

INTRODUCERE

Proiectul-pilot propus de Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki (APADOR-CH) și Centrul de Resurse Juridice (CRJ) are în vedere constituirea unui grup de voluntari, la nivel local, de monitorizare a condițiilor din instituțiile în care se află persoane private de libertate, conform definiției din art.4 al Protocolului Opțional la Convenția ONU împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante (cunoscută sub acronimul CAT). Protocolul Opțional a fost semnat de România și urmează să fie ratificat. Punerea în practică a Protocolului înseamnă *crearea unui mecanism național de monitorizare a tuturor acestor instituții* (penitenciare, centre de reeducare, aresturi ale poliției, spitale de psihiatrie, centre pentru azilanți sau alte categorii de străini etc.). Identificarea unei soluții de ordin legislativ și instituțional care să poată fi propusă autorităților în vederea înființării mecanismului național independent prevăzut de Protocolul opțional constituie una dintre finalitățile acestui proiect. Între obiectivele proiectului se numără de asemenea și acela de a încuraja autoritățile să ratifice și să implementeze Protocolul opțional cât mai curând posibil și într-o modalitate care să răspundă pe de o parte principiilor de drept internațional privind aplicarea cu bună credință a tratatelor iar pe de alta nevoii de implementare a măsurilor necesare ameliorării situației actuale a instituțiilor din România în care se află persoane private de libertate.

Proiectul-pilot se limitează la trei dintre categoriile de instituții în care se află persoane private de libertate: penitenciare, aresturi ale poliției și spitale de psihiatrie dintr-o zonă geografică limitată. Rezultatele experienței directe a grupului local de monitorizare împreună cu cele de până în prezent ale organizațiilor neguvernamentale inițiatoare vor putea servi ca bază pentru realizarea viitorului mecanism *național* de monitorizare. Vor fi de asemenea integrate concluziilor și recomandărilor finale punctele de vedere relevante ale autorităților publice cu atribuții legale în domeniul de interes pentru proiectul de față, în urma consultărilor pe care cele două organizații le vor organiza cu acestea

Ghidul pregătit de cele două organizații își propune să fie un instrument flexibil, care să permită a utilizare adaptată a sa la specificul instituțiilor ce urmează a fi monitorizate. El va fi simplificat sau dezvoltat în funcție de constatările de pe teren, cu contribuția efectivă a grupului de monitori voluntari.

I. Chestiuni prealabile

Despre tortură, tratamente inumane și degradante

Tortura, tratamentele inumane și tratamentele degradante sunt unanim condamnate ca încălcări grave ale drepturilor omului în documentele oficiale ale organizațiilor internaționale care se ocupă de aceste drepturi civile. Pactul Internațional cu privire la drepturile civile și politice sau Convenția împotriva Torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante (cunoscută sub acronimul englezesc CAT – Convention Against Torture) ale ONU, Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale sau Convenția europeană pentru prevenirea torturii ale Consiliului Europei sunt cele mai cunoscute și, totodată, obligatorii pentru statele care le-au ratificat. Li se adaugă o serie de alte documente, cum ar fi Regulile de la Beijing (regimul de detenție, în principal pentru minori) sau Procolul de Istanbul cu ghidurile practice pentru medici respectiv juriști sau Regulile de bază minimale în penitenciare în varianta ONU și a Consiliului Europei (foarte asemănătoare) și multe altele care, chiar dacă nu sunt instrumente cu valoare juridică obligatorie ar trebui să fie aplicate de toate statele democratice sau care se autodefinesc ca atare. Pe lângă acestea, mai există o multitudine de studii, manuale, rapoarte etc. în domeniu, întocmite de organizații naționale și internaționale de drepturile omului sau de experți independenți.

România a ratificat toate documentele internaționale cu caracter obligatoriu amintite mai sus. În acest moment, se așteaptă și ratificarea unui Protocol opțional la Convenția ONU împotriva Torturii, pe care România l-a semnat încă din 2002. Intrat în vigoare în 2006 (prin ratificarea de către 20 de state semnatare), Protocolul opțional prevede obligația statelor de a constitui mecanisme naționale de monitorizare a *tuturor situațiilor în care se află persoane private de libertate* (potrivit art.4 din protocol, o persoană este privată de libertate dacă nu poate părăsi, când dorește, locul în care se află, oricare ar fi autoritatea – judiciară, administrativă sau de altă natură – care a stabilit măsura. Mecanismele naționale vor coopera cu Subcomitetul ONU împotriva Torturii, care acționează pe baza convenției.

Constituția României interzice tortura și tratamentele inumane sau degradante iar Codul penal sancționează tortura cu pedepse privative de libertate între 2 ani și închisoare pe viață iar relele tratamente, între unu și 5 ani. Definiția torturii din Codul penal este practic traducerea cuvânt cu cuvânt a definiției din Convenția împotriva Torturii, considerată de majoritatea experților drept cea mai cuprinzătoare. Nu lipsesc însă criticile în special cu privire ultimul alineat al definiției din CAT care scoate de sub incidența torturii suferințele sau durerea *inerente sancțiunilor legale sau ocazionate de acestea*. Prin aceasta se dă prioritate legislației interne, ceea ce diluează considerabil substanța articolului 1

din Convenție, pentru că, o dată prevăzute în lege, pedepsele (de pildă biciuirea în public) nu mai pot fi considerate tortură, oricât de dure ar fi și indiferent de urmări.¹

Diferențe între “tortură” și “rele tratamente” (tratamente inumane sau degradante)

Majoritatea definițiilor din diversele instrumente internaționale – inclusiv CAT – se referă la provocarea *intenționată* de suferințe sau dureri “puternice” când este vorba de tortură. Este, evident, dificil de stabilit ce înseamnă adjectivul “puternice” pentru că există diferențe de grad de rezistență nu numai între categorii de persoane (minorii sau femeile gravide sunt mai puțin rezistenți/rezistente) dar chiar între persoane, în funcție de structura lor fizică și psihică. Linia de demarcare între tortură și tratament inuman este deci imprecis trasată.

Clarificările sunt încă așteptate dar tentative au existat încă din 1969 când Comisia europeană pentru drepturile omului (organism ce a funcționat ca *prim filtru* pentru plângerile adresate Curții Europene a Drepturilor Omului de la Strasbourg până la reorganizarea CEDO) a analizat o plângere împotriva Greciei pentru tortură și rele tratamente. Decizia de admisibilitate stabilește că *tortura presupune și tratament inuman și degradant, iar tratamentul inuman este și degradant*. “Noțiunea de tratament inuman acoperă cel puțin acel tratament prin care se provoacă, în mod deliberat, puternice suferințe fizice sau mentale care, în situația respectivă, este nejustificat..... Cuvântul “tortură” este adesea folosit pentru a descrie tratamentul inuman care are un scop, cum ar fi obținerea de informații sau mărturisiri sau pentru a pedepsi, și, în general, este o *agravantă a tratamentului inuman*.”

