi cu copiii în prezența acestuia**”.

Necesitatea accesul în instituții a organizațiilor neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități este justificată nu numai pentru că o asemenea practică este conformă cu standardele internaționale în materie (de exemplu, Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii asimilează aceste instituții celor în care rezidenții sunt privați de libertate) dar și de faptul că reprezentanții organizațiilor neguvernamentale pot și trebuie să monitorizeze modul în care sunt respectate drepturile rezidenților care nu au familii ori alți aparținători. Or asemenea cazuri

nu sunt deloc rare. Două exemple sunt cele de la Spitalul de psihiatrie din Gura Văii din județul Mehedinți (*„Mai puțin de 10% din pacienți sunt vizitați de familii. Majoritatea bolnavilor nu au un reprezentant legal, nici tutore sau curator care să verifice respectarea drepturilor lor”*), respectiv Centrul Medico-Social din Nucet, județul Bihor (*„Din totalul de 178 de rezidenți doar 25 sunt vizitați de către familii sau prieteni”*).

Un argument care pledează de asemenea în favoarea unei mai mari deschideri a instituțiilor medico-sociale este și numărul în continuare foarte mare de încălcări grave ale drepturilor rezidenților – astfel cum se va putea vedea inclusiv din constatările echipelor de monitori consemnate mai jos, în cadrul acestei secțiuni.

Un aspect care ține de asemenea de deschiderea responsabililor instituțiilor socio-medicale față de acțiunile de monitorizare ale organizațiilor neguvernamentale este și accesul acestora la dosarele rezidenților, în primul rând la dosarele lor medicale. Au existat cazuri în care reprezentanții instituțiilor au refuzat accesul monitorilor la aceste dosare (un exemplu este cel de la Complexul de servicii pentru copilul cu handicap nr 14 din Râmnicu Sărat, județul Buzău: *„Nu am putut avea acces la dosarele medicale ale copiilor aflați în centru, motivația constituind-o ”sunt confidențiale”. La insistența directorului adjunct, am putut vedea un dosar și aceasta după ce s-a solicitat în mod expres permisiunea de către echipa de monitori. De asemenea, a fost solicitată permisiunea unei tinere care se afla la acel moment în cabinetul medical, întrucât dosarul îi aparținea. Cu ocazia vizitei de follow-up, în urma discuției cu copiii/tinerii am încercat să obținem acordul acestora în vederea studierii dosarului personal, însă aceștia au fost rezervați, pentru a nu-și periclita relațiile cu angajații centrului”*. Se impune precizat că au existat de asemenea și cazuri în care accesul la dosare a fost permis fără restricții – un exemplu, Spitalul de boli psihice cronice din Borșa, județul Cluj.

Apreciem că sub acest aspect sunt deplin aplicabile dispozițiile articolului 22 din Legea drepturilor pacientului nr 46/2003 (respectiv articolul 24 din Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr 487/2002) în conformitate cu care informațiile cu caracter confidențial referitoare la pacienți sunt accesibile cu consimțământul acestora. În consecință, instituțiile medico-sociale trebuie să asigure, pe de o parte, accesul la dosare în cazurile în care rezidenții își dau consimțământul ca reprezentanții organizațiilor neguvernamentale să aibă acces la ele, iar pe de altă parte reprezentanții instituțiilor să se abțină să influențeze în orice mod decizia rezidenților. În același timp, în cazul în care rezidenții nu au discernământul necesar unui asemenea consimțământ, acesta să fie prezumat în considerarea faptului că reprezentanții unor organizații neguvernamentale legal constituite al cărui scop îl reprezintă protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități sunt prezumate a acționa exclusiv în apărarea rezidenților și a drepturilor și intereselor lor legitime.

b) mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor beneficiarilor/pacienților din instituțiile medico-sociale;

Reglementările interne în materie (art 25 din Norma Ministerului Sănătății Publice din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr 487/2002) stabilesc că toate instituțiile care acordă îngrijiri de sănătate mintală „au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora. Conducerea unității are obligația să răspundă în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților.” De asemenea este prevăzut ca în registrul amintit să se consemneze și modalitatea de soluționare a plângerilor.

Monitorizarea făcută de echipele CRJ a arătat faptul că aceste prevederi sunt respectate numai într-o mică măsură. În multe dintre unitățile vizitate nu exista registrul prevăzut în actul normativ amintit, câteva exemple în acest sens fiind: Centrul de integrare prin terapie ocupațională din Dumbrăveni, Centrul medico-social Nucet, Spitalul de boli psihice cronice din Borșa, Spitalul de psihiatrie din Gura Văii (reprezentanții Spitalului au precizat că plangerile s-ar face verbal și că nu este necesar un astfel de registru, deși legea prevede contrariul). La Centrul medico-social din Gănești, nu exista de asemenea nici o procedură de urmat. Din atitudinea reprezentanților Centrului, rezultă că astfel de situații sunt tratate prin prisma lipsei de capacitate a rezidenților de a face plângeri și de a-și apăra drepturile. La Centrul din Nucet, în cazul în care rezidenții sunt nemulțumiți de diverse aspecte ce privesc viața lor în instituție, aceștia se plâng verbal directorului, asistentei șefe, asistentului social sau medicilor. Personalul afirma ca rezolva majoritatea solicitarilor, fapt care nu poate fi demonstrat in lipsa unor documente care sa ateste existenta problemei si rezolvarea acesteia, astfel cum prevederile legale in vigoare stabilesc in mod explicit. Si la Spitalul din Borsa personalul a pretins ca rezidentii s-ar adresa cu plangeri verbale conducerii institutiei si ca acestea ar fi integral rezolvate, fapt care nu poate fi demonstrat in lipsa unor documente care sa ateste sustinerile respective. La Centrul din Dumbrăveni, nu exista registru pentru plângerile rezidenților, însă exista un „caiet de reclamații și sesizări” care se afla la poarta și în care nu era înregistrata nici o plângere (administratorul Centrului motiva prin aceea ca rezidenții „*nu știu să scrie*”). Șeful Centrului a precizat că „*fiind primul care este în contact cu beneficiarii, instructorul colectează plângerile și încearcă să le soluționeze iar evenimentele mai deosebite sunt consemnate în caietul de predare/primire a turei*”, procedura care se situează destul de departe de normele legale și de cerințele unui mecanism adecvat și eficient de înregistrare și soluționare a plângerilor.

O alta categorie a instituțiilor vizitate a fost aceea în care echipele de monitori au rămas cu impresia că normele legale în materie de plângeri sunt tratate formal. Astfel, la Centrul de plasament pentru copilul deficient și comportament deviant

din Săcel, exista un registru pentru plângeri și reclamații încă în anul 2005, însă în el nu era înregistrată nici o plângere („Asistenta socială ne-a declarat că probleme majore nu există în Centru, toate sesizările vizând lucruri minore iar acestea s-au rezolvat întotdeauna discutând cu rezidenții și cu personalul. În ceea ce privește sesizările, practica în Centru este ca rezidenții, atunci când au vreo nemulțumire, să discute acest lucru cu educatorii sau personalul, astfel că nu exista nimic scris despre sesizările făcute și modul cum acestea au fost soluționate”). Contrar susținerilor personalului, din discuțiile cu rezidenții a reieșit că exista totuși o serie de probleme, „în special legate de violența fizică la care sunt supuși din partea personalului”.

O practică mai bună a fost întâlnită la Centrul de plasament pentru copiii cu dizabilități din Șiria, județul Arad: „În cazul în care rezidenții au de făcut sesizări sau reclamații, acestea se depun într-o cutie poștală. De acolo, plângerile lor sunt trecute și înregistrate într-un caiet, iar în dreptul fiecăreia este trecută și soluția la ea. Toate sesizările venite din partea rezidenților se trimit la Direcție, unde se face un consiliu, se audiază plângerile și se comunică soluția”. La data vizitei, în caietul de plângeri erau înregistrate trei sesizări, dintre care cea mai importantă era a unei rezidente, L., care reclama că a fost lovită de una dintre referențele de educație ale Centrului. Potrivit echipei de monitori, „Plângerea a fost înregistrată pe data de 6 iunie 2006. A fost sesizat Serviciul rezidențial din cadrul Direcției, iar investigațiile au fost efectuate de către Serviciul abuzuri din cadrul Direcției. În urma cercetării disciplinare s-a constatat că nu a fost săvârșit un abuz fizic de către referența de educație. Pentru aceasta i s-a luat referenței o declarație și i s-a făcut un examen psihologic de către un psiholog de la Direcție. Totodată s-a discutat cu un referent îngrijitor de noapte, A.P. și cu mai mulți rezidenți din centru, P.S., M.C., C.V.A. În dosarul rezidentei am găsit declarațiile persoanelor menționate mai sus. Acestea declară că referența de educație nu ar fi lovit-o pe rezidentă, ci că aceasta a căzut într-o seară în timp ce se juca la suportul de biciclete, iar de acolo provine vânătăia pe care aceasta o are pe picior. Din discuțiile pe care le-am avut cu rezidenta aceasta susține în continuare că a fost lovită cu un par peste picior de către referența de educație, fiindcă nu a ascultat-o când aceasta i-a spus să stea în genunchi, ca pedeapsă pentru că a plecat din Centru fără să spună și a lipsit vreo două ore. Am redat cazul de mai sus mai mult pentru a evidenția o practică apropiată într-o mai mare măsură de ceea ce ar trebui să constituie un „mecanism de înregistrare și soluționare a plângerilor”, și mai puțin pentru a oferi un exemplu de obiectivitate a personalului instituțiilor în soluționarea plângerilor rezidenților.

