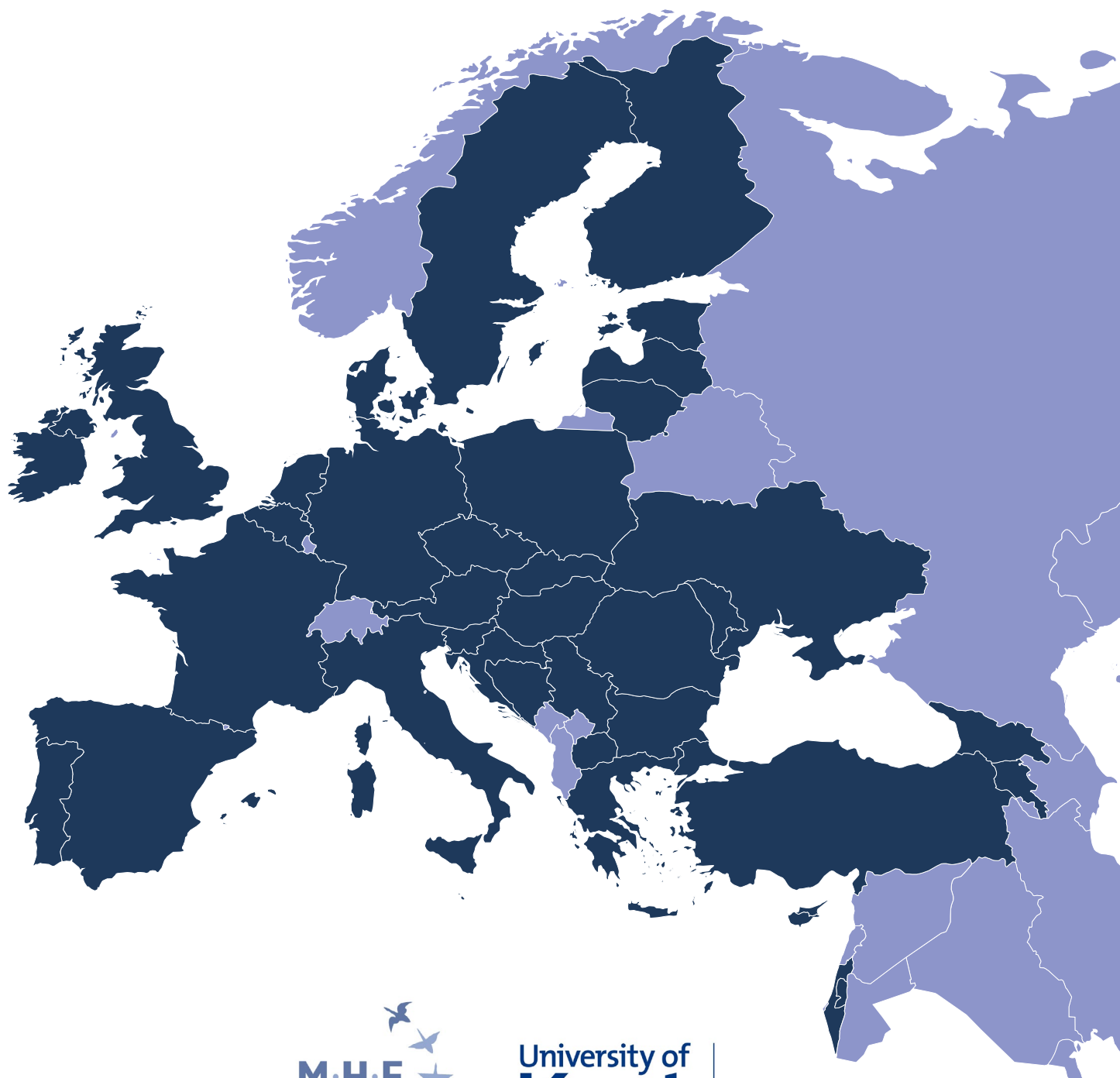

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

REZUMAT

Acest raport, intitulat „Cartografierea și înțelegerea excluderii - servicii și practici instituționale, coercitive și comunitare în Europa”, este o ediție nouă și extinsă a Raportului privind Cartografierea Excluderii realizat de Mental Health Europe în 2012. Raportul a fost realizat de Universitatea Kent împreună cu Mental Health Europe (MHE), cu ajutorul membrilor MHE și al organizațiilor partenere și cu sprijinul Open Society Mental Health Initiative și al Programului Uniunii Europene Drepturi, Egalitate și Cetățenie. Raportul urmărește să adune informații actualizate și mai cuprinzătoare cu privire la legile țărilor europene privind sănătatea mintală, folosirea plasamentelor și tratamentelor involuntare sau forțate, practicile de izolare și conținere, precum și problemele apărute în domeniul sănătății mintale în Europa. În cartografierea sistemelor de sănătate mintală în Europa, raportul scoate la lumină și situația drepturilor omului pentru persoanele care utilizează servicii de sănătate mintală și persoanele cu dizabilități psihosociale. De data aceasta se pune un accent deosebit pe poveștile persoanelor care au experimentat instituționalizarea și coerciția în serviciile de sănătate mintală, cu speranța că acestea vor contribui la o înțelegere mai profundă a excluziunii cu care se confruntă acești oameni în societate.

Raportul arată că, deși situația descrisă în 2012 s-a schimbat într-o oarecare măsură, există încă un număr considerabil de persoane cu probleme de sănătate mintală care trăiesc în instituții din întreaga Europă și care au nevoie de servicii comunitare. Deși au avut loc reforme, raportul arată că există mai multe bariere, cum ar fi slaba cooperare între autoritățile sociale și de sănătate, lipsa serviciilor comunitare care respectă drepturile omului, transinstituționalizarea și austeritatea. În plus, în ultimii ani, dezinstituționalizarea a fost zăgrăvită ca o problemă a Europei Centrale și de Est, însă instituțiile există și în multe țări occidentale, inclusiv Franța, Belgia, Irlanda, Olanda, Portugalia și Germania, unde încă trăiesc zeci de mii de persoane cu probleme de sănătate mintală și unde se face puțin în legătură cu această situație. În Europa Centrală și de Est, implementarea programelor de dezinstituționalizare finanțate de UE a fost lentă și există date puține cu privire la rezultatele efective ale acestor programe pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală.