Un alt element este *intenția (characterul deliberat)* de a cauza suferințe ce se încadrează la tortură sau tratament inuman. Practic, toate autoritățile din toate statele *neagă* existența *intenției*. Curtea Europeană de la Strasbourg a dat mai multe hotărâri prin care a inversat sarcina probei. De pildă, dacă un reclamant la CEDO a intrat “întreg” într-o secție de poliție și a ieșit cu traume, trebuie ca guvernul reclamat să dea explicații plauzibile cu privire la incident. În absența explicațiilor, CEDO consideră că statul reclamat este vinovat de tortură sau tratament inuman (vezi de pildă cazul “Cobzaru v.România” din 2007).

Un alt aspect reglementat de CEDO se referă la *obligația* autorităților din orice stat membru de a face investigații în cazurile în care există indicii suficient de clare cu privire la tortură, tratamente inumane sau degradante, *chiar dacă victimele nu depun plângeri*. (hotărârea CEDO în cazul “Bati și alții v.Turcia” din 2004).

¹ Vezi studiul “Defining Torture” elaborat de Floersheimer Center for Constitutional Democracy, din cadrul facultății de drept Benjamin N. Cardozo din New York, publicat sub semnătura lui Gail H. Miller în decembrie 2005.

Cele de mai sus se referă în principal la investigarea și sancționarea celor care *au recurs* la tortură, tratamente inumane și degradante, fie direct, fie în urma instigării, fie chiar prin *omisiune* (de exemplu, neacordarea intenționată a unor medicamente strict necesare unui arestat/deținut bolnav).

La fel de importantă este și *prevenirea comiterii unor astfel de acte*. Convenția Europeană pentru Prevenirea Torturii și instrumentul ei de aplicare – Comitetul pentru Prevenirea Torturii – se axează pe acest principiu, ceea nu înseamnă că ignoră abuzurile săvârșite. CPT poate vizita *oricând, orice loc* în care există persoane private de libertate (pe lângă aresturi ale poliției, centrele de arest preventiv sau penitenciare, CPT are acces și în spitale psihiatrice, centre de azilanți sau pentru alte categorii de străini, închisori militare, centre pentru minorii privați de libertate pe baza unor sentințe judecătorești sau a unor măsuri administrative.) CPT face vizite *periodice*, în toate statele semnatare ale Convenției, la anume intervale de timp, și *ad hoc*, în funcție de gravitatea informațiilor primite din oricare din țările membre. CPT redactează rapoarte pe fiecare țară vizitată dar și rapoarte generale anuale care includ standardele CPT aduse la zi. Chiar dacă CPT are unele limitări “diplomatice” (un raport de țară este făcut public doar după primirea acceptului guvernului statului respectiv, iar până atunci CPT respectă regula confidențialității; CPT poate cere măsuri imediate și precise doar în cazuri foarte grave, în rest rezumându-se la *recomandări* etc.) este neîndoios că acest mecanism funcționează bine și că multe din măsurile vizând îmbunătățirea situației persoanelor private de libertate, i se datorează. În plus, Curtea Europeană *ține cont* de rapoartele CPT atunci când analizează plângeri cu privire la încălcări ale drepturilor omului în acest domeniu.

Mai este necesară o precizare: orice încălcare a drepturilor persoanelor private de libertate, poate fi catalogată drept tortură sau tratament inuman sau degradant, dacă este practică cu intenția de a provoca suferințe fizice sau psihice în plus față de cele inerente situației legale a acestor persoane. (Exemple: folosirea lanțurilor ca mijloc de imobilizare; încătușarea arestaților/deținuților pe durata transferului în spitale din afara sistemului și pe durata spitalizării; privarea de tratamente și medicație adecvate bolilor.)

Recomandări de ordin practic pentru vizitarea locurilor de deținere

1. Trebuie explicat, atât pentru autoritățile locale cât și pentru persoanele private de libertate, *scopul* vizitelor, care este de a *monitoriza condițiile de detenție și nu de a rezolva sau ajuta la rezolvarea problemelor de natură juridică sau strict personale ori familiale ale persoanelor private de libertate*.
2. Pentru păstrarea *imparțialității*, trebuie evitat orice gest sau atitudine care ar putea fi ulterior exploatate în vederea redactării unor concluzii

- părtinitoare. (De exemplu: oferta de a trimite deținuți la muncă în folos individual, chiar pe baza unui contract legal.)
3. Este absolut necesară cunoașterea reglementărilor legale cu privire la sistemele monitorizate (Legea 218/2002 de organizare și funcționare a poliției, Legea 275/2006 cu privire la executarea pedepselor privative de libertate, Legea drepturilor pacientului nr.46/2003 și Legea sănătății mintale nr.487/2002) precum și regulamentele de aplicare a legilor și regulamentele de ordine internă. Dacă autoritățile invocă *ordine ale miniștrilor de resort*, acestea trebuie puse la dispoziția vizitatorilor.
 4. Se vizitează cel puțin câteva camere/saloane din fiecare secție (în cazul aresturilor poliției, unde sunt puține persoane, se vizitează toate), camerele de izolare și refuz de hrană (în cazul penitenciarelor și, rar, al aresturilor poliției), eventuale cluburi, spații de plimbare, blocul alimentară (dacă există), infirmeriile/sălile de tratament.
 5. După fiecare vizită, trebuie întocmit un raport ce va conține atât constatări cât și sugestii/recomandări. O copie se trimite la instituția vizitată. Raportul este document *public* (de preferință prin postarea pe pagina web). La următoarea vizită, se pornește de la sugestiile/recomandările din raport pentru a vedea dacă au fost – sau nu - puse în aplicare

II. Problematika monitorizării penitenciarelor

Supraaglomerarea

Orice penitenciar are o *capacitate normată* din construcție, exprimată în *numărul de paturi instalate, câte un pat pentru fiecare deținut*. Până la adoptarea Legii 275/2006, norma era de *6 m.cubi de aer pentru fiecare deținut*. De exemplu: într-o cameră de 4m x 4m x 3m (48 m.cubi) puteau fi cazați 8 deținuți în 8 paturi. În raportul Comitetului pentru Prevenirea Torturii (CPT) din cadrul Consiliului Europei după vizita din 1999 în locuri de deținere din România se face o recomandare concretă cu privire la cazarea deținuților și anume *minimum 4 m.pătrați per deținut*. Aceasta înseamnă că în camera menționată ca exemplu pot fi cazați *numai 4 deținuți* (16 m.pătrați), nicidecum 8.

Legea 275 *nu* precizează în mod expres suprafața de deținere pentru fiecare deținut ci doar că “normele minime obligatorii de cazare.... se stabilesc prin ordin al ministrului” (art. 33 alin.4). Nu este, încă, clar *dacă există sau nu un astfel de ordin*. Unele administrații penitenciare susțin că ar aplica deja recomandarea CPT cu privire la cei 4 m. pătrați/deținut. Pentru verificare, se face un calcul simplu: suprafața totală a camerelor de deținere (fără spații comune) raportată la efectivul deținuților.