La Centrul de recuperare și reabilitare neuropsihică din Băbeni, județul Vâlcea, exista, din vara anului 2006, un caiet de plângeri. În acesta fusese înregistrată o singură plângere care se referă la mâncarea proastă din centru. Existența unei singure plângeri, precum și faptul că aceasta fusese consemnată de personalul Centrului, sugerează de asemenea caracterul formal al procedurilor de plângere și de soluționare a lor. Concluzia echipei de monitorizare a fost și la Centrul din

Bîbeni că „Nu exista o procedură scrisă, clară și adusă la cunoștința beneficiarilor prin care să se înregistreze, investigheze și soluționeze plângerile”.

O problemă întâlnită destul de frecvent în instituțiile vizitate este aceea că rezidenții se tem să facă sesizări și plângeri din cauza consecințelor pe care le-ar suporta din partea personalului (dar și a colegilor în legătură cu al căror comportament fac plângeri). Cu titlu de exemplu, redăm concluzia formulată sub acest aspect de către echipa de monitori care a vizitat Complexul de servicii pentru copilul cu handicap din Râmnicu Sarat: *„Cu toate că există o condică de sugestii și reclamații, copiii și tinerii nu apelează la aceasta în vederea soluționării unei probleme, întrucât nu doresc să se știe că ei au fost cei care au semnalat situația respectivă, protejându-se astfel de reacția copiilor sau chiar a educatorilor”.*

Proceduri clare nu există, în instituțiile vizitate, nici cu privire la cazurile în care rezidenții din aceste instituții – persoane cu nevoi speciale – ar dori să adreseze petiții unor alte instituții/autorități publice, în conformitate cu prevederile Ordonanței de Guvern nr 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr 322/2002. (În același timp, CRJ semnalează faptul că instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale au ele însele statutul de „instituții publice”, în înțelesul articolului 2 din O.G. nr 27/2002, și se impune ca ele însele să procedeze la soluționarea petițiilor rezidenților în conformitate cu prevederile actului normativ amintit). Rezidenții din aceste instituții ar trebui informați cu privire la autoritățile publice în subordinea cărora funcționează aceste instituții și care au competențe legale în soluționarea petițiilor pe care ei le pot adresa referitor la respectarea drepturilor lor legale: Ministerul Sănătății Publice, autoritățile județene de sănătate publică, consiliile județene, direcțiile generale județene pentru asistență socială și protecția copilului, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, Inspectia Socială. În considerarea faptului că rezidenții din aceste unități sunt persoane cu nevoi speciale, care sunt presupuse a avea dificultăți în cunoașterea legislației și a procedurilor legale ce trebuie urmate în cazul formulării de petiții, se impune ca aceste persoane să fie informate atât cu privire la reglementările specifice cât și cu privire la datele de contact ale autorităților/instituțiilor competente să soluționeze petițiile pe care ei le formulează, inclusiv cele referitoare la încălcarea drepturilor și intereselor lor prin fapte de natură penală (datele de contact ale unităților teritoriale și centrale de Poliție și Parchet). Sub acest aspect, este totodată necesar ca în cazurile în care responsabilii instituțiilor medico-sociale, respectiv ai autoritatilor în subordinea cărora ele funcționează, iau cunoștință de plângeri prin care rezidenții reclamă încălcarea drepturilor și intereselor lor legale prin fapte de natură penală, acestea să asigure înaintarea plângerilor către instituțiile competente legal. Cu ocazia vizitelor în instituții, au existat cazuri în care rezidenții s-au dovedit interesați de datele de contact ale organizațiilor neguvernamentale având ca obiectiv apărarea drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale. Se impune ca rezidenții să fie informați

inclusiv în legătură cu datele de contact ale acestor organizații. Situația întâlnită în destule dintre instituțiile vizitate face evidentă necesitatea celor menționate mai sus. Pentru exemplificare, redăm două dintre constatările echipelor care au vizitat Centrul de plasament pentru copiii cu dizabilitati din Șiria, județul Arad, respectiv Centrul de plasament din Reghin, județul Mureș: *„În cadrul vizitei de monitorizare am discutat cu 16 rezidenți”* (Raportul echipei amintite consemnează numele rezidentilor – n. ns). *„Aceștia ne-au declarat că în Centru există o serie de probleme de care însa nu se plâng fiindcă nu știu unde să meargă și au convingerea că dacă apelează la Direcție nu o să se rezolve nimic”*. *„În discuțiile pe care le-am avut cu beneficiarii, aceștia s-au arătat revoltați de faptul că multe dintre plângerile lor (unele grave) nu sunt luate în considerare de conducerea Centrului”*.

Un aspect foarte criticabil îl reprezintă cazurile în care personalul unor instituții tratează total impropriu (ilegal) petițiile/corespondența pe care rezidenții le adresează unor altor instituții. Astfel la Spitalul de boli psihice cronice din Borșa, a fost întâlnit un caz în care personalul unității a reținut la dosarul unui rezident o scrisoare pe care acesta o adresase Televiziunii publice. Întrucât instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale sunt asimilate celor privative de libertate, **rezidenților din aceste instituții trebuie să li se asigure inclusiv plicuri, timbre și hârtie de scris pentru a-și putea exercita dreptul constituțional și legal la petiționare, precum și accesul la cutii poștale ale Companiei Naționale „Poșta Română”**.

Cu titlu de posibile bune practici sunt semnalate cazurile în care la nivelul unora dintre centrele pentru copii (Centrul de plasament din Popești și Complexul de servicii pentru copilul cu handicap din Râmnicu Sărat) au fost constituite “Consilii ale copiilor” prin intermediul cărora *“rezidenții au posibilitatea să își exprime opiniile, nemulțumirile, să facă propuneri în legătură cu toate aspectele care îi privesc. Dacă rezidenții au conflicte între ei, nu apelează la asistentul social sau la educatori pentru a media conflictul, sunt învățați să îl rezolve singuri, să fie independenți. Se intervine de către conducerea instituției doar dacă conflictele sunt între rezidenți și personal, și doar atunci când cele două părți implicate în conflict nu au găsit singure o modalitate de soluționare a conflictului”*. Apreciem că în principiu o asemenea practică se poate dovedi benefică în condițiile în care ea ar fi agreată de copii, nu ar fi formală, respectiv în condițiile în care desemnarea membrilor acestor organisme ar fi făcută exclusiv de către copii, fără intervenția personalului instituțiilor și fără ca participarea în aceste consilii să fie considerată ca responsabilități în plus stabilite de către personalul instituțiilor în sarcina unora dintre copii (la Complexul de servicii din Râmnicu Sărat reprezentanții copiilor în consiliu, inclusiv președintele acestuia, fuseseră desemnați de către conducerea Centrului pe criterii pe care ei inșiși nu le cunoșteau – ceea ce nu poate să constituie o bună practică, dimpotrivă).

Cu ocazia vizitei la Centrul medico-social din Nucet, monitorii CRJ au luat cunoștință de un caz care la origine, înainte de 1989, poate să fie unul de

internare la psihiatrie din motive politice⁶⁸. CRJ se va adresa Institutului de Investigare a Crimelor Comunismului în România cu sugestia de a face, pe baza atribuțiilor conferite prin HG nr 1.724/2005 privind înființarea IICCR, verificările care se impun pentru clarificarea acestui caz.

c) implementarea reglementărilor cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale

În instituțiile medico-sociale vizitate de monitorii CRJ au fost constatate o serie de probleme vizând măsurile de restricționare a libertății de mișcare a rezidenților. Cauza acestei situații o constituie pe de o parte necunoașterea prevederilor legale în materie (articolul 20 – articolul 22 din Norma Ministerului Sanatatii Publice din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr 487/2002), iar pe de altă parte implementarea deficitară a acestora.

Cu toate ca în unele dintre instituțiile vizitate a reieșit că față de pacienți este utilizată măsura izolării, s-a constatat că la nivelul acestora nu există amenajate camere de izolare (articolul 22 din Norma MSP prevede că aceasta măsură poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop. Astfel, la Centru de integrare din Dumbrăveni s-a constatat că: *„Centrul nu are cameră de izolare iar personalul a negat inițial că s-ar lua o asemenea măsură. Însa din discuțiile ulterioare cu personalul și beneficiarii precum și din studiul unor documente puse la dispoziție (mențiunea era „I-am dus la poarta”) a reieșit că încăperea situată în clădirea portarului este uneori folosită pe post de izolator. Această cameră este prevăzută cu o ușă dublată de un grilaj de fier, înăuntru se află două paturi suprapuse iar din această cameră, de aproximativ 2x3 m, se putea accesa o <debara>, care, potrivit administratorului și portarului, are destinația de depozit pentru deșeuri periculoase, rezultate din activitatea cabinetului medical. Am remarcat că accesul în această încăpere se face din camera folosită pentru izolare, ușa de acces nefiind de înălțimea pereților, astfel nu era asigurată o deplină izolație a depozitului de deșeuri, aspect cu atât mai îngrijorător cu cât unul dintre beneficiari, C., a declarat: „Îi tin de la o zi (n.n. – pe beneficiarii aduși în camera de izolare), dar au fost situații în care au fost ținuți și o luna”. O asemenea*