Mărturiile personale, care ne-au fost trimise prin bunăvoința unor persoane care au trăit experiența măsurilor coercitive și care au fost adunate pentru acest raport, arată că plasarea și tratamentul involuntar pot avea efecte devastatoare și pe termen lung asupra vieții oamenilor. Lipsa de informații înainte și în timpul instituționalizării, condițiile fizice proaste, medicația forțată cu efecte secundare severe, absența asistenței juridice, vătămările fizice și emoționale, izolarea socială și fizică și stigmatizarea, toate sunt prezentate în mărturiile personale ale foștilor utilizatori și supraviețuitori.

În raportul precedent, Cartografierea Excluderii, din 2012, mai multe țări au planificat sau au implementat reforme progresive - și promițătoare - reforme privind exercitarea capacității juridice. Cu toate acestea, raportul nostru a constatat că, până în 2017, doar unele țări și-au schimbat efectiv legile relevante, iar implementarea practică a măsurilor care să asigure accesul persoanelor cu dizabilități la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacității lor juridice rămâne un deziderat aproape pretutindeni. În ansamblu, dovezile adunate în acest raport arată că problemele legate de drepturile omului cu care se confruntă persoanele cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități psihosociale, atât în interiorul, cât și în afara serviciilor de sănătate mintală, ar trebui să provoace mereu o mare îngrijorare.

RECOMANDĂRI

Pe baza raportului, am reunit următoarele recomandări:

1. Statele care nu au făcut acest lucru, ar trebui să adopte strategii holistice de dezinstițuționalizare în parteneriat cu organizații reprezentative ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități psihosociale și alți actori relevanți, care respectă standardele în domeniul drepturilor omului, aducând împreună toate ministerele și sectoarele relevante inclusiv sănătate, îngrijire socială și ocuparea forței de muncă și care sunt susținute de investiții adecvate pentru a asigura durabilitatea tranziției către servicii comunitare de sănătate mintală și de sprijin orientate spre recuperare și respectarea drepturilor omului.