Este posibil ca, deși per ansamblu cifrele să nu indice supraaglomerare, aceasta să existe la una sau mai multe categorii de regimuri (de maximă siguranță, închis, semideschis, deschis). În astfel de cazuri, administrația penitenciarului poate susține că are prea mulți deținuți care se încadrează, de pildă, la regimul semideschis și prea puțini la celelalte. Indiferent de argumente, *administrația penitenciarului are obligația de a asigura cazarea decentă a fiecărui deținut, cu respectarea strictă a regimului executării pedepsei*.

Asistența medicală

Standardele CPT prevăd că persoanele private de libertate trebuie să beneficieze de o asistență medicală similară celei asigurate persoanelor aflate în libertate. Aceasta ar însemna *medici generaliști și de specialitate, asistenți medicali cu pregătire adecvată, aparatură medicală modernă și o gamă corespunzătoare de medicamente*. În sistemul penitenciar din România sunt 5 spitale, cu condiții acceptabile de tratament medical, cazare și hrană.

În afara spitalelor, fiecare penitenciar are cel puțin un cabinet medical și o infirmerie. Însă numărul personalului medical este insuficient (unu, doi, maximum trei medici, toți generaliști; foarte puțini medici de specialitate; asistenți medicali, de regulă, sub numărul de posturi prevăzute în schemă) ceea ce reduce timpul afectat fiecărei consultații și, implicit, scade calitatea actului medical. *Potrivit Legii 275/2006, personalul medical trebuie să se ocupe exclusiv de deținuți. Până în*

iulie 2007, medicii asigurau asistență și cadrelor de penitenciar și familiilor lor.

Fiecare persoană adusă sau readusă în penitenciar trebuie să fie consultată de un medic în cel mai scurt timp. Rezultatele examenului medical și declarațiile persoanei sunt consemnate în fișa medicală.² *Declarațiile persoanei cu privire la eventuale rele tratamente anterioare ar trebui notate ca atare, indiferent dacă mai există sau nu urme vizibile.*

O Ordonanță din 2003 a Guvernului dă dreptul deținuților de a solicita *contra plată* consultarea de către un medic din afara sistemului penitenciar. Prevederea s-a menținut în Legea 275/2006. *Constatările medicului „străin de penitenciar” trebuie consemnate în fișa de penitenciar.*

Deținuții bolnavi sunt internați fie la infirmeria penitenciarului fie la un penitenciar spital în funcție de gravitatea situației. De la penitenciarul spital, ei pot fi transferați, dacă este necesar, la un spital „civil”. *Atenție. Este interzisă imobilizarea cu cătușe a deținuților bolnavi atât pe durata internării, indiferent de spital, cât și a transportării.* Dacă este absolut necesar, imobilizarea se efectuează cu alte mijloace (bandaje elastice, cămăși de forță etc.) *numai până la calmarea deținutului agitat și numai cu acordul medicului.* Acestea sunt și normele CPT. Legea 275/2006 se limitează doar la *interzicerea cătușelor metalice pe durata spitalizării.*

Alte probleme de avut în vedere :

- accesul deținuților la cabinetul medical *în afara programului întocmit de administrație* (o zi pe săptămână, prin rotație pe camere). Orice deținut poate solicita un consult oricând are nevoie;
- acordarea cu promptitudine a medicamentelor prescrise;
- respectarea confidențialității informațiilor medicale, după aceleași reguli ca în lumea liberă;
- respectarea dreptului deținutului de a refuza un tratament sau o intervenție medicală.

Hrana

Hrana trebuie să fie în cantitate suficientă și de o calitate care să nu pună în pericol sănătatea deținuților. Blocurile alimentare și depozitele de alimente trebuie să respecte cu strictețe regulile de igienă, răspunderea revenind medicilor de penitenciar.

Se recomandă *externalizarea* preparării hranei (se întâmplă deja în câteva penitenciare), ceea ce ar rezolva mai multe probleme: administrația

² Standardele CPT recomandă ca examenul medical să se desfășoare *individual (nu în grupuri) și fără ca supraveghetorii să poată auzi sau vedea ceva.* Dacă medicul solicită totuși prezența supraveghetorilor, aceștia trebuie să stea la o distanță suficientă pentru a *nu auzi* ce se discută, asigurând numai supravegherea vizuală.

penitenciarului nu mai răspunde pentru calitatea mâncării, deținuții primesc porții egale, se elimină suspiciunile deținuților cu privire la deturnări din produsele ce le sunt destinate.

Aspecte ce trebuie avute în vedere dacă hrana se prepară în continuare la blocul alimentar:

- starea de curățenie a bucătăriei și anexelor;
- meniul zilei (dimineață, prânz și cină; hrana diferă pe categorii de deținuți: cei care ies la muncă, staționarii, bolnavii, cei cărora religia le interzice carnea de porc);
- starea spălătorului de vase (din ciment, tablă sau inox, uzat sau nu, apă caldă furnizată permanent sau conform unui program);
- frecvența cu care li se fac analize de laborator celor care lucrează la blocul alimentar.

Activități educative și de intervenție psihosocială³

Ocuparea timpului deținuților cu activități educative și recreative este esențială atât pentru atmosfera generală (inclusiv în relația cu angajații penitenciarului) cât și pentru facilitarea reintegrării în societate după liberare.

Aspecte de interes deosebit:

- numărul deținuților care ies la muncă, în ce domenii și pe ce bază legală;⁴
- programele educative și de intervenție psihologică în desfășurare (subiecte, durată, număr de participanți și din ce categorii fac parte – minori, femei, tineri, primari, recidiviști, condamnați pe viață);
- școlarizare
- cursuri de calificare sau recalificare profesională (domenii, durată, număr de participanți și din ce categorii fac parte.

Atenție. Regulamentul de aplicare a Legii 275 conține o inovație în materie de școlarizare (art.171) și anume: remunerarea deținuților care participă la

³ CPT recomandă ca deținuții să petreacă *minimum 8 ore pe zi în afara camerelor de detenție*. În sistemul penitenciar din România norma este respectată numai în cazul deținuților care ies la muncă, adică mai puțin de o treime din totalul efectivelor la nivelul țării. Restul deținuților stau în camere, „activitățile” rezumându-se la privitul la televizor, la jocuri de șah sau cărți și, mai rar, la citit. Ei sunt scoși din camere până la o oră pe zi în curțile de plimbare (prin Legea 275 perioada a crescut la 3 ore zilnic) și o dată pe săptămână, la cabinetul medical. Se mai practică și „ziua de baie”, tot o dată pe săptămână, cu toate că în cele mai multe penitenciare camerele sunt dotate cu propriul grup sanitar ce include și dușuri. Puțini deținuți sunt incluși în programele educative.