⁶⁸ Rezidenta T.S., în vârstă de 75 de ani, născută în comuna Suraia jud Vrancea, afirmă ca a fost internată la psihiatrie pe motive politice, pentru ca a protestat împotriva persecuției la care a fost supusă ca eleva și apoi tină invatatoare, datorită faptului că părinții săi au refuzat să se înscrie în CAP. Din relatarile ei s-a reținut că pentru prima oară a fost arestată în martie 1958 de Militia dintr-o comună din județul Vrancea unde era invatatoare (a fost ținută câteva săptămâni, interogată, amenințată, apoi i s-a dat drumul), apoi în mai 1958 din nou a fost arestată și dusă la arestul Securității din Galați, de unde a fost eliberată după câteva luni. În 1961 a fost din nou arestată, de data asta la București, la data de 19 aprilie, fiind dusă în spitalul psihiatric după ce a fost examinată de o comisie medicală. În 1965, la 5 ianuarie, a fost transferată la Penitenciarul Zalău pînă în 1968, după 2 ani a fost transferată la Spitalul de psihiatrie pentru măsuri de siguranță Jebel, din județul Timiș și apoi la Spitalul de Psihiatrie Gataia, după care la spitalul de Psihiatrie Stei (în 22 noiembrie 1974), unde a stat pînă în 2003, deci 29 de ani.

practică există în condițiile în care Norma MSP prevede că încăperea pentru izolare „trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la toaletă și lavator și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat”. Camere de izolare nu existau de asemenea nici la Spitalul de psihiatrie din Gura Văii, Complexul de servicii de la Ramnicu Sarat, Centrul medico-social Ganesti, Spitalul de boli psihice cronice din Borsa, Centrul de recuperare si reabilitare neuropsihica din Băbeni. O practica ce respecta intr-o mai mare masura reglementările specifice a fost constatată la Secția exterioară din Boița a Spitalului de psihiatrie “Gheorghe Preda” din Sibiu, însa și aici existau anumite nereguli, de exemplu, reprezentanții legali sau personali ai pacienților nu erau informați în legătură cu măsura izolării/conținutării (contrar Normei MSP, care prevede ca pacientul și/sau reprezentantul său legal sau personal trebuie sa fie informati cu privire la măsura izolării).

În legătură cu măsura conținutării pacienților, cele mai frecvente nereguli au constat în inexistența registrelor de conținutării, situație contrară prevederilor Normei MSP (art 21, alin 8 - „Măsurile de conținutare aplicate pacienților, incluzând toate dispozițiile scrise ale medicului prin care s-au dispus acestea se înscriu în Registrul măsurilor de conținutare și izolare aplicate pacienților”), la Centrul de plasament din Reghin, Centrul de recuperare si reabilitare din Paclisa, Spitalul de psihiatrie Gadinti, Spitalul de boli psihice cronice Borșa. Există cazuri în care măsura conținutării nu este consemnată nici în foaia de observație a pacientului, astfel cum prevede articolul 27 alineatul 7 din Norma MSP – un exemplu, Centrul de plasament din Reghin.

d) respectarea celorlalte drepturi ale pacienților/beneficiarilor rezidenți în instituțiile medico-sociale

Una dintre concluziile echipei care a vizitat Centrul medico-social Gănești, județul Galați („In general, sunt foarte puține drepturi si necesități ale asistaților care sunt respectate), poate să constituie o caracterizare valabilă cvasi-general pentru sistemul la care ne referim.

CRJ constată că există în continuare un numar de cazuri în care rezidenții din instituțiile medico-sociale se plâng de comportamentul agresiv al personalului și al unora dintre colegi. Lovirea rezidenților și „sanționarea” acestora prin măsuri nelegale este aproape o practică în unele instituții. Cu toate acestea, deși asemenea fapte constituie infracțiuni prevăzute și pedepsite de Codul penal, CRJ nu cunoaște practic niciun caz în care cei vinovați de acest comportament să fi fost trași la raspundere în conformitate cu prevederile legii. Redăm câteva din constatările echipelor de monitorizare ale CRJ referitoare la plângerile de acest gen ale rezidenților:

- Centrul de plasament din Săcel: „Mai mulți rezidenți ne-au spus că unul dintre educatori, D.L., îi bate. Astfel, S.D. a fost bătut de către acesta cu pumnii și

picioarele „până a fost băgat în spital”. Șeful de centru a fost indicat ca fiind o altă persoană care lovește copii. Acesta îi invită la el în birou unde la aplică pedepse corporale. Vara trecută, C.M. împreună cu alți rezidenți (P.I., N. și S.D.) au fugit din Centru. Atunci când au fost găsiți, pe 04.08.2006, ca pedeapsă, șeful de Centru i-a băgat la el în birou și i-a bătut. Pe C.M. l-a lovit cu genunchiul în testicule foarte rău. Deși acesta nu se simțea bine, șeful de Centru nu a vrut să-l trimită la spital, ca să nu aibă probleme când cei de acolo ar fi întrebat ce s-a întâmplat cu băiatul. Din acest motiv, C.M. a primit îngrijiri în infirmeria Centrului timp de două săptămâni. Unii dintre rezidenți au declarat că urmele se mai văd și acum. O altă persoană care bate rezidenții este șoferul Centrului care, potrivit spuselor acestora, folosește o țeavă de aluminiu sau o bătă cu care îi lovește peste spate. În data de 05.12.2005, în timp ce educatoarea care trebuia să aibă grijă de rezidenți a plecat de lângă ei, lăsându-i nesupravegheați, în jur de 12 copii l-au bătut foarte rău pe unul dintre ei, L.A., care are vreo 12 ani, până l-au lăsat în stare de inconștiență. Acesta a fost dus de urgență la spitalul din Hațeg, acolo declarându-se că rezidentul ar fi căzut pe scări. Tot din spusele copiilor am aflat că în cazul în care aceștia fug din Centru, după ce sunt aduși înapoi sunt pedepsiți, fiind obligați să spargă lemne toată noaptea, nefiind lăsați să doarmă, iar porția de mâncare fiind redusă la o felie de pâine cu pateu. Am aflat astfel că în data de 26.10.2006, P.I. și D.C. au fost puși să spargă lemne, tot ca pedeapsă pentru că au fugit, până la ora 03:00 dimineața. Dacă rezidenții fug din Centru, li se reține alocația, justificarea fiind costurile de benzină pentru aducerea lor înapoi în Centru. Cel mai recent caz este cel al rezidentului M.B., căruia, în septembrie 2006 i-au fost reținuți 75 de lei. În asemenea situație s-a aflat și P.I., căruia i-au fost reținuți 21 de lei și D.C. căruia i-au fost reținuți 42 de lei. S.E. ne-a spus că i s-a confiscat telefonul mobil de către directorul Centrului, fără a i se prezenta un motiv anume, iar acesta refuză să i-l restituie. La sfârșitul lunii mai una dintre beneficiarele centrului în vârstă de 17 ani, a fugit din instituție, fiind învoită pentru a-și cumpăra un suc de la magazinul din sat. După ce a fost găsită, adolescența a primit drept pedeapsă să facă curat în tot centrul pe toată perioada nopții. CRJ a fost sesizat că principalul motiv care a stat la baza evădării din centru a adolescentei îl constituie faptul că era frecvent bătută de către una dintre instructoarele de educație. De asemenea, instructoarea respectivă este și cea care i-ar fi aplicat pedeapsa pe timpul nopții imediat după întoarcerea fetei în centru. Din informațiile pe care CRJ le-a primit nu a reieșit că fata ar fi fost îndrumată spre a analiza problemele împreună cu un reprezentant al personalului de specialitate ca urmare a plecării ei din instituție (psiholog, asistent social) ”;

- Centrul de plasament pentru copiii cu dizabilitati din Șiria, județul Arad: „Din discuția cu rezidenții am aflat că aceștia sunt bătuți de unii dintre supraveghetori și anume, „tanti Z.”, „tanti D”, domnul N.T. și doamna I.T. Rezidenții ne-au spus că aceștia îi bat foarte rău folosind de multe ori obiecte (băta, cablul) sau îi trag de păr. Una din rezidente (R) a rămas cu urme pe spate iar rezidenții cu care am discutat au chemat-o la întâlnirea cu noi ca să ne confirme acest lucru. Tot din discuția cu ei am aflat că astfel de comportamente din partea acestor

supraveghetori se petrec frecvent. În urma ultimei vizite de monitorizare în care semnalăm mai multe abuzuri fizice comise asupra rezidenților, șeful de Centru a sesizat Direcția care a dispus o anchetă în urma căreia doi dintre membrii personalului acuzați de copii că sunt violenți și-au înaintat demisia – d-na I.T. și d-l N.T. – iar "tanti D" are depusă cererea de pensionare, până la momentul respectiv fiind trecută pe un post care vizează curățenia centrului, iar nu lucrul cu rezidenții. Atât copiii cei mici cât și cei mai mari au spus că sunt persoane care uneori îi lovesc sau vorbesc urât cu ei, printre care d-na A., d-na N., aceasta fiind învățătoare la școala specială. Ei au povestit cum cu o săptămână în urmă, într-o duminică, d-na A. l-a luat pe F. de gât și l-a trântit pe pat. Cei mari ne-au povestit că în urmă cu o săptămână, joia sau vinerea, unul dintre educatorii de la școală, A.P., a lovit-o cu pumnii și picioarele pe una dintre fete, R., în clasă, de față cu ceilalți beneficiari.. Acest lucru s-a întâmplat în urma faptului că rezidenta i-a spus că întârzie la ore. Totodată, mai multe fete s-au plâns că atunci când le întârzie menstruația și merg la cabinetul medical, una dintre asistente, doamna M., le acuză că au rămas însărcinate, fetele simțindu-se deranjate și jignite de această atitudine".