2. Pentru a reduce coerciția în serviciile de sănătate mintală, statele europene ar trebui să:

- Adopte politici care vizează reducerea imediată a coerciției în serviciile de sănătate mintală și care, în cele din urmă, elimină astfel de practici în totalitate, în conformitate cu standardele în domeniul drepturilor omului. Politicile și practicile ar trebui să se concentreze, de asemenea, pe: furnizarea de informații oamenilor și familiilor acestora cu privire la drepturile și sănătatea lor; îmbunătățirea comunicării dintre echipele comunitare și cele din spitale; folosirea „viziuni zero”, proceduri de de-escaladare și alte tehnici; înființarea unităților mobile ambulatorii; și oferirea de cursuri de formare în domeniul drepturilor omului pentru utilizatori și personal, cu un accent special pe Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CNU DPD) și consimțământul informat;

- Sprijine capacitatea (ex)utilizatorilor de servicii psihiatrice și persoanelor cu dizabilități psihosociale și organizațiilor lor reprezentative și să se asigure că aceștia își cunosc drepturile și pot participa la luarea tuturor deciziilor care privesc viețile lor în conformitate cu Art. 33 al CNU DPD;

- Treacă la sisteme de luarea de decizii asistată mai degrabă decât luarea de decizii de către reprezentant, în conformitate cu Articolul 12 din CNU DPD, inclusiv prin modificarea legislației privind exercitarea capacității juridice și sănătatea mintală, precum și crearea de servicii de sprijin și extinderea practicilor promițătoare;

- Documenteze și să raporteze în mod corespunzător toate incidențele utilizării plasamentului și tratamentului involuntar, izolării și coerciției și motivele utilizării acestora și să facă publice aceste date;

3. În conformitate cu Articolul 31 din CNU DPD, statele ar trebui să documenteze plasamentele instituționale

și să facă publice statisticile. Asemenea statistici ar trebui detaliate pentru a conține date privind numărul de plasamente, tipul instituției, durata, motivele plasamentului, precum și caracteristicile demografice, cum ar fi vârsta și sexul.

4. În conformitate cu Articolul 8 al CNU DPD, statele ar trebui să investească în programe anti-stigmatizare la nivel de populație, bazate pe dovezi. Campaniile de advocacy și sensibilizare, atât la nivel național cât și la nivel local, ar trebui să fie întotdeauna parte integrantă a reformelor din domeniul sănătății mintale, a strategiilor de dezinstițuționalizare și a implementării acestora.

5. Statele trebuie să introducă scheme bugetare proprii pentru a sprijini dezinstițuționalizarea și viața independentă și comunitară. Statele care au deja astfel de scheme ar trebui să se asigure că acestea sunt disponibile, în mod egal, persoanelor cu dizabilități psihosociale și altor persoane cu dizabilități.

6. Statele trebuie să monitorizeze mai bine programele de dezinstițuționalizare și să adune date pentru a se asigura că persoanele cu probleme de sănătate mintală beneficiază de reforme și că alternativele create prin aceste programe susțin efectiv traiul independent și comunitar, în conformitate cu Articolul 19 din CNU DPD.

7. Uniunea Europeană (UE) ar trebui să asigure continuarea unui sprijin vital pentru tranziția de la servicii instituționale la servicii comunitare în Cadru Financiar Multiannual post-2020, asigurând în același timp consolidarea, extinderea și monitorizarea eficientă a condițiilor din regulamentele care guvernează utilizarea fondurilor și faptul că procesele de finanțare sunt simplificate și reformate pentru a se asigura că toate fondurile sunt utilizate pentru a obține cel mai mare impact posibil și într-o manieră care respectă standardele privind drepturile omului.

8. Eforturile la nivelul UE ar trebui să fie completate de schimbul de informații și de experiență din domeniul sănătății mintale între țări, inclusiv urmărirea Acțiunii Comune privind Sănătatea Mintală și Bunăstarea (Joint Action on Mental Health and Well-being) și Busola UE privind sănătatea mintală și bunăstarea (EU Compass on mental health and well-being).

9. UE ar trebui să acorde finanțare pentru cercetarea privind alternativele la conțenționare, pentru sporirea practicilor promițătoare privind luarea de decizii asistată, precum și pentru capacitatea utilizatorilor de servicii și a persoanelor cu dizabilități psihosociale.