⁴ Criteriul de selectare și repartizare poate fi sursă de inechitate sau chiar discriminare. De exemplu: la penitenciarul de femei Târgșor condiția obligatorie pentru ca deținutele să poată lucra în fabrica de confecții era *să fi absolvit opt clase*. Rata abandonului școlar a crescut mereu începând din 1990 și, prin urmare, deținutele provenind din medii sărace, în principal femeile rome, nu aveau cum să îndeplinească această cerință. Dacă totuși doreau să muncească, singura posibilitate era în agricultură, în condiții mult mai proaste decât în fabrică.

cursuri de școlarizare sau calificare/recalificare la tariful orar corespunzător salariului minim brut pe țară.⁵

- alte activități organizate (de exemplu: campionate, concursuri, ieșiri în grup din penitenciar)
- colaborări cu centrul de probațiune pe județ și cu organizații neguvernamentale locale;
- acces la bibliotecă, la publicații și la programe de televiziune;
- activități specifice ale psihologului.

Judecătorul delegat pentru executarea pedepselor privative de libertate

Instituția judecătorului delegat pentru executarea pedepselor privative de libertate a apărut pentru prima oară în istoria sistemului penitenciar din România prin Legea 275/2006. Rolul său principal este de a supraveghea și controla asigurarea legalității pe durata executării pedepselor.

Aspecte de interes deosebit:

- soluții ale problemelor ridicate de persoanele private de libertate din penitenciar și din aresturile poliției;
- decizii de interceptare a corespondenței vreunui deținut pe baza Legii 275/2006;
- gradul de informare al deținuților/arestaților cu privire la noua instituție;
- dificultăți din punctul de vedere al judecătorului delegat.

Corespondența, convorbirile telefonice, vizitele

Corespondența scrisă este nelimitată. Convorbirile telefonice și vizitele (cu excepția celor cu avocații) au loc conform orarului stabilit de administrația penitenciarului.

Aspecte de interes deosebit:

- inviolabilitatea corespondenței scrise;
- confidențialitatea convorbirilor telefonice;
- confidențialitatea discuțiilor din timpul întâlnirilor cu apărătorii;

Atenție. Confidențialitatea convorbirilor telefonice și a discuțiilor cu avocații presupune amenajarea spațiilor necesare în așa fel încât supravegherea deținuților să fie *exclusiv vizuală*, conform Legii 275/2006.

- spații pentru vizite, inclusiv cel puțin o cameră pentru vizite intime, potrivit Regulamentului de aplicare a Legii 275/2006

⁵ Se aplică regula pentru venitul obținut din muncă: 30% pentru deținut și 70% pentru penitenciar. Dacă deținutul nu absolvă clasa sau cursul *din vina lui*, sumele se recuperează prin ordin de imputare. Deținuții *nu* beneficiază și de reducerea pedepsei cum este cazul pentru cei care muncesc cu contract.

Sanctiuni disciplinare pentru încălcarea regulamentului de ordine interioară (ROI).

Regulamentul de aplicare a Legii 275 conține o lungă listă cu obligațiile (art.62) și interdicțiile (art.63) persoanelor private de libertate. Nerespectarea lor poate rezulta în sancțiuni disciplinare de la „avertisment” la „izolare” de maximum 10 zile sau la trecerea într-un regim mai sever de executare a pedepsei. Numărul și tipul de sancțiuni sunt importante pentru decizia comisiei de liberare condiționată (punerea în libertate a deținuților care au executat o anume fracțiune de pedeapsă și care au un comportament bun), precum și la încadrarea deținuților în cele patru regimuri de executare a pedepsei.

Aspecte de interes deosebit:

- procedura (raport de incident, cercetare, comisia de disciplină cu audierea deținutului și a martorilor, contestare la judecătorul delegat și apoi în instanță);
- includerea tuturor documentelor din timpul procedurii în dosarul de penitenciar individual;
- accesul deținutului la propriul dosar;

Imobilizarea deținuților

Legea 275/2006 prevede că deținuții pot fi *temporar* imobilizați numai „în situații excepționale” clar precizate: pentru a împiedica evadarea sau acte violente; pentru a întrerupe vătămarea corporală a deținutului sau a altei persoane ori distrugerea unor bunuri. *Folosirea lanțurilor este interzisă.*⁶

Aspecte de interes deosebit:

- mijloacele de imobilizare folosite;
- situații în care se recurge la imobilizarea deținuților, pe regimuri de executare a pedepsei;
- informarea prealabilă a directorului penitenciarului sau, în caz de urgență, imediat după, despre imobilizarea unuia sau mai multor deținut(i);
- informarea judecătorului delegat cu privire la utilizarea și încetarea utilizării mijloacelor de constrângere.

1. Vizita în camere și discuțiile cu deținuții

Aspecte de interes deosebit:

⁶ În urmă cu circa 6-7 ani, penitenciarele au fost dotate cu “mijloace de imobilizare sigure”, în fapt tot **lanțuri**, ceva mai ușoare.

- *camerele*: număr de paturi și de deținuți; starea grupului sanitar;
- *activități zilnice, inclusiv durata plimbării* (în principal, cei care nu ies la muncă, femeile și minorii);
- *participarea la programe educative organizate de administrație*;
- *probleme legate de asistența sanitară, inclusiv starea de igienă*;
- *gradul de mulțumire/nemulțumire față de calitatea și cantitatea hranei*;
- *dreptul la corespondență, convorbiri telefonice, vizite și pachete*;
- *perchezițiile în camere și individuale*;
- *sanțiuni disciplinare* (proceduri, natura faptei și sancțiunea aplicată);
- *ieșirea la raport la directorul penitenciarului sau adjuncții săi*;
- *apelarea la judecătorul delegat*.

Atenție. Situația centrelor de reeducare (minori până la 18 ani dar cu posibilitatea extinderii șederii până la 21 de ani. Sunt doar 3 astfel de centre: Găești, Tg.Ocna și Buziaș) **nu este reglementată prin Legea 275**, cu toate că ele sunt, încă, sub autoritatea ANP.

III. Problematika monitorizării aresturilor poliției

Remarca 1 : Pe lângă reținerea polițienească de până la 24 de ore (prevăzută în Constituție și în legea penală), *Poliția Română mai are la dispoziție și o altă formă de privare de libertate, denumită „conducerea la sediul poliției” care poate dura tot până la 24 de ore. Este vorba despre o prevedere din Legea 218/2002 cu privire la organizarea și funcționarea Poliției Române, îndelung contestată dar acceptată de Curtea Constituțională ca fiind „o măsură administrativă” și nu o formă de privare de libertate. Trebuie subliniat faptul că o persoană „condusă” la sediul poliției nu poate părăsi locul după cum dorește și, prin urmare, este privată de libertate. Aceasta este chiar esența definiției privării de libertate din Protocolul Opțional la Convenția Impotriva Torturii a ONU.* Cu privire la „conducere”, s-a înregistrat, totuși, un progres: Codul de procedură penală stabilește că *perioada „conducerii” se deduce din reținerea de 24 de ore.*

Remarca 2: Legea 275 prevede că „organizarea și funcționarea centrelor de reținere și arestare și arestare preventivă se stabilesc prin regulament aprobat prin ordin comun” al miniștrilor internelor și reformei administrației și respectiv al justiției. Până în noiembrie 2007, nu exista un astfel de ordin comun. Așadar, aplicarea Legii 275 este, deocamdată, parțială. Art.82 alin.5 din lege enumeră dispozițiile ce trebuie „aplicate corespunzător” în aresturile poliției: condiții de detenție, drepturi și obligații, muncă, activități educative, culturale, terapeutice, recompense, sancțiuni disciplinare etc.