Plângeri privind comportamentul agresiv al personalului au fost întâlnite și la Centrul de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap din Păclișa, Spitalul de psihiatrie din Gâdintși, Centrul de plasament Reghin etc.

O temă pe care CRJ o consideră tratată cu totul superficial este aceea a agresiunilor dintre rezidenți, în special a celor cu consecințe mai grave, în primul rând al agresiunilor sexuale între rezidenți. Monitorii CRJ au luat cunoștință de numeroase plângeri de acest gen ale rezidenților, care au reclamat inclusiv faptul că personalul din instituțiile lor nu ia măsurile care se impun pentru evitarea, descurajarea și sancționarea unor asemenea cazuri (uneori, dimpotrivă, încurajează asemenea acte). Pentru exemplificare, redăm consemnările echipei de monitorizare de la Secția exterioară din Boița a Spitalului de psihiatrie "Gheorghe Preda" din Sibiu în legătură cu relatarile unei rezidente (Doamna T.), pe care CRJ le consideră de o gravitate deosebită: „*In urma cu aproximativ 2 – 3 ani, o pacienta, O.A., a muscat de nas o alta pacienta si in acest context asistenta medicala L.A. a dus-o la izolator unde se mai aflau alti trei pacienti, indemnindu-i pe acestia sa intretina realtii sexuale ca sa se invete minte sa nu mai muste de nas. Doamna T. a fost cea care a sesizat politia in sa dupa ancheta nu s-a confirmat. Pacienta a mai precizat ca nu ea a fost martorul acestui eveniment, in sa C.I., pacient, a vazut cele intamplate in sa nu a fost audiat de organele de ancheta. Doamna T. stie ca asistenta L.A. a fost sanctionata pentru neglijenta in serviciu. Ulterior, in cabinetul directorului ni s-a confirmat faptul ca O.A., in urma cu un an, a muscat de nas o alta pacienta și ni s-a confirmat și faptul ca asistenta L.A. este uneori mai nervoasa cu pacientii si atunci striga la ei in sa nu s-a infirmat in totalitate incidentul descris de doamna T. Seful sectiei si asistenta medicala nu cunosteau acest eveniment in modul cum l-a descris D-na T. Nici directorul nici asistenta medicala nu credeau cele relatate de catre D-na T*

monitorilor si astfel din punctul acesta de vedere evenimentul nu merita a fi investigat”.

În legatura cu alimentația și cazarea rezidenților, există plângeri legate în special de calitatea hranei, de faptul că personalul mai sustrage din alimentele rezidenților, de supraaglomerarea din spațiile de cazare, de frigul din aceste spații, de întreținerea foarte deficitară a lor etc. Redăm câteva dintre constatările consemnate în urma vizitelor în instituții: „*La nivelul dotărilor și condițiilor în care pacienții stau, am putut observa că în majoritatea camerelor nu se află altceva decât paturile de fier în care dorm pacienții. La ferestre nu există perdele, pe podea nu există parchet, iar în unele saloane nu este nici măcar linoleum. La una dintre camere nu exista bec, personalul declarind că acesta s-a ars în acea dimineață. Tot acolo, geamul de la fereastră era spart. Într-o altă cameră geamul fiind spart a fost înlocuit cu un placaj, putindu-se observa astfel că modul de rezolvare a unor asemenea probleme nu este nici foarte rapid și nici cel mai potrivit. În camere era foarte frig și o parte din geamuri (ferestrele fiind prevăzute cu geamuri duble) erau sparte, iar ferestrele nu păreau să se închidă prea bine, fiind vechi, iar lemnul putred”* (Secția de psihiatrie din Gura Văii); „*Dormitoarele nu erau aerisite, persistând un aer pestilențial. Am întâlnit și două saloane care nu erau prevăzute cu ferestre și nu erau luminate și nu exista nici instalație electrică”* – (Centrul medico-social Gănești). Există institutii in care supraaglomerarea constituie de asemenea o problema: de exemplu, la Secția de psihiatrie din Gura Văii, erau cazati 84 de pacienți la o capacitate de 75 de paturi, la Spitalul de psihiatrie Gădiniți, in majoritatea saloanelor în care erau cazați pacienții barbati, stateau cate doua persoane intr-un pat, la Centrul medico-social Gănești capacitatea instituției era de 121 de paturi, iar numărul de asistati de 145, etc. Plangeri privind alimentatia au fost inregistrate in institutii precum Centrul de plasament pentru copiii cu dizabilitati din Șiria (*“Cam toți rezidenții cu care am discutat ne-au declarat că bucătăreșele fură mâncare de la bucătărie. Aceștia ne-au spus că le-au văzut în mai multe rânduri pe cele de la bucătărie cum pleacă cu plasele cu mâncare la terminarea serviciului”*). CRJ considera ca o cauza a problemelor in hranirea rezidentilor este si aceea ca alocatia zilnica legala in acest sens, 7 RON, este insuficienta. Problemelor cu calitatea si cantitatea hranei li se adauga in destule dintre institutii si conditiile deficitare, neigienice mai ales, in care este pregatita si servita mancarea (un exemplu este situatia consemnata la Centrul de reintegrare din Dumbraveni: „*Cantina adapostea doua incaperi de suprafata mare: prima avea destinatia de club si cea de-a doua de sala de mese. La intrarea in acest corp de cladire (destinat clubului dar si salii de mese) se putea simti un puternic miros de excremente si urina, explicatia data de personal fiind ca „tocmai sosise vidanja care curata fosa” (in curtea centrului, la aprox. 30 metri de cantina se puteau vedea pete de dejectii pe asfalt in apropierea unui capac de canal). F., beneficiar, ne-a explicat ca, „curge canalul”. Acelasi miros se putea resimti si in club unde aproximativ 20 de beneficiari isi petreceau timpul singuri, fara supraveghere si fara ocupatie activa; unul dintre beneficiari umbla desculț pe ciment. In incaperea pentru spalatul vaselor, recipientele mari, care tocmai fusesera spalate, erau depozitate pe jos.*

Intr-o alta incapere, pe rafturi se afla budinca (...). Pe raftul imediat superior, deasupra mancarii neacoperite, se aflau depozitate cutii cu cani spalate recent, apa se scurgea pe budinca proaspat scoasa din cuptor, fundul acestor cutii fiind murdar”. „La vizita in blocul alimentar, in prima incapere se afla un recipient mare plin cu varza murata, recipientul era depozitat pe jos, pe gresie. In cea de-a doua incapere vizitata din blocul alimentar, incaperea de preparare a hranei, langa chiuveta se afla un bidon plin cu apa despre care ni s-a sus ca este apa de rezerva. Deschizind capacul acestui bidon, s-au putut observa cateva zeci de gandaci de bucatarie, ulterior si pe faianta de pe jos s-au putut observa mai multi astfel de gandaci. Intrebat fiind daca cunoaste aceasta situatie, seful de Centru ne-a replicat: „Dar ce, dumneavoastra nu aveti gandaci acasa?” Am gustat mancarea care era in meniu la data vizitei; fasole cu carne de porc, mancarea era lipsita de orice gust, ceea ce a confirmat (subiectiv) numeroasele plangeri ale beneficiarilor legate de mancarea proasta din Centru. Personalul de la bucatarie nu ne-a putut arata lista cu meniul zilei pe care spun ca il alcatuiesc dupa necesarul caloric zilnic al beneficiarilor prevazut in norme. Potrivit sefului de Centru in cursul anului 2006 mai multe persoane angajate la bucatarie au fost sanctionate cu reducerea salariului 10 % deoarece incercau sa sustraga alimente (Centrul de recuperare si reabilitare neuropsihica Babeni).