ROMÂNIA

INFORMAȚII DESPRE ȚARĂ

- **Populație: 19,638,309 (Eurostat, 2017)**
- **Semnată CNU DPD: DA, ratificare CNU DPD: DA**

Notă privind terminologia: legislația română se referă la „persoane cu dizabilitate mintală” care, pe lângă persoanele cu probleme de sănătate mintală pe termen lung și dizabilități psihosociale, includ și persoanele cu dizabilități intelectuale și de dezvoltare (precum autismul). În legislație se folosește terminologia „persoane cu dizabilități psihice”. Legea sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice (nr. 487/2002) definește dizabilitatea psihică ca „incapacitatea [...] de a face față vieții în societate, situația decurgând direct din prezența tulburării psihice” (Art. 5/i). De aceea acest profil de țară va folosi terminologia „dizabilități mintale și psihice” pentru a reflecta terminologia originală și nu termenii „probleme de sănătate mintală și „dizabilitate psihosocială” folosiți în alte părți în raport.

REZUMAT GENERAL

România încă mai are un sistem de sănătate mintală și asistență socială predominant instituțional deși dezinstituționalizarea a fost mulți ani pe agendă și este în curs de desfășurare. Problemele cheie cu care se confruntă serviciile de sănătate mintală și de asistență socială din România sunt:

- ○ lipsă de personal calificat precum psihiatri, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali;
- Infrastructură și condiții fizice sărace;
- Lipsa instruirii personalului care lucrează cu persoanele cu probleme de sănătate mintală;
- Atitudinea specialiștilor și a personalului față de persoanele cu probleme de sănătate mintală;
- Abuzuri ale drepturilor omului, incapacitarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- Implementarea neadecvată sau lipsa implementării legislației existente, inclusiv implementarea CNU DPD. Conform Legii nr. 8/2016 privind stabilirea mecanismelor prevăzute de CNU DPD s-a înființat Consiliul de Monitorizare .

INFORMAȚII DETALIAȚE

Instituții și spitale de psihiatrie

În România, o mare parte din persoanele cu dizabilități psihice trăiesc în diferite tipuri de instituții de asistență socială sau spitale de psihiatrie (sub coordonarea Ministerului Sănătății).

Secțiile de psihiatrie din spitalele generale sau spitalele universitare sunt principalul tip de îngrijire psihiatrică în România, de obicei pentru persoanele cu probleme mai puțin severe. Spitalele de psihiatrie cronice asigură îngrijire pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală pe termen lung și/sau severe.



Conform Eurostat, numărul paturilor de psihiatrie în România a fost de 16.503 în 2014. Acesta reprezintă o ușoară scădere comparativ cu numărul de paturi la sfârșitul anilor 2010 (OMS, 2011). Majoritatea acestor paturi se află mai degrabă în spitale de psihiatrie decât în secții de psihiatrie ale spitalelor generale. Mărimea spitalelor de psihiatrie variază de la 50 de paturi la 1.250 de paturi. Aproximativ 50% din aceste paturi se află în spitale mari. Mărimea secțiilor de psihiatrie în spitalele generale este mult mai mică (minim 21, maxim 300). Aproape două treimi din paturi sunt pentru pacienți acuți și restul pentru persoane cu probleme de sănătate mintală pe termen lung (Sfetcu, 2017).

Datele privind instituțiile de asistență socială se referă la sfârșitul anului 2016 și includ toți adulții cu dizabilități mintale sau psihice. Cele mai multe instituții de asistență socială găzduiesc grupuri mixte de persoane vulnerabile, inclusiv persoane în vârstă, adulți cu dizabilități intelectuale și psihice, uneori chiar și persoane cu alte tipuri de dizabilități. Se estimează că cel puțin 8% din persoanele cu dizabilități mintale și psihice sunt instituționalizate.

Deși nu există informații privind durata șederii, dovezile anecdotice sugerează că o mare parte din oameni își petrec întreaga viață în aceste instituții. Raportul Institutului de Politici Publice București privind implementarea CNU DPD pentru anul 2014 arată că motivul principal pentru părăsirea sistemului rezidențial de asistență socială (2014, pentru toate tipurile de dizabilități) rămâne moartea (76%), iar această proporție crește anual (deoarece populația din instituții îmbătrânește). Al doilea cel mai frecvent motiv a fost integrarea / reintegrarea în familie, însă acesta a reprezentat doar 16% din total.