Standardele Comitetului pentru Prevenirea Torturii (CPT)

CPT subliniază că *riscul de intimidare și de rele tratamente fizice este cel mai mare în perioada imediat următoare privării de libertate*. CPT reliefează *trei drepturi* pe care le consideră esențiale pentru prevenirea unor abuzuri împotriva persoanelor aflate în custodia poliției: a) informarea unor terți, la alegerea lor (familie, prieteni, consulat) despre privarea de libertate; b) dreptul de a avea acces la un avocat și c) dreptul de a cere să fie consultate de doctori la alegerea lor (în plus față de examinarea pe care o fac oricum medicii poliției). *Precizare: CPT pleacă de la premiza că șederea persoanelor private de libertate în aresturile poliției se măsoară în ore sau zile. Cele trei drepturi dar trebuie comunicate persoanei private de libertate și puse imediat în aplicare.*

În sistemul polițienesc românesc, persoana „condusă la sediul poliției” *nu* beneficiază de *niciun drept*, (familia *nu* este anunțată, *nu* poate anunța un avocat, *nu* beneficiază de asistență medicală, *nu* primește hrană, poate doar apă de băut) ceea ce o face, evident, extrem de vulnerabilă.

Odată ajunsă la IPJ (sau la unul din foarte puținele aresturi situate în alte localități decât capitala județului), persoana privată de libertate beneficiază, în principiu, de aproape toate garanțiile cerute de CPT (informarea terților, prezența avocatului, consult medical – *dar numai de către medicul angajat la poliție* – cazare, hrană etc).

Atenție. Dreptul de acces la apărător este asigurat *dar cu problema majoră a nerespectării principiului confidențialității*. Discuțiile dintre arestat și avocat au loc *în prezența supraveghetorului* (care stă în pragul ușii sau imediat alături). Legea 275/2006 prevede explicit că supravegherea trebuie să fie **numai vizuală**.

Probleme specifice aresturilor poliției:

- spre diferență de penitenciare, *nu* se pune problema supraaglomerării. (Totuși, standardul de 4 m.p./arestat ar trebui să înlocuiască vechea normă de 6 m.c de aer);
- *dreptul la asistență medicală*: data primului examen medical obligatoriu (înainte sau după introducerea în arest); periodicitatea consulturilor ulterioare; tratamente și medicație;⁷
- *localizarea multor aresturi în subsol*: lumină naturală insuficientă, becurile aprinse 24 de ore din 24;
- *grupuri sanitare* : dotare, starea de igienă, locație (în camerele de deținere sau baie comună. În acest ultim caz: procedura la scoaterea din camere, frecvență pe durata zilei și a nopții.) *Dependența de disponibilitatea și bunăvoința supraveghetorilor pentru satisfacerea nevoilor fiziologice a persoanelor private de libertate este tratament degradant*;

⁷ Legea 275/2006 prevede dreptul persoanei private de libertate de a cere să fie examinată și de un medic din afara sistemului, inclusiv de un medic legist.

- *existența și amplasarea camerelor de supraveghere video*: în spații comune (coridoare, curți de plimbare) și/sau în camere de deținere;⁸
- *activități educaționale*: spațiul pentru plimbarea zilnică (circa o oră); cărți, ziare, difuzoare în camere și/sau aparate de radio portabile;⁹
- *dreptul la convorbiri telefonice* : procedură, frecvență, durată a convorbirilor; amplasarea telefonului și locul unde stă supraveghetorul pe durata convorbirii; informarea *altor autorități* (de exemplu, parchetul) cu privire la convorbirile telefonice ale arestaților;
- *dreptul la corespondența scrisă*: accesul *direct* al persoanelor private de libertate la cutia poștală a arestului; procedura la expedierea și la primirea corespondenței scrise; informarea *altor autorități* (de exemplu, parchetul) cu privire la corespondența expedită/primită;
- *dreptul la confidențialitatea discuțiilor cu avocații*: locul unde se desfășoară acestea și locul unde stă supraveghetorul (supravegherea trebuie să fie numai vizuală);
- *imobilizarea persoanelor private de libertate la scoaterea din arest*: mijloace de imobilizare folosite (cătușe, lanțuri¹⁰ etc.), categoriile de arestați imobilizați, ¹¹ durata imobilizării (numai în timpul transportului, pe toată durata anchetei la parchet și a procesului în instanță, la examenul medical, la vizite);
- *dreptul la vizite și pachete*: proceduri, inclusiv programare și durată; spațiul pentru primirea vizitelor și pachetelor;¹²
- *sanțiuni disciplinare pentru încălcarea regulamentului de ordine interioară*: proceduri (raport de incident, cercetare, comisie de disciplină, apel la judecătorul delegat și apoi în justiție); natura sancțiunilor (avertisment, mustrare, suspendare a dreptului la vizite și pachet pe anumite perioade, izolare).

⁸ În arestul IPJ Argeș, sistemul de supraveghere video a fost instalat *în camerele de deținere*, ceea ce este inacceptabil pentru că se încalcă dreptul la intimitate.

⁹ Nu sunt permise televizoarele. Există o singură excepție: un arest din București, considerat a fi "al parchetului".

¹⁰ Legea 275/2006 *interzice folosirea lanțurilor*.

¹¹ Legea 275/2006 precizează că imobilizarea cu cătușe sau alte mijloace se aplică numai în situații excepționale în care o persoană ar prezenta un pericol real. În aresturile poliției, încătușarea la scoaterea din arest este *regula*, inclusiv cu privire la *minorii* (de exemplu, secția 22 de Poliție București).

¹² În aresturi – ca și, de dată recentă, în penitenciare – nu este permisă primirea pachetelor expediate prin poștă.

IV. Problematika monitorizării instituțiilor/serviciilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale

Punctajul tematic propus în cele ce urmează pentru monitorizarea instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale este unul maximal și ia în considerare inclusiv standardele Protocolului opțional la Convenția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante (inclusiv standardele cuprinse în Protocolul opțional s-a făcut în principal în considerarea faptului că România a semnat acest Protocol și este destul de probabil că îl va și ratifica).