O cauză a deficiențelor semnalate este și aceea că personalul din instituții cunoaște într-o măsură categoric insuficientă drepturile pe care rezidenții le au sub acest aspect: *„Din discutiile avute cu personalul medical si de ingrijire a rezultat faptul ca acestia nu au cunostinta de standardele minime privind conditiile de viata, de drepturile si obligatiile pe care personalul si pacientii le au, respectarea acestora făcându-se la nivelul bunului simț. În acest sens, răspunsul la întrebări fiind unul lacunar, limitat la „da” sau „nu” (Spitalul de Psihiatrie Vadu Lat, județul Giurgiu).*

Dificultati serioase ridica si incadrarea cu personal a institutiilor medico-sociale. La Spitalul din Gâdinti, de exemplu, au fost constatate urmatoarele: *„Normativul medical raportat la numărul de pacienți prevede un număr de 9 medici si 40 de posturi de asistenți (cu pregătire medie) și 30 de infirmiere. In prezent, există numai doi medici psihiatri in cadrul spitalului, 11 asistente medicale si 12 infirmiere. Jumătate din asistenții medicali au absolvit cursurile unei școli postliceale. Infirmierele sunt absolvente de studii liceale. La momentul vizitei, managerul instituției era singurul medic activ”. La Centrul de integrare prin terapie ocupationala din Dumbraveni s-a consemnat: „Personalul este masiv subdimensionat si necalificat pentru a putea acorda servicii de recuperare, reabilitare si reintegrare. Subdimensionarea severa a personalului (1 instructor la minim 30 beneficiari, 2 infirmiere la 376 beneficiari la data vizitei de monitorizare) si mixtura de dizabilitati si patologii (vizual, locomotor, mintal, asociat etc) determina scaderea drastica a calitatii serviciilor oferite catre beneficiari. Seful Centrului a precizat ca: „Noi oferim in realitate ingrijire, hranire si ocuparea partiala a timpului liber. Le dam sa manance si ii spalam. Asta este forta noastra la conditiile si personalul pe care il avem”. Insuficienta acuta a medicilor psihiatri*

cauzeaza dificultati dintre cele mai grave la nivelul acestor institutii. O problema practic generalizata este si aceea a lipsei de specializare a personalului de ingrijire si supraveghere a rezidentilor, un exemplu in acest sens fiind cele constatate la Centrul medico-social din Nucet: *„Majoritatea personalului nu este calificat pentru munca intr-un centru medico-social cu specific de psihiatrie, nu are pregatirea adecvata care sa permita confruntarea cu comportamentul rezidentilor intr-un mod cât mai profesionist. In prezent se incearca profesionalizarea personalului, astfel 19 infirmieri participa la un curs organizat de Colegiul Medicilor, la Felix, fiind instruiti in ce priveste relationarea cu pacientii si modalitatile de autoprotejare impotriva agresivitatii acestora, modalitati de rezolvare a incidentelor dintre rezidenti, fara a recurge la tratamente umilitoare sau abuzuri fizice”.*

Insuficienta personalului si precaritatea specializarii personalului de ingrijire si supraveghere constituie una din cauzele care afecteaza inclusiv calitatea ingrijirii medicale. CRJ apreciaza de asemenea ca se impune imbunatatirea sensibila a sistemului de salarizare a personalului, in primul rand a celui medical, care lucreaza in aceste institutii. In acelasi timp, inasa, este necesar ca personalul amintit sa asigure in munca pe care o face un standard de calitate in acord intr-o mai mare masura cu reglementarile legale (vizând in primul rand drepturile pacientilor) si cu normele deontologiei medicale. Se impune de asemenea sa se dea o atentie mult mai mare cunoasterii si respectarii reglementarilor legale cu privire la internarea nevoluntara (CRJ urmeaza sa trateze aceasta problematica in cadrul unui raport viitor special). Desi inteleg bine specificul rezidentilor din institutiile obiect al prezentului Raport, reprezentantii si monitorii CRJ au constatat in repetate randuri ca personalul medical face de cele mai multe ori eforturi minime in a-i informa pe pacienti cu privire la diagnosticul si tratamentul fiecaruia si de a obtine consimtamantul si colaborarea lor in tratamentul si ingrijirile care le sunt necesare. In acest sens, sunt destul de frecvente cazurile in care monitorii CRJ au constatat, precum la Complexul de servicii pentru copilul cu handicap din Ramnicu Sarat, ca: *„Cu toate ca asistentul social spune ca tinerii/copiii sunt informati cu privire la diagnosticul stabilit si tratamentul urmat, o parte dintre copii au sustinut ca nu aveau cunostinta de tratamentul pe care il luau. Unii dintre acestia stiau ca medicamentele pe care le iau sunt ca sa nu ii mai doara capul”.*

Activitatile sociale, de reabilitare si recreere sunt mai mult decat deficitare, in special prin faptul ca ponderea lor in programul zilnic din institutii este practic nesemnificativa⁶⁹. La Centrul de recuperare si reabilitare neuropsihica din

⁶⁹ Redam, cu titlu de exemplu, programul zilnic de la Sectia exterioara din Boita a Spitalului de psihiatrie “Gheorghe Preda” din Sibiu:

06,00-06,45 curatenie in sala de tratament, vestiar, observator, club, holuri scari

06,45 –07,15 predarea-preluarea serviciului

07,15 –08,00 toaleta si imbracarea pacientilor

08,-08,30 servirea micului dejun, administrarea tratamentului de dimineata, observarea alimentarii si hidratarii pacientilor

08,30 –13,00 curatenie pe sectoare, supravegherea pacientilor, diverse activitati ocupationale

Babeni, a fost consemnata o stare de fapt caracteristica in buna masura tuturor institutiilor: *„rezidentii sunt tinuti inchisi in cea mai mare parte a timpului in cele doua sectii din cladirea principala, in special in timpul sezonului rece; lipseste programul terapeutic individualizat elaborat de echipa terapeutica conform normelor; majoritatea rezidentilor nu sunt implicati in programe de reabilitare si socializare, avind contacte slabe si sporadice cu comunitatea”*. O situatie asemanatoare a fost consemnata si la Spitalul de boli psihice Borsa: *„Rezidentii sunt foarte rar scosi din institutie si nu toti, majoritatea lor isi petrec aproape intreaga zi in pat. Majoritatea rezidentilor nu sunt implicati in programe de rabilitare si socializare, având contacte slabe si sporadice cu comunitatea”*. Rezidentii primesc ziare in foarte putine dintre cazuri. Numarul televizoarelor este foarte mic, existând cazuri in care nici cele existente nu sunt accesibile rezidentilor. Situatiia intalnita la Spitalul de psihiatrie din Gadinti este si ea reprezentativa in mare masura pentru institutiile din sistem: *„Din declarațiile medicului psihiatru cu care s-a discutat am aflat că nu există abonamente la ziare sau reviste, nefiind buget alocat în acest sens. În ceea ce privește cititul, doar 10 pacienți au această preocupare, cărțile fiind primite de la familie. În club, există un televizor, o combină muzicală și un video, însă clubul este încuiat, pacienții neavînd acces. La momentul vizitei, am constatat că acea camera cu destinație pentru activități recreative este ținută închisă și folosită drept cameră de depozitare. În niciun dormitor nu am întâlnit aparatură radio sau televizor”*. O situație asemănătoare, ca un alt exemplu, este cea intalnita la Centrul medico-social din Nucet: *„CMS nu are abonamente la ziare si reviste. Rezidentii citesc doar ce aduc apartinatorii de acasa sau personalul centrului. Exista 10 televizoare, din care unele aduse chiar de apartinatori. Majoritatea rezidentilor, mai ales cei din locatia principala, nu pot sa beneficieze de TV”*. Lipsa activitatilor sociale si de integrare este cu atat mai plina de consecinte in conditiile in care numai un numar destul de mic dintre rezidenti sunt vizitati de familii si intretin relatii cu acestea. La Centrul de plasament din Popesti, de exemplu, mai puțin de 20 % dintre copii sunt căutați de familie si mai puțin de 10 % dintre ei sunt luați în

13,00-14,00 servirea mesei de pranz, administrarea tratamentului de pranz

14,00 –18,00 activitati diverse cu pacientii, specifice fiecarlei zile din saptaman : barbierit, baie generala, taiat unghii, curatenie generala sectie, curatenie generala la sala de mese, ora de somn pentru pacientii care doresc, curatenie pe sectoare, activitati recreative la club, supravegherea pacientilor

18,00– 18,30 servirea mesei de seara la sala de mese si la pat, observarea alimentarii si hidratarii pacientilor

18,30 – 18,45 consemnarea in raport a evenimentleor importante din timpul turei

18,45 – 19, 15 predarea preluarea serviciului, inspecatia saloanelor, holurilor toaletelor, cluburilor

19,15 – 20,00 program divers cu bolnavii

20,00 – 20,30 administrarea tratamentului de seara

20,30 – 21,30 program divers cu bolnavii vizionare TV

21,30 – 22,00 toaleta pacientilor si pregatirea acestora pentru somn

22,00-22,15 administrarea tratamentului de noapte

22,15 –05,00- supravegeherea pacientilor pe timpul noptii

familie în vacanțe (un fapt pozitiv în acest caz este că responsabilii Centrului facilitează legăturile copiilor cu comunitatea: „În ce privește legătura cu prietenii, comunitatea, din relatările d-nei director, ale educatoarelor și rezidenților rezultă că au mulți prieteni în localitatea Popești, sunt încurajați să întrețină legături de prietenie cu copiii din comunitate, sunt lăsați să meargă în familiile acestora și chiar să petreacă câteva zile acolo, la sfârșit de săptămână sau în vacanțe”).

Deși legăturile cu familia sunt foarte slabe, există puține cazuri în care instituțiile facilitează îmbunătățirea lor. La Centrul de plasament din Popești, de exemplu, a fost consemnat cazul unui copil (G.S.A.) care „i-a scris acum un an o scrisoare bunicii, dar nu a primit nici un răspuns. „Poate s-a schimbat adresa sau a murit, bunica e batrana, cred că are 85 de ani”, a precizat G.S.A. El intenționează să îi mai trimită o scrisoare, dar este scump plicul și de la Centru nu se primesc plicuri”. **CRJ considera că este absolut neacceptabil ca rezidenților din aceste institutii – private de libertate prin statutul lor – să nu le fie asigurate plicuri pentru corespondența cu familiile și pentru exercitarea neîngrădită a dreptului la petiționare.**

III.