Tipul instituției	Număr de unități	Număr de locuri/paturi (utilizatori)	Sursa de finanțare
Spitale de psihiatrie	39	8.107	Public
Secții de psihiatrie în spitale generale	n. a.	7.709	
Instituții de asistență socială, din care:			
- Centre de criză	2	(34)	Public
- Centre de Asistență și Îngrijire	115	(4,159)	Public
- Centre de Integrare prin Terapie Ocupațională	17	(1,007)	1 unitate public-privat
- Centre Pilot pentru Recuperarea și Reabilitarea Persoanelor cu Dizabilități	3	(162)	
- Centre de Instruire pentru Viață Independentă	2	(20)	Public
- Centre de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică	67	(5,135)	1 unitate public-privat
- Centre pentru Recuperarea și Reabilitarea Persoanelor cu Dizabilități	64	(2,565)	2 unități public-privat
- Respite Centre	3	(10)	Public
- Locuințe protejate	115	(775)	16 unități public-privat

Raport privind rezultatele proiectului REFINEMENT. Disponibil la: http://cordis.europa.eu/result/rcn/149791_en.html

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Hospital_beds_by_type_of_care_2014.png

Disponibil la: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/rou_mh_profile.pdf?ua=1

Sfetcu, R., Country profile ROMANIA in Scheffler, R.M., Chereches, R., (Editors) Mental Health Systems in Central European Countries: Moving Forward on Improving Service Delivery, Access, and Financing (Forthcoming 2017)

Institutul de Politici Publice București, Raport privind monitorizarea implementării CNU DPD, Ediția V – art.9, 13, 19, 21, 24, 25, 27, 29, and 30, Disponibil la: <http://www.ipp.ro/wp-content/uploads/2016/02/Conventia-onu-5.pdf>

Disponibil la: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/rou_mh_profile.pdf?ua=1

Instituții publice de asistență socială pentru adulți cu dizabilități, coordonate de Ministerul Muncii și Justiției Sociale prin intermediul Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, la 31 decembrie 2016, Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, Statistici trimestriale, Statistica trim IV 2016, ANPD NR PERS HAND TRIM 2016, Disponibil la: <http://anpd.gov.ro/web/transparența/statistici/trimestriale/>, Buletin statistic, <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2015/04/ANPD-Buletin-statistic-IV-2016.pdf>

Surse:

OMS Atlasul Sănătății Mintale 2011, Profil România

Instituții publice de asistență socială pentru adulți cu dizabilități, coordonate de Ministerul Muncii și Justiției Sociale prin intermediul Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, la 31 decembrie 2016, Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, Statistici trimestriale, Statistica trim IV 2016, ANPD NR PERS HAND TRIM 2016.

<http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/trimestriale/>, Buletin statistic.

<http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2015/04/ANPD-Buletin-statistic-IV-2016.pdf>

[ANPD-Buletin-statistic-IV-2016.pdf](#)

Sprijin comunitar rezidențial

Serviciile comunitare precum locuințele protejate și centrele respiro sunt coordonate de Ministerul Muncii și Justiției Sociale și sunt menționate mai sus. Locuințele protejate, „maxim protejate”, „moderat protejate” și „minim protejate”, cu 10 până la aproape 30 de persoane care locuiesc în fiecare locuință sunt de fapt instituții mici, în special primele două tipuri.

Buletinul statistic oferă informații despre instituțiile publice rezidențiale și nerezidențiale pentru îngrijirea adulților cu dizabilități (Grafic 10., p. 5) și listează instituțiile publice rezidențiale și nerezidențiale pentru îngrijirea adulților cu dizabilități aflate sub coordonarea Ministerului Muncii și Justiției Sociale (p. 17). În orice caz, există informații limitate privind locuințele protejate asigurate de organizații independente / neguvernamentale.

Alte tipuri asistență comunitară

Deși asistența comunitară pentru persoanele cu dizabilități mintale și psihice a fost pe agendă ani de zile, serviciile comunitare de sănătate mintală sunt limitate în România. Centrele de Sănătate Mintală (CSM) au fost înființate pentru a oferi îngrijiri comunitare, dar ele sunt încă relativ subdezvoltate. CSM-urile ar trebui să ofere o gamă largă de servicii, inclusiv vizite la domiciliu și acțiuni de prevenție. Cu toate acestea, din cauza finanțării insuficiente deseori acestea trebuie să funcționeze la un nivel minim. Se estimează că numai 10% din aceste centre desfășoară activități legate de conceptul de asistență comunitară. Unele centre au psihologi și asistenți medicali, dar foarte puține au asistenți sociali și specialiști în terapie ocupațională. Cele mai multe centre de sănătate mintală oferă numai consultații în ambulatoriu și nu au echipă multidisciplinară.