Este recomandabil ca acțiunile de monitorizare ale organizațiilor neguvernamentale să fie focalizate, la modul concret, către problematica cu impactul cel mai mare asupra activității fiecărei instituții în parte, respectiv asupra implementării celor mai importante reglementări privind respectarea fără discriminări a drepturilor și libertăților persoanelor aflate în aceste instituții, cum ar fi: dreptul acestora de a fi respectate ca persoane umane, fără nici o discriminare; drepturile acestora ca pacienți și ca persoane a căror reintegrare socială trebuie să constituie o preocupare constantă și prioritară; dreptul persoanelor care pretind că au fost supuse torturii sau altor tratamente inumane sau degradante de a formula plângeri, corelativ cu obligația autorităților de a examina și soluționa aceste plângeri; dreptul persoanelor din aceste instituții de a nu fi internate nevoluntar decât strict în conformitate cu reglementările legale speciale; dreptul persoanelor din aceste instituții de a nu le fi restrânsă libertatea de mișcare decât în strictă conformitate cu reglementările legale speciale; dreptul persoanelor la condiții de cazare, echipare, igienă și hrănire cât se poate mai decente etc. La finalul acestei secțiuni autorii recomandă o tematică în 10 puncte, pe care o consideră cea mai relevantă – și practic minimal obligatorie – pentru orice acțiune de monitorizare a instituțiilor/serviciilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale.

Punctajul tematic în forma sa maximală poate să constituie un instrument util cu precădere mecanismului național independent preconizat a fi constituit în conformitate cu cerințele Protocolului opțional (în eventualitatea că România va ratifica Protocolul) în scopul examinării în mod regulat a tratamentului aplicat persoanelor internate în instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități.

Sugestii de ordin practic (tematice și metodologice), utile în monitorizarea instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale, pot fi desprinse și din Rapoartele de până la această dată ale Centrului de Resurse Juridice, documente care pot fi accesate la <http://www.crj.ro/pledinarie.php>.

III.1 Accesul în instituțiile medico-sociale a organizațiilor neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale

a) asigurarea accesului la toate informațiile referitoare la numărul persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea lor;

b) asigurarea accesului, cu consimțământul persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale ori al reprezentanților lor legali, la informațiile privind starea acestora, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul și tratamentul medical¹³;

Aspecte de interes: Legea sănătății mintale (art 28 și 29) prevede că tratamentul și îngrijirile medicale acordate persoanelor cu tulburări psihice se bazează pe „un program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie și aplicat de către personal calificat”; în alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină „consimțământul informat al pacientului”; medicul poate institui tratamentul fără consimțământul pacientului numai în situațiile în care pacientul: are un comportament prin care reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane; nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical; a fost pus sub interdicție în urma unei proceduri juridice anterioare și s-a instituit tutela; este minor, medicul fiind obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului personal sau legal al pacientului; consimțământul informat al pacientului este consemnat într-un formular tipizat care este prezentat în Anexa la Ghid.

c) asigurarea accesului la toate locurile în care se află persoanele din instituțiile medico-sociale și la instalațiile și amenajările din incinta acestora;

d) asigurarea posibilității de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate, fără martori¹⁴, precum și cu orice altă persoană despre care se consideră că poate furniza informații pertinente;

Comentariu: numeroase acțiuni de monitorizare anterioare au evidențiat ca pe o practică aproape curentă a personalului din aceste instituții – nejustificată în raport cu natura și obiectivele acțiunilor de monitorizare – cerința de a participa la întrevederile cu rezidenții, uneori existând o puternică impresie că lucrul acesta se întâmplă pentru ca aceștia să fie descurajați să abordeze deschis problemele pe care vor să le semnaleze vizitatorilor..

¹³ în conformitate cu prevederile art 21 și 22 din Legea drepturilor pacientului nr 46/2003 și ale art 24 din Norma din 10 aprilie 2006 (publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr 373 din 2 mai) de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr 487/2002, cu modificările ulterioare

¹⁴ în conformitate cu art 20 litera (d) din Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

e) asigurarea libertății de a alege locurile care urmează să fie vizitate, fără obligativitatea anunțării prealabile, precum și a persoanelor cu care urmează a se purta discuții;

Comentariu: unele acțiuni de monitorizare anterioare au evidențiat ca pe o practică a responsabililor unor instituții cerința ca vizitele să fie anunțate în prealabil; cerința este nejustificată și de natură să afecteze caracterul inopinat al acțiunilor de monitorizare și realitatea constatărilor și concluziilor acestora; obiecțiile referitoare la vizitarea unei anumite instituții ar putea fi justificate numai din motive urgente și imperative ce țin de apărarea națională, siguranța publică, calamități sau tulburări grave la locul de vizitat, care împiedică în mod temporar desfășurarea vizitei (în sensul acesta sunt, cu titlu de exemplu, și prevederile Protocolului opțional la Convenția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante – art 14 paragraful 2).

f) respectarea principiului potrivit căruia nici o autoritate și nici un funcționar nu va dispune, aplica, permite sau tolera vreo sancțiune împotriva vreunei persoane pentru fapta de a fi comunicat reprezentanților organizațiilor neguvernamentale orice informație, fie ea adevărată sau falsă (nici o autoritate și nici un funcționar nu va amenința, intimidă în orice mod sau sustrage nevoluntar vreo persoană de la întreprinderile cu reprezentanții organizațiilor neguvernamentale)¹⁵.

Comentariu: acțiuni de monitorizare anterioare ale Centrului de Resurse Juridice semnalat cazuri în care responsabilii unor instituții medico-sociale au încercat să împiedice persoane internate în instituție să aibă întreprinderi cu reprezentanții CRJ și/sau să le intimideze să comunice informații referitoare la situația și activitatea din aceste instituții; o practică ce ar putea să evite asemenea situații este aceea prin care monitorii aleg ei înșiși secțiile/saloanele/camerele vizitate și urmăresc ca la momentul vizitei toate persoanele internate să fie prezente; este recomandabil de asemenea ca întreprinderile să aibă loc în absența reprezentanților instituției.