Analiza mecanismelor de monitorizare și control în sistemul instituțiilor medico-sociale pentru persoanele cu dizabilități mintale din România

Teoreticienii managementului modern⁷⁰ identifică constant în activitatea de control una dintre resursele cele mai importante necesare managementului instituțional, organizațional și administrativ. În contextul principiilor generale de bună practică, activității de control i se asociază o accepțiune mai largă, aceasta fiind privită ca parte a procesului managerial, alături de programare, organizare, direcționare și coordonare. Prin intermediul monitorizării și controlului, managementul constată abaterile rezultatelor de la obiective, analizează cauzele acestora și adoptă deciziile corective și profilactice care se impun.

La nivelul strategiilor în domeniul sănătății mintale din România, aceste principii sunt recunoscute ca importante, însă la nivel legislativ și al organizării și practicii instituționale mai sunt încă progrese de făcut.

III. 1. Reglementări legale actuale și practici instituționale

1.1 La nivelul Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse (MMFES), sunt organizate și funcționează două autorități care au inclusiv atribuții de monitorizare și control:

a) Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (ANPH) funcționează în conformitate cu prevederile OG nr. 14/2003 privind înființarea, organizarea și funcționarea ANPH. Între atribuțiile principale ale Autorității (art. 4) sunt prevăzute și următoarele două: „x) realizează inspecții ale serviciilor prestate persoanelor cu handicap în cadrul instituțiilor de protecție specială a persoanelor cu handicap; y) controlează modul de respectare a reglementărilor legale în vigoare în domeniul protecției speciale a persoanelor cu handicap”.

Autoritatea are un număr maxim de posturi de 138 (exclusiv președintele și vicepreședintele), iar în structura sa organizatorică este prevăzută o Direcție generală de inspecție și control. De asemenea, potrivit art. 11 al aceluiași act normativ (astfel cum acesta a fost modificat prin art. I pct. 4 din OG nr. 51/2005), în fiecare județ/sector al municipiului București „își desfășoară activitatea un inspector, funcționar public, încadrat în structura Direcției generale de inspecție și control din cadrul Autorității”. În luna octombrie 2005, la nivelul ANPH a fost adoptat un set de reglementări de ordin metodologic pentru organizarea și

⁷⁰ Între alții, Samuel C. Certo, *Managementul modern, diversitatea, calitatea, etica și mediul global*, editura “Teora”, 2004

desfășurarea acțiunilor de control și inspecție⁷¹ (reglementări pe care le apreciem pertinente și apte să consacre bune practici în domeniu).

Monitorizarea pe care CRJ a realizat-o în ultimii ani a evidențiat faptul că resursele instituționale la dispoziția Autorității au fost în general insuficiente pentru ca instituția să poată să se achite în mod satisfăcător de obligațiile care îi reveneau în legătură cu inspecția/controlul serviciilor și tratamentului care trebuie asigurate persoanelor adulte cu dizabilități. O problemă a constituit-o de asemenea gradul insuficient de independență al Autorității în exercitarea atribuțiilor de monitorizare și control/inspecție. Potrivit reglementărilor în vigoare⁷², ANPH este un “organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică”, aflat în subordinea MMFES. La rândul său, însă, Ministerul are obligații legale – cu deosebire cele ținând de „asistența și incluziunea socială” – care fac obiect al monitorizărilor și controalelor/inspecțiilor ANPH. În aceste condiții, gradul de independență și imparțialitate al inspectorilor ANPH în exercitarea prerogativelor de control nu poate să nu fie pus într-o anumită măsură sub semnul întrebării.

b) Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC) este organizată și funcționează pe baza HG nr 1.432/2004. Potrivit actului normativ, în cadrul ANPDC funcționează, „la nivel de serviciu”, un Corp de control (încadrat de regulă cu 2 inspectori - Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului (art. 116) prevede că ANPDC realizează inspecții periodice a serviciilor, inclusiv a celor de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități, pentru a constata cum sunt respectate standardele minime obligatorii. De asemenea, art. 100 al aceleiași Legi stabilește că ANPDC monitorizează respectarea drepturilor stabilite de Convenția ONU cu privire la drepturile copilului (ratificată de România prin Legea nr. 18/1990). HG nr. 1432/2004 (art. 3, lit. a, paragraful 11) mai prevede și că în exercitarea funcțiilor sale din domeniul protecției și promovării drepturilor copilului Autoritatea „asigură controlul în ceea ce privește aplicarea legislației din domeniul propriu și modul în care sunt respectate drepturile copilului de către instituțiile publice, celelalte persoane juridice și de persoanele fizice, în conformitate cu legislația în vigoare; propune instituțiilor competente stabilirea răspunderii disciplinare, materiale, contravenționale sau penale, după caz, a persoanelor vinovate”.

Cu ocazia monitorizărilor făcute în ultimii ani, CRJ a constatat și în cazul ANPDC că resursele acesteia, în special cele de personal, au fost de asemenea

⁷¹ *Metodologie de control, inspecție și monitorizare, aplicabilă în domeniul de competență al Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap*, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 912 din 12/10/2005

⁷² OG nr. 14/2003 privind înființarea, organizarea și funcționarea ANPH, coroborată cu OUG nr 64/2003 pentru stabilirea unor măsuri privind înființarea, organizarea, reorganizarea sau funcționarea unor structuri din cadrul aparatului de lucru al Guvernului, a ministerelor, a altor organe de specialitate ale administrației publice centrale și a unor instituții publice

insuficiente pentru ca Autoritatea să poată să se achite în mod satisfăcător de obligațiile pe care le avea legătură cu monitorizarea/inspecția/controlul serviciilor și tratamentului care trebuie asigurate copiilor cu dizabilități mintale. În mod asemănător, gradul insuficient de independență al ANPDC în exercitarea atribuțiilor de monitorizare și control/inspecție a constituit și în acest caz o problemă – în principal din cauză că Autoritatea se află pe de o parte în subordinea MMFES iar pe de altă parte Ministerul are obligații legale care fac obiect al monitorizărilor și controalelor/inspecțiilor ANPDC; potrivit reglementărilor în vigoare⁷³, ANPDC este organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, aflat în subordinea MMFES.

1.2 La nivelul Ministerului Sănătății Publice (MSP), Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății prevede că MSP asigură, pe de o parte, controlul calității serviciilor medicale prin autoritățile locale de sănătate publică (art. 16, lit. j), iar pe de altă parte organizează și coordonează activitatea de inspecție sanitară de stat (art. 16, lit. u). HG nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea MSP stabilește că în cadrul acestei autorități este organizată și funcționează, la nivel de direcție, Inspecția sanitară de stat. Analiza celor două acte normative evidențiază faptul că funcțiile de monitorizare, inspecție și control ale MSP vizează într-o măsură nerelevantă problematica din sistemul persoanelor cu dizabilități mintale. Semnificative sub acest aspect sunt, între altele, dispozițiile art. 25, alin. (2) ale Legii nr. 95, potrivit cărora activitatea de inspecție sanitară de stat constă, în principal, în: „a) verificarea conformității amplasamentelor, activităților, proceselor, serviciilor, produselor, factorilor de mediu; b) verificarea respectării reglementărilor privind starea de sănătate a personalului, cunoștințele, atitudinile și practicile acestuia în raport cu normele igienico-sanitare; c) depistarea și evaluarea riscurilor pentru sănătate și impunerea măsurilor de eliminare sau, după caz, de diminuare a acestora; d) comunicarea datelor despre existența și dimensiunea riscului identificat persoanelor responsabile cu managementul riscului, consumatorilor și altor potențiali receptori interesați”.

III. 2. Reglementări legale și practici instituționale preconizate

Din perspectiva de viitor asupra mecanismelor de monitorizare și control în sistemul persoanelor cu dizabilități mintale, sunt relevante în special următoarele două reglementări:

⁷³ OUG nr 64 pentru stabilirea unor măsuri privind înființarea, organizarea, reorganizarea sau funcționarea unor structuri din cadrul aparatului de lucru al Guvernului, a ministerelor, a altor organe de specialitate ale administrației publice centrale și a unor instituții publice

2.1 Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială și OUG nr. 130/2006 privind Inspectia Socială

Prin Legea nr. 47 s-a decis înființarea unei noi autorități cu atribuții de monitorizare și control inclusiv la nivelul sistemul persoanelor cu dizabilități mintale, Inspectia Socială (IS). Noua autoritate, „organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, aflat în subordinea MMFES”, are ca scop „controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspectarea activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale” (art. 29, alin. 2 din Lege). Prin OUG nr. 130/2006, s-a stabilit organizarea și funcționarea IS precum și atribuțiile principale ale acesteia (între altele: inspectarea modului în care sunt respectate prevederile legale privind stabilirea, acordarea și promovarea drepturilor sociale ale cetățenilor de către autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și de către alte persoane fizice și juridice, publice și private, în calitate de furnizor de servicii sociale; realizarea de inspecții tematice pentru evaluarea specifică a unor aspecte ale politicilor sociale, ale măsurilor incluse în strategiile naționale în domeniul asistenței sociale și incluziunii sociale; controlul operativ și inopinat în vederea prevenirii, descoperirii și combaterii oricăror acte și fapte din domeniul asistenței sociale și incluziunii sociale care au condus la încălcarea drepturilor sociale ale cetățeanului etc – art. 6 din OUG nr. 130). Este prevăzut că IS este condusă de un inspector general de stat (înalt funcționar public), precum și că în cadrul IS sunt organizate „inspectorate teritoriale”. S-a decis că statul de funcții al instituției se stabilește prin Regulamentul de organizare și funcționare al acesteia (art. 21) și că „În termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, MMFES va elabora, la propunerea IS, regulamentul de organizare și funcționare al acesteia, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului” (art. 28).