Cele mai multe inițiative de asistență comunitară sunt conduse de organizații neguvernamentale, inclusiv persoane cu experiența problemelor de sănătate mintală, aparținători și specialiști. Nu există date oficiale privind numărul acestor inițiative; în orice caz, există în România rețeaua Hearing Voices, organizația utilizatorilor/supraviețuitorilor (Asociația Aripă), club house și asociații culturale (ex. Fundația Estuar). Acestea sunt, de obicei, finanțate prin proiecte și donații care oferă o sustenabilitate redusă pe termen lung.

Tip de serviciu comunitar	Număr total de unități	Număr total de pacienți/utilizatori (anual)	Distribuția sectorială (public, privat, non-profit)
Centre de Sănătate Mintală (ambulatoriu)	52	n. a.	Public
Servicii de zi	n. a.	n. a.	n. a.

Sfetcu, R., Country profile ROMANIA in Scheffler, R.M., Chereches, R., (Editors) Mental Health Systems in Central European Countries: Moving Forward on Improving Service Delivery, Access, and Financing (Forthcoming 2017)

„Decid pentru mine” – Cercetare asupra calității vieții persoanelor cu dizabilități psihosociale, [http://www.decidentrumine.ro/uploads/Decid%20pentru%20mine_raport%20cercetare\(1\).pdf](http://www.decidentrumine.ro/uploads/Decid%20pentru%20mine_raport%20cercetare(1).pdf)

<http://www.coe.int/en/web/cpt/romania>

<http://www.globalhealthrights.org/health-topics/hospitals/atudorei-v-romania/>

http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_sanatatii_mintale.php



Internarea nevoluntară și tratamentul forțat

ADeși din punct de vedere legislativ există o legislație cuprinzătoare și garanții juridice privind drepturile persoanelor cu dizabilități mintale și psihice în ceea ce privește internarea nevoluntară și tratamentul forțat, acest lucru nu este întotdeauna aplicat / implementat în întregime. Există grave încălcări ale drepturilor raportate de către supraviețuitori, de către apărători români și / sau internaționali ai drepturilor omului și / sau organizații neguvernamentale care se ocupă de protecția drepturilor omului (a se vedea, de exemplu, rapoartele Comitetului european pentru Prevenirea Torturii/CPT). Raportul Comisarului pentru Drepturile Omului din Europa, Nils Muižnieks, în urma vizitei sale în România, din 31 martie până la 4 aprilie 2014, enumeră mai multe cauze judiciare pierdute de România. Vezi de asemenea Atudorei v. Romania.

Legea Sănătății Mintale și Protecției Persoanelor cu Tulburări Mentale, 487/2002, prevede cerințele procedurale pentru internarea forțată și căile de atac.

Legea definește internarea nevoluntară (internarea forțată) ca „internarea împotriva voinței sau fără consimțământul pacientului” (Art. 5/p) și dedică internării nevoluntare Secțiunea 2 a Capitolului V, cu un total de 16 articole:

- Procedura de internare nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate. (Art. 53)
- O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat. (Art.54)
- Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice. (Art.55)
- Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se realizează de către: a) medicul de familie sau medicul specialist psihiatru; b) familia persoanei; c) reprezentanții administrației publice locale; d) reprezentanții poliției, jandarmeriei sau ai pompierilor precum și de procuror; sau e) instanța de judecată civilă. Aceștia trebuie să motiveze, sub semnătură, solicitarea internării nevoluntare. (Art 56).
- Psihiatrul care evaluează starea de sănătate mintală a persoanei și justificarea plasării nevoluntare trebuie să informeze persoana și pe reprezentantul său legal despre drepturile sale și să transmită documentația comisiei de internare nevoluntară în 24 de ore. (Art 60).
- Comisia trebuie să decidă asupra internării nevoluntare în termen de 48 de ore de la depunerea cererii și să informeze persoana și reprezentantul legal al acesteia. Aceștia au dreptul de a contesta; dacă este posibil, persoana trebuie audiată de comisie. Există, de asemenea, asistență juridică.
- Internarea nevoluntară trebuie înregistrată în fișa medicală a persoanei.
- Internarea nevoluntară nu este un motiv pentru limitarea exercitării capacității juridice.