¹⁵ în conformitate cu art 21 paragraful 1 din Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

III.2 Mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale

a) - respectarea dreptului la petiționare al persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale¹⁶, asigurarea dreptului persoanelor care pretind că au fost supuse torturii sau altor tratamente inumane sau degradante de a formula plângeri¹⁷, respectiv examinarea și soluționarea de către autoritățile publice competente a plângerilor formulate¹⁸;

Aspecte de interes:

- existența și actualizarea Registrului special pentru înregistrarea plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora
- dacă conducerea instituției răspunde în scris la plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților
- dacă în Registru este consemnată modalitatea de soluționare a plângerilor
- percepția persoanelor aflate în instituții cu privire la respectarea dreptului lor la petiționare

Comentariu: numeroase acțiuni de monitorizare anterioare au evidențiat că prevederile legale în materia dreptului la petiționare sunt tratate formal; în numeroase cazuri rezidenții se tem să facă sesizări și plângeri din cauza consecințelor pe care le-ar suporta din partea personalului; nu există proceduri clare pentru cazurile în care rezidenții – persoane cu nevoi speciale – doresc să adreseze petiții unor alte instituții/autorități publice, organizații neguvernamentale, instituții de presă

b) - asigurarea protecției reclamantului și a martorilor împotriva oricărei intimidări datorită plângerii depuse sau dovezilor furnizate¹⁹;

c) - asigurarea protecției personalului din instituțiile medico-sociale pentru persoanele cu dizabilități mintale care semnalează încălcări ale legii²⁰;

Comentariu: cu ocazia unor acțiuni anterioare de monitorizare au fost semnalate cazuri în care, din cauza unui stil de muncă mai autoritar și mai netransparent al conducerii, personalul s-a dovedit destul de reținut în a discuta cu vizitatorii și a le expune problemele cu care se confruntă. au existat chiar și cazuri în care, ulterior vizitelor, conducerile instituțiilor au dispus măsuri disciplinare împotriva personalului care a semnalat încălcări ale legii; sub acest aspect este important să fie cunoscute și respectate prevederile Legii nr 571/2004, care în general asigură o protecție eficientă personalului din instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii.

¹⁶ în conformitate cu prevederile art 51 din Constituția României, ale OG nr 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr 233/2002 și ale art 25 al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

¹⁷ în conformitate cu art 13 al Convenției ONU împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

¹⁸ în conformitate cu art 13 al Convenției ONU împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

¹⁹ în conformitate cu art 13 al Convenției ONU împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante, respectiv art 21 al Protocolului opțional la Convenția pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

²⁰ în conformitate cu prevederile Legii nr 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, instituțiile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii

d) - asigurarea accesului persoanelor din instituțiile medico-sociale la informațiile cu privire la: datele de contact ale autorităților publice cu competențe legale în promovarea și apărarea sănătății mintale²¹, ale celor cu competențe de cercetare penală a faptelor de încălcare a drepturilor persoanelor din aceste instituții precum și ale organizațiilor neguvernamentale de protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale și ale principalelor instituții de presă

Comentariu: în considerarea bunelor practici existente de la nivelul unor instituții medico-sociale precum și a faptului că în aceste instituții se află persoane cu nevoi speciale, este necesar ca rezidenților să le fie asigurat accesul la tabele de evidență ale unor asemenea instituții, cu datele lor de contact, cum ar fi cele ale Ministerului Sănătății Publice, autorităților județene de sănătate publică, consiliilor județene, direcțiilor generale județene pentru asistența și protecția copilului, Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului, Inspecției Sociale, Poliției, Parchetului etc.

²¹ prevăzute, în principal, la art 1 al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

III.3 Respectarea celorlalte drepturi ale persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale

a) - implementarea dispozițiilor legale potrivit cărora la internare persoanele din instituțiile medico-sociale trebuie imediat informate asupra identității și statutului profesional al personalului de îngrijire care le acordă asistență și asupra drepturilor pe care le au și a regulamentului de ordine interioară; medicul psihiatru trebuie să aducă la cunoștința persoanelor care sunt alternativele de tratament și îngrijire, riscurile și efectele adverse ale aplicării programului terapeutic individualizat²²;

Aspecte de interes: pe timpul întrevederilor cu persoanele internate se va urmări dacă acestora le este respectat, în principal în conformitate cu art 36 al Legii sănătății mintale nr 487/2002, dreptul la:

- recunoașterea de drept ca persoană
- viața particulară
- libertatea de comunicare, de a trimite și de a primi comunicări particulare fără nici un fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant personal sau legal, ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, la ziare și alte publicații, la radio și la televiziune
- libertatea religioasă sau de convingere
- mediul și condițiile de viață trebuie să fie cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare.
- pacienții nu pot fi obligați să presteze o muncă
- activitatea din instituție a unui pacient nu trebuie să permită exploatarea sa fizică sau psihică

b) - respectarea drepturilor persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale de a cere și de a obține o altă opinie medicală²³

Comentariu: cu titlul de bună practică este necesar ca persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale să le fie puse la dispoziție liste cu medici, și cu datele de contact ale acestora, cărora se pot adresa pentru a obține o a doua opinie medicală.

c) - respectarea dreptului și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara instituției medico-sociale²⁴;

d) - respectarea prevederilor legale privind aplicarea măsurilor de restrângere a libertății de mișcare a persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale (conținționarea și izolarea acestora)²⁵;

Aspecte de interes:

- măsura izolării se ia numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit inefficientă pentru protejarea pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înșiși sau pentru alte persoane; măsura se ia numai dacă instituția dispune de o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop; încăperea trebuie să

²² în conformitate cu art 36 al Legii sănătății mintale nr 487/2002 și art 19 al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

²³ în conformitate cu art 11 al Legii drepturilor pacientului nr 46/2003

²⁴ în conformitate cu art 33 al Legii drepturilor pacientului nr 46/2003

²⁵ în conformitate cu art 20 – art 22 ale Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită, să aibă acces la toaletă și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat; nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpere mai multe persoane; măsura trebuie revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore; măsura poate fi dispusă doar de medic și trebuie menționată în Registrul măsurilor de conținționare și izolare și în foaia de observație a pacientului; măsura nu poate fi folosită ca pedeapsă

- măsura conținționării (imobilizării) constă în restricționarea libertății de mișcare pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale; măsura poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți și numai dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare; măsura nu poate fi nici ea folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal ori de tratament și trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii; conținționarea poate fi făcută pe baza dispoziției scrise a medicului; acesta trebuie să detalieze factorii care au condus la conținționare și să specifice natura conținționării; măsura nu poate dura mai mult de 4 ore și se înscrie în foaia de observație a pacientului și în Registrul măsurilor de conținționare și izolare aplicate pacienților; pe tot timpul conținționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranță sunt îndeplinite

- au existat și există numeroase cazuri în care instituțiile nu au Registrul prevăzut de lege pentru consemnarea măsurilor de conținționare și izolare.