Prin Legea nr. 47/2006 (art. 50) s-a prevăzut că începând cu 1 ianuarie 2007, IS preia atribuțiile și responsabilitățile referitoare la inspecție, precum și personalul aferent, de la ANPH și de la ANPDC – respectiv Direcția generală de inspecție și control a ANPH și Corpul de control al ANPDC. Pe de altă parte, prin OUG nr. 130 (art. 22, alin. 1) s-a stabilit că IS „va începe să funcționeze cu atribuțiile prevăzute de prezenta ordonanță de urgență la 6 luni de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență” (adică începând cu data de 3 iulie 2007); din interpretarea literală coroborată a celor două acte normative rezultă că în perioada 1 ianuarie 2007 – 3 iulie 2007, organismele de control din cadrul ANPH și ANPDC au fost preluate de către IS, însă nici aceasta și nici cele două structuri de control nu au funcționat timp de jumătate de an, ceea ce reprezintă, în mod evident, o deficiență de reglementare.

Câteva considerații referitoare la oportunitatea și utilitatea constituirii IS vor fi făcute în cadrul secțiunii de concluzii și propuneri privind mecanismele de monitorizare și control în sistemul persoanelor cu dizabilități mintale.

2.2 Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante

Adoptat la 18 decembrie 2002 în cadrul celei de-a 57-a sesiuni a Adunării Generale a Națiunilor Unite și intrat în vigoare la 22 iunie 2006, Protocolul a fost semnat de România la data de 24 septembrie 2003. Prin Protocol a fost înființat un Subcomitet de Prevenire a Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante („Subcomitet de Prevenire”), în cadrul Comitetului pentru Prevenirea Torturii. De asemenea s-a decis că fiecare Stat-Parte înființează, desemnează sau menține la nivel național unul sau mai multe organe de vizitare pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante („mecanisme naționale de prevenire”); această obligație a fost stabilită în sarcina fiecărui Stat-Parte „cel mai târziu la un an de la intrarea în vigoare a prezentului Protocol sau de la ratificarea sau aderarea la acesta”.

Art. 19 al Protocolului stabilește că mecanismele naționale de prevenire vor avea ca atribuții, în principal: „examinarea în mod regulat a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate; formularea de recomandări către autoritățile competente, în vederea îmbunătățirii tratamentului și condițiilor persoanelor private de libertate și a prevenirii torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante; formularea de propuneri și observații privind legislația existentă sau proiectele legislative. Art. 4, paragraful 2 din Protocol prevede că „privare de libertate înseamnă orice formă de detenție sau închisoare, sau plasarea unei persoane într-un mediu public sau privat de reținere din care nu îi este permis să plece după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură”, fapt care face reglementările Protocolului deplin aplicabile inclusiv sistemului persoanelor cu dizabilități mintale, obiect al raportului de față.

Protocolul cuprinde standarde pe care Statele-Părți trebuie să le asigure pentru independența instituțională și buna organizare și funcționare a mecanismelor naționale de prevenire. Astfel, art. 20 prevede că pentru a permite mecanismelor naționale de prevenire să își îndeplinească atribuțiile, Statele-Părți trebuie să le acorde acestora, între altele: acces la toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat „persoanelor private de libertate”, posibilitatea de a avea întrevederi cu aceste persoane, dreptul de a menține legătura cu Subcomitetul de Prevenire, de a-i trimite acestuia informații și de a se întâlni cu acesta etc. Standardele minime de independență pe care Statele-Părți trebuie să le asigure mecanismelor naționale de prevenire sunt cuprinse în art. 18 al Protocolului.

IV.

Concluzii și propuneri privind mecanismele de monitorizare și control în sistemul persoanelor cu dizabilități mintale din România

Sub aspect legislativ și al organizării și practicii instituționale, apreciem că până la decizia înființării Inspecției Sociale, sistemul de monitorizare și control privind tratamentul și drepturile persoanelor cu dizabilități mintale a fost în cea mai mare parte deficitar.

Înființarea IS constituie un pas înainte, însă și acesta este insuficient pentru o ameliorare satisfăcătoare a situației din domeniu. Cu titlu de exemplu, gradul de independență instituțională și de imparțialitate a acestei autorități este cel puțin discutabil, din mai multe puncte de vedere. Pe de o parte, subordonarea acestei autorități față de un minister (MMFES) care el însuși are obligații legale într-un domeniu supus monitorizării și controlului autorității nu poate fi de natură să asigure un grad de independență satisfăcător pentru un organism cu asemenea prerogative. OUG nr. 130/2006 (art. 1, alin. 2) prevede că subordonarea IS față de MMFES constă inclusiv în aceea că „Cheltuielile de organizare și funcționare a IS, atât pentru nivelul central, cât și pentru inspecțiile teritoriale, sunt asigurate din fondurile alocate de la bugetul de stat, prin bugetul MMFES”. Problematic este de asemenea și faptul că MMFES este autoritatea care elaborează regulamentul de organizare și funcționare al Inspecției Sociale.

În ce privește conducerea IS și personalul cu care aceasta este încadrată, faptul că aceste persoane au statut de funcționari publici poate să constituie, în principiu, o premisă a independenței lor și a obiectivității în exercitarea actului de control. Cu toate acestea, faptul că personalul amintit se află în subordinea unui minister (și încă a unuia care are el însuși obligații legale supuse controlului IS) poate să vulnerabilizeze premisa respectivă. La aceasta pot să contribuie și unele formulări imprecise – și improprii prin raportarea la normele de tehnică legislativă – pe care textul OUG nr. 130/2006 le utilizează pentru a reglementa statutul persoanelor cu prerogative de conducere la nivelul IS (un exemplu este cel al art. 8, alin. 5, care prevede că „Funcția de inspector general de stat nu este supusă influențelor politice”, fără a se defini în vreun fel în ce constă, la modul concret, interdicția „influențelor politice” asupra funcției conducătorului IS). Prin OUG nr. 130/2006 (art. 25, alin. 1) s-a decis că în primul an de la înființare, IS funcționează cu un număr total de 350 de posturi. Sub acest aspect, până la o eventuală infirmare în practică, reglementarea se poate dovedi adecvată volumului de muncă substanțial pe care îl presupune monitorizarea și controlul unui sistem instituțional (și nu numai) precum cel avut în vedere de către prezentul raport.

CRJ apreciază că problema independenței instituționale a IS poate primi mai multe soluții. Pe de o parte, poate fi luată în considerare organizarea acestei instituții ca „autoritate administrativă autonomă”, în înțelesul art. 117, alin. (3) din Constituția României. Un model instituțional, în principal sub aspectul controlului sub care sunt organizate și funcționează, ar putea fi cel al autorităților și instituțiilor aflate sub control parlamentar – de exemplu, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (prin OG nr.137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, CNCD a fost înființat ca „organ de specialitate al administrației publice centrale, în subordinea Guvernului”, iar în prezent, potrivit Legii nr. 324/2006 pentru modificarea și completarea OG nr. 137/2000, are statutul de „autoritate de stat în domeniul discriminării, autonomă, cu personalitate juridică, aflată sub control parlamentar și totodată garant al respectării și aplicării principiului nediscriminării, în conformitate cu legislația internă în vigoare și documentele internaționale la care România este parte”). Ca alternativă la această soluție poate fi luată în considerare menținerea actualului statut al IS („organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică”), dar aceasta să fie subordonată Guvernului, și nu MMFES (considerăm totuși că o asemenea soluție ar rezolva numai într-o mică măsură actuala problemă de independență a acestei autorități).

Se impune de asemenea precizat că la data acestui raport există deja unele întârzieri în calendarul legislativ privind înființarea IS. Astfel, deși prin art. 27 din OUG nr. 130/2006 s-a stabilit că în termen de 120 de zile de la intrarea în vigoare a Ordonanței (respectiv până la data de 5 mai 2007) MMFES va elabora proiectul de lege privind Statutul inspectorului social, „potrivit Programului legislativ al MMFES pe anul 2007, proiectul de Lege privind statutul Inspectorului social a fost amânat pentru finalizare în luna iulie 2007”⁷⁴. O întârziere a funcționării IS în conformitate cu prevederile OUG nr. 130/2006 o cauzează și faptul că proiectul de hotărâre a Guvernului privind Regulamentul de organizare și funcționare a Inspecției Sociale (preconizat prin art. 28 al OUG) nu a fost avizat de Ministerul Finanțelor Publice, „avînd în vedere necorelările existente în proiectul de hotărâre a Guvernului menționat cu posibilitățile de finanțare necesare pentru organizarea și funcționarea acestei Inspecții Sociale începînd cu data de 30 iunie 2007”⁷⁵.

Cu privire la cerința cuprinsă în Protocolul opțional, pe care România va avea s-o îndeplinească în perioada următoare, aceea de a înființa „mecanisme naționale de prevenire”, se impune de asemenea un număr de măsuri de ordin legislativ și instituțional. În conformitate cu art. 17 al Protocolului, fiecare Stat-Parte trebuie să înființeze „unul sau mai multe mecanisme naționale de prevenire” a torturii și a altor tratamente inumane sau degradante. Din considerentele enunțate deja, apreciem că în acest moment Inspecția Socială nu corespunde într-o măsură

⁷⁴ Informația este cuprinsă în scrisoarea nr 3056 din data de 21 mai 2007 a MMFES, transmisă ca răspuns la cererea de informații publice adresată MMFES la data de 8 mai 2007, în vederea documentării prezentului raport.