Izolarea și contenționarea

Există reguli separate pentru folosirea contenționării fizice, mecanice și chimice, precum și pentru izolare. În general, legea prevede că acestea trebuie folosite ca o ultimă soluție și numai dacă cele mai puțin restrictive tehnici sunt inadecvate sau insuficiente pentru a preveni orice lovire sau rănire. Trebuie folosite numai sub supraveghere și pentru un timp limitat. Trebuie înregistrate și reprezentantul legal al persoanei informat.

152 http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_sanatatii_mintale.php

153 http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_sanatatii_mintale.php

154 http://www.dreptonline.ro/legislatie/lege_protectia_persoane_handicap_448_2006_rep_2008.php

Tutela – protecție sau obstacol în calea integrării persoanelor cu dizabilități intelectuale? / Guardianship - a protection or obstacle to the integration of people with intellectual disabilities? Available: <http://www.crj.ro/wp-content/uploads/docs/Tutela%20protectie%20sau%20obstacol%20EE%20calea%20integrarii%20persoanelor%20cu%20dizabilitati%20integrale.pdf>

155 <https://rm.coe.int/letter-from-nils-muiznieks-council-of-europe-commissioner-for-human-ri/1680711350>

În ciuda dispozițiilor legale, incidentele de conțenționare și izolare nu sunt întotdeauna înregistrate (conform rapoartelor Instituției Avocatului Poporului), iar informațiile medicale referitoare la conțenționare și monitorizarea procesului de conțenționare sau informarea sunt minime. Există foarte puține informații disponibile în mod public despre prevalența și utilizarea izolării și conțenționării în România.

Capacitatea legală și tutela

Legislația existentă permite luarea substituită a deciziilor - tutela pleneră - pentru persoanele cu dizabilități din România.

Tutela este reglementată de Codul Familiei și de alte prevederi legale, inclusiv Legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap nr. 448/2006, Art. 25. Într-o scrisoare adresată Primului Ministru al României Sorin Grindeanu în martie 2017, Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei Nils Muiznieks a ridicat problema reprezentării juridice necorespunzătoare a persoanelor cu dizabilități (nu a fost desemnat tutore sau conflictul de interese apărut între tutore și persoana în cauză) și absența unui cadru legal adecvat care să ofere o reprezentare juridică independentă a persoanelor cu dizabilități.

Alte informații

The National Strategy for People with Disabilities, “A barrier-free society for people with disabilities”, 2016-2020 was Strategia Națională pentru Persoanele cu Dizabilități „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități”, 2016-2020 a fost lansată în septembrie 2016.

Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități a inițiat Programul de Interes Național - „Înființarea de servicii sociale de tip centre de zi, centre respiro/centre de criză și locuințe protejate în vederea dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități aflate în instituții de tip vechi și pentru prevenirea instituționalizării persoanelor cu dizabilități din comunitate”, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 798/2016. Scopul programului de interes național îl reprezintă dezvoltarea de servicii sociale care să conducă la participarea deplină a persoanelor cu dizabilități în societate. Investițiile se adresează cu precădere dezinstituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități aflate în centre rezidențiale cu capacitate mai mică de 120 de locuri. Va avea ca rezultat:

- Dezinstituționalizarea unui număr de 300 adulți cu dizabilități,
- 75 locuințe protejate noi,
- 76 centre de zi noi,
- 8 noi centre respiro/de criză vor fi înființate.

Programul nu vizează în mod specific persoanele cu probleme de sănătate mintală.

Pentru mai multe detalii, consultați Anexa 2 din secțiunea Cartografierea Excluderii pe site-ul Mental Health Europe (<http://www.mhe-sme.org/>).

[Vă rugăm să consultați secțiunea de mulțumiri la începutul acestui raport pentru a vedea lista completă a organizațiilor / persoanelor care au contribuit în mod generos cu timpul și energia lor la elaborarea rapoartelor de țară.](#)

ORGANIZAȚII MEMBRE MHE

Estuar | Website: www.estuar.org | Email: office@estuar.org

Romanian League for Mental Health | Website: www.lrsm.ro | Email: lrsmoffice@gmail.com

<https://rm.coe.int/letter-from-nils-muiznieks-council-of-europe-commissioner-for-human-ri/1680711350>

Strategia națională pentru persoanele cu dizabilități, disponibilă la: <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2016/09/MO-nr-737Bis-din-22-septembrie-2016.pdf>

Programul de Interes Național. Disponibil la: <http://anpd.gov.ro/web/despre-noi/programe-si-strategii/programe-de-interes-national/>