Comentariu: numeroase acțiuni de monitorizare precedente au evidențiat faptul că multe dintre deficiențele întâlnite s-au datorat în primul rând necunoașterii prevederilor legale amintite (Norma Ministerului Sănătății Publice din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale fie este necunoscută sau este cunoscută deficitar, fie este considerată o reglementare secundară ale cărei prevederi ar putea să fie mai puțin imperative decât cele ale Legii în aplicarea cărora au fost adoptate).

e) - respectarea dispozițiilor legale cu privire la internarea nevoluntară a persoanelor care suferă de tulburări psihice²⁶;

Aspecte de interes:

- dacă a fost adoptat Ordinul Ministrului Sănătății de desemnare a unităților autorizate să efectueze internări nevoluntare

- dacă în instituție există persoane internate nevoluntar

- în caz afirmativ dacă solicitarea internării nevoluntare a fost formulată și semnată de una dintre persoanele prevăzute la art. 47 din Legea sănătății mintale (medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care are în îngrijire persoana; familia persoanei; reprezentanții serviciilor abilitate ale administrației publice locale; reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor); dacă motivele solicitării internării nevoluntare au fost certificate sub semnătură de către persoanele care au solicitat internarea (cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea de internare nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute); dacă decizia de internare nevoluntară a fost confirmată în termen de cel mult 72 de ore de către o comisie de revizie prevăzută de art 52 al Legii sănătății mintale și dacă această comisie a examinat periodic pacientul internat nevoluntar; dacă decizia de internare nevoluntară a fost notificată în cel mult 24 de ore parchetului; dacă persoanei internate nevoluntar (reprezentantului personal sau legal) i-a fost asigurat dreptul de contestare în instanță a măsurii internării nevoluntare; dacă în unitate există și este actualizat cu datele prevăzute de art 33 alin 2 din Norma de aplicare a Legii sănătății mintale registrul unic de evidență centralizată a acestor cazuri.

f) - asigurarea condițiilor corespunzătoare de cazare, echipare, igienă și hranire a persoanelor (implementarea normei legale potrivit căreia pentru îngrijiri de lungă

²⁶ în conformitate cu Cap V, Secțiunea 2 din Legea sănătății mintale și cu art 27 – art 34 ale Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

durată pentru persoane cu probleme severe și persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector compartimente sau secții care nu pot avea mai mult de 40 de paturi²⁷); asigurarea a câte unui pat și a cel puțin 4 mp suprafață de cazare pentru fiecare persoană²⁸;

Aspecte de interes: experiența multianuală a acțiunilor de monitorizare organizate de către Centrul de Resurse Juridice recomandă examinarea în concret, cu ocazia vizitelor de monitorizare, a asigurării normelor legale de hrană, igienă și echipare persoanelor din instituțiile medico-sociale.

g) - asigurarea dreptului persoanelor de a trimite și primi corespondență în condițiile garantării inviolabilității secretului acesteia²⁹, precum și asigurarea accesului la presă și la emisiunile de televiziune și de radio³⁰;

Aspecte de interes:

- în considerarea faptului că persoanele aflate în instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale sunt asimilate persoanelor private de libertate³¹, se impune ca acestora să le fie asigurată gratuitatea corespondenței scrise și a unui număr de convorbiri lunare telefonice (în acest scop este necesară instalarea de posturi telefonice publice în incinta instituțiilor medico-sociale sau asigurarea accesului persoanelor din instituții la posturile telefonice publice din comunitate)

- este necesar de asemenea ca persoanele să aibă acces nemijlocit la cutiile poștale ale Companiei Naționale Poșta Română.

h) - asigurarea dreptului la servicii de reabilitare, programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație³²;

Aspecte de interes: se va urmări de asemenea, în principal pe baza prevederilor Legii sănătății mintale nr 487/2002 (art 36 alin 3), respectarea regulilor potrivit cărora pentru petrecerea timpului liber orice persoană internată are dreptul la:

- mijloace de educație
- posibilitatea de a cumpăra sau de a primi articolele necesare vieții zilnice, distracțiilor sau comunicării

- mijloace care să-i permită să se consacre unor ocupații active, adaptate mediului său social și cultural și măsuri de readaptare profesională de natură să ușureze reinsertia în societate.

²⁷ în conformitate cu art 9, alin (3) al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

²⁸ în conformitate cu recomandările Comitetului european pentru prevenirea torturii (CPT)

²⁹ în conformitate cu prevederile art 28 din Constituția României și art 59, lit b) din Legea sănătății mintale

³⁰ în conformitate cu art 59, lit c) din Legea sănătății mintale

³¹ în conformitate cu art 4 paragraful 2 din Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante

³² în conformitate cu art 12, lit d) al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale

i) - respectarea exercitării libere a credinței religioase și a dreptului de vot pentru persoanele care nu se află într-o situație de restrângere a drepturilor cetățenești³³;

j) - asigurarea normelor de încadrare a echipelor terapeutice din sectoarele psihiatrice pentru adulți, respectiv copii și adolescenți³⁴ și a calificării profesionale corespunzătoare a personalului;

³³ în conformitate cu art 59, lit d) și e) din Legea sănătății mintale

³⁴ În conformitate cu dispozițiile art 14 al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale, „(1) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru adulți cuprinde: a) 8 norme întregi pentru psihiatri; b) 40 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie; c) 4 norme întregi pentru psihologi clinicieni; d) 5 norme întregi pentru asistenți sociali; e) alt personal. (2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru copii și adolescenți cuprinde: a) 4 norme întregi pentru psihiatri; b) 20 de norme întregi pentru asistente de psihiatrie; c) 2 norme întregi pentru psihologi clinicieni; d) 3 norme întregi pentru psihopedagogi; e) 3 asistenți sociali; f) alt personal”.

Foarte important!

- tematica în 10 puncte, cel mai relevante, pentru orice acțiune de monitorizare -

1. – identificarea și examinarea eventualelor cazuri/plângeri de tortură, tratamente inumane sau degradante;
2. - asigurarea condițiilor de cazare, echipare, igienă și hrănire;
3. - asigurarea tratamentului și îngrijirilor medicale;
4. - asigurarea dreptului persoanelor de a cere și de a obține o altă opinie medicală și de a beneficia de servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara instituției medico-sociale;
5. - respectarea dispozițiilor legale cu privire la internarea nevoluntară a persoanelor care suferă de tulburări psihice;
6. - respectarea prevederilor legale privind aplicarea măsurilor de restrângere a libertății de mișcare a persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale (conținerea și izolarea acestora);
7. - asigurarea dreptului la servicii de reabilitare, programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație;
8. - asigurarea normelor de încadrare a echipelor terapeutice din sectoarele psihiatrice pentru adulți, respectiv copii și adolescenți și a calificării profesionale corespunzătoare a personalului;
9. - respectarea dreptului la petiționare al persoanelor aflate în instituțiile medico-sociale, asigurarea dreptului persoanelor care pretind că au fost supuse torturii sau altor tratamente inumane sau degradante de a formula plângeri, respectiv examinarea și soluționarea de către autoritățile publice competente a plângerilor formulate;
10. - asigurarea dreptului persoanelor de a trimite și primi corespondență în condițiile garantării inviolabilității secretului acesteia, precum și asigurarea accesului la presă și la emisiunile de televiziune și de radio.

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT
asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru
participarea la procesul educațional medical
(Anexa 1 din Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale)

Subsemnatul m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnostică sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- diagnosticul și modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele diagnostice și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiierilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

Am citit (mi s-a citit), am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

.....
(semnătura pacientului)

Reprezentant personal/legal,
.....
(numele, prenumele și semnătura)

Medic curant,
.....
(semnătura și parafa)