⁷⁵ Vezi supra nota 5

suficientă standardelor introduse prin Protocolul opțional, mai ales cu privire la independența instituțională, pentru instituțiile/mecanismele de acest gen. În ipoteza în care ar fi aduse corectivele necesare, apreciem că IS ar putea să constituie unul dintre mecanismele prevăzute în Protocolul opțional. Dată fiind situația din cazul concret al României, peste 20 000 de persoane cu dizabilități mintale în instituții medico-sociale, cele mai multe localizate în mediul rural, considerăm că IS ar trebui/putea să se constituie, alături de altele, în unul dintre mecanismele preconizate la nivel național prin Protocolul opțional.

CRJ apreciază că pentru a se putea acoperi în mod satisfăcător – tematic și teritorial – întregul sistem al persoanelor cu dizabilități mintale (monitorizarea, controlul și inspecția acestuia) este necesară constituirea unor autorități teritoriale de monitorizare a acestui sistem. Întrucât la nivelul fiecărui județ ar fi excesiv să se înființeze câte o asemenea autoritate, ele ar putea fi organizate regional, de exemplu pe lângă fiecare Curte de Apel (în România există 15 Curți de Apel). Organizarea autorităților teritoriale pe lângă Curțile de Apel se poate dovedi justificată inclusiv în ipoteza în care – ca unul dintre exemple – aceste autorități ar primi competențe legale (ceea ce apreciem că ar fi foarte necesar) în legătură cu contestarea în justiție a măsurii „internării nevoluntare a persoanelor cu tulburări psihice”⁷⁶.

Înființarea acestor autorități se impune făcută prin lege, iar componența lor trebuie să asigure, pe de o parte, aptitudinile și cunoștințele profesionale necesare, iar pe de altă parte să le garanteze independența instituțională și obiectivitatea monitorizărilor și a actului de control. O independență reală a acestor structuri, și în ultimă instanță eficiența lor, nu pot fi obținute dacă nu sunt asigurate independența personalului lor precum și resursele necesare funcționării acestora (de altfel, o parte a acestor standarde sunt enunțate explicit în textul Protocolului opțional referitor la înființarea și funcționarea mecanismelor naționale de prevenire).

CRJ subliniază totodată faptul că, în înțelesul art. 17 din Protocolul opțional, „mecanismul/mecanismele naționale de prevenire, independente, pentru prevenirea torturii la nivel național” pot să fie numai instituții/autorități cu activitate permanentă și destinată exclusiv „prevenirii torturii la nivel național”. În conformitate cu dispozițiile art. 18, alin. 2 din Protocol, aceste organisme trebuie să răspundă inclusiv unor cerințe vizînd o pregătire profesională adecvată precum și o reprezentare echilibrată, la nivelul lor, a sexelor și a grupurilor etnice și minoritare („Statele-Părți iau măsurile necesare pentru a se asigura că experții din cadrul mecanismului național de prevenire au aptitudinile și cunoștințele profesionale necesare. Ele se vor strădui să asigure echilibrul în ceea ce privește reprezentarea sexelor și reprezentarea adecvată a grupurilor etnice și minoritare din țară”). În consecință, asemenea mecanisme specializate, care să răspundă cerințelor cuprinse în Protocolul opțional nu ar putea fi considerate, cu titlu de

⁷⁶ A se vedea art. 44 – 59 din Legea nr. 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, precum și comentariile din secțiunea privind internarea nevoluntară a prezentului raport.

exemplu, instituția Avocatului Poporului sau una dintre comisiile permanente ale Camerei Deputaților sau Senatului – Comisia pentru drepturile omului, culte și problemele minorităților naționale din Camera Deputaților, de exemplu. În primul caz, instituția Avocatului Poporului s-ar dovedi inadecvată unei asemenea misiuni prin chiar specificul statutului său, astfel cum acesta este definit prin Constituția României, respectiv prin Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului. Această instituție are o vocație generală în legătură apărarea tuturor drepturilor și libertăților persoanelor fizice, și nu una particulară, specializată, astfel cum prevede Protocolul opțional cu privire la drepturile și libertățile rezidenților din instituțiile medico-sociale pentru persoanele cu dizabilități mintale, persoane asimilate celor private de libertate. Avocatului Poporului ar fi inadecvat scopului prevăzut în Protocolul opțional pentru „mecanismul/mecanismele naționale de prevenire, independente, pentru prevenirea torturii la nivel național” inclusiv prin specificul organizării și funcționării sale instituționale – personal în mod evident insuficient și nespecializat, instituția își desfășoară activitatea practic exclusiv prin primirea de „cereri făcute de persoanele lezate prin încălcarea drepturilor sau libertăților cetățenești de către autoritățile administrației publice”, respectiv „urmărind rezolvarea legală a cererilor primite” etc. Or Protocolul opțional are cerințe specifice și esențial diferite inclusiv sub aspectul procedurilor de „examinarea în mod regulat a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate în locurile de detenție în sensul art. 4, în vederea consolidării, dacă este cazul, a protecției asigurate acestora împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante”. Cu privire la comisiile parlamentare permanente, considerăm că acestea pot să răspundă într-o măsură încă și mai mică cerințelor cuprinse în Protocolul opțional. În acest sens considerăm că este suficient chiar și numai să se compare respectivele cerințe cu atribuțiile legale ale acestor organisme: „Comisiile permanente ale Camerei Deputaților examinează proiectele de legi, propunerile legislative, proiectele de hotărâri ale Camerei Deputaților, avizele și amendamentele, în vederea elaborării rapoartelor sau avizelor, după caz; dezbate și hotărăsc asupra altor probleme trimise de Biroul permanent al Camerei Deputaților; pot efectua anchete parlamentare, precum și alte activități, în conformitate cu prevederile prezentului regulament și ale Regulamentului ședințelor comune ale Camerei Deputaților și Senatului” (art. 61 din Regulamentul Camerei Deputaților).

Strategia în domeniul sănătății mintale a Ministerului Sănătății din România acordă o atenție importantă „dezvoltării parteneriatelor cu societatea civilă în promovarea sănătății mintale”. Acest principiu se regăsește înscris de asemenea în reglementările legale în materie (un exemplu: Legea nr. 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, prevede – art. 7 – că pentru a pune în aplicare măsurile adoptate pentru apărarea sănătății mintale, „Ministerul Sănătății Publice va colabora cu organizațiile neguvernamentale, cu asociațiile profesionale și cu alte organisme interesate”). În considerarea acestor principii, apte să asigure inclusiv independența unor asemenea organisme, considerăm că se impune ca organizațiile neguvernamentale care desfășoară

activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități să poată desemna, prin lege, un număr de reprezentanți care să garanteze buna funcționare a autorităților locale și exercitarea cu imparțialitate a actului de control și a monitorizărilor. Se impune de asemenea să se evite ca în componența autorităților teritoriale să intre reprezentanți ai autorităților/instituțiilor monitorizate. În organizarea și funcționarea viitoare a unor asemenea organisme este necesar să se evite, atât la nivel legislativ cât și la cel al practicii instituționale, experiențele contraproductive înregistrate până în prezent în cazuri asemănătoare⁷⁷.

Pentru a putea să existe așteptarea că aceste organisme se vor dovedi cu adevărat eficiente, este necesar ca rapoartele și deciziile lor să fie obligatorii, și nu facultative. De asemenea, pentru a le permite să-și îndeplinească atribuțiile, este necesar să li se asigure accesul neîngrădit la toate informațiile necesare și la locurile pe care vor să le viziteze, precum și toate celelalte drepturi prevăzute de art. 20 al Protocolului opțional.

CRJ consideră totodată că în ipoteza în care autoritățile teritoriale de monitorizare ar fi constituite pe baza un criterii și principii (inclusiv cele cuprinse în Protocolul opțional) care să le asigure într-adevăr independența și eficiența, ar putea să fie luată în considerare desființarea Inspecției Sociale. În cazul în care, însă, se va opta și pentru menținerea IS, este necesar ca viitoarele reglementări legale să nu fie echivoce, să evite suprapunerile de competențe precum și interferențele care să nu ajute la consolidarea rolului, independenței și autorității organismelor teritoriale.

⁷⁷ Un exemplu: prin Legea nr. 218/2002 privind organizarea și funcționarea Poliției Române și HG nr. 787/2002, în România a fost înființată Autoritatea Teritorială de Ordine Publică (ATOP, organism prevăzut să funcționeze la nivelul fiecărui județ, cu rol consultativ, având ca scop să „monitorizeze activitatea Poliției”). Serioasele probleme de ordin legislativ și practic au făcut din ATOP-uri organisme ale formalismului și ineficienței, care pot să compromită ideea de mecanisme independente de monitorizare, de control și prevenire a deficiențelor din sistemele care au legătură cu drepturile și libertățile fundamentale. Pentru o critică relevantă sub acest aspect, care poate fi utilă inclusiv în proiectarea autorităților teritoriale de monitorizare în domeniul persoanelor cu dizabilități mintale, poate fi văzută analiza *Autoritatea Teritorială de Ordine Publică în România – de ce și cum?*, Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki, 2007.