



**avocatul
poporului**
OMBUDSMAN

RAPORT TEMATIC

Evaluarea cadrului normativ și a mecanismelor instituționale de prevenire, identificare și gestionare a violenței în contextul tulburărilor mintale, precum și a măsurilor de protecție a copiilor în situații de risc, cu elaborarea de recomandări pentru consolidarea politicilor publice și respectarea drepturilor omului

RAPORT TEMATIC

Evaluarea cadrului normativ și a mecanismelor instituționale de prevenire, identificare și gestionare a violenței în contextul tulburărilor mintale, precum și a măsurilor de protecție a copiilor în situații de risc, cu elaborarea de recomandări pentru consolidarea politicilor publice și respectarea drepturilor omului

Perioada analizei desfășurate: octombrie 2025 – decembrie 2025

Autori:

Olga VACARCIUC, juristă, expertă în drepturile omului
Andrei EȘANU, psihiatru, expert în drepturile omului

Coordonat:

Ceslav PANICO, Avocatul Poporului (Ombudsmanul)
Vasile COROI, Avocatul Poporului pentru drepturile copilului

Au contribuit:

Oxana GUMENNAIA, Adjuncta Avocatului Poporului
Olesea DORONCEANU, șefa Direcției examinarea cererilor și protecția persoanelor
Tatiana POPA, consultantă principală, Direcția examinarea cererilor și protecția persoanelor
Vitalina URSU, consultantă principală, Direcția drepturile copilului

NOTĂ:

Acest raport a fost realizat cu sprijinul UNICEF în cadrul parteneriatului cu Oficiul Avocatului Poporului. Conținutul raportului reprezintă doar punctul de vedere al autorilor și este responsabilitatea exclusivă a acestora.

CUPRINS

Lista de acronime.....	6
Definiții și concepte.....	7
Sumar executiv.....	9
Introducere.....	12
Context general și justificarea studiului.....	12
Legătura dintre sănătatea mintală, violență și drepturile omului.....	13
Scopul și obiectivele studiului.....	13
Metodologia studiului.....	14
Capitolul I. Cadrul normativ și instituțional privind persoanele cu tulburări mintale și riscul de violență.....	15
1.1. Documente relevante ale Organizației Națiunilor Unite și ale Consiliului Europei.....	15
1.2. Obligațiile statului privind prevenirea violenței și protecția persoanelor vulnerabile.....	23
1.3. Principiile nediscriminării, proporționalității și respectului față de demnitatea umană.....	25
1.4. Reglementări naționale privind tratamentul persoanelor cu tulburări mintale.....	26
1.5. Instituțiile responsabile și atribuțiile lor.....	30
1.5.1. Sistemul de sănătate.....	31
1.5.2. Sistemul de asistență și protecție socială.....	34
1.5.3. Administrația publică locală.....	38
1.5.4. Sistemul de asigurare a ordinii și securității publice.....	39
1.5.5. Sistemul judiciar și de executare a pedepselor.....	41
Capitolul II. Mecanisme de prevenire, identificare și intervenție la nivel de sistem.....	43
2.1. Mecanisme de prevenire primară, secundară și terțiară a situațiilor de risc.....	43
2.2. Proceduri de identificare timpurie a situațiilor de risc.....	46
2.3. Mecanisme de intervenție interdisciplinară (sănătate – justiție – servicii sociale – comunitate).....	47
Capitolul III: Traseul persoanei cu tulburare mintală: de la internare la reintegrare.....	49
3.1. Etapa de internare.....	49

3.2. Tratamentul prin constrângere: proceduri și garanții.....	52
3.3. Internarea pentru efectuarea expertizei psihiatrice.....	56
3.4. Etapa de tratament și monitorizare în staționar.....	58
3.5. Cooperarea dintre instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală și instanțele judecătorești privind procedurile de internare și tratament nevoluntar.....	61
3.6. Evaluarea nevoilor și a factorilor de vulnerabilitate la externare (inclusiv riscul de comportamente violente).....	64
3.7. Revenirea în comunitate. planuri de externare și mecanisme de supraveghere post-tratament.....	65
3.8. Studiu de caz: Cahul.....	66
3.9. Studiu de caz: Căușeni.....	67
3.10. Studiu de caz: Dubăsari.....	69
Capitolul IV. Protecția copiilor în contexte de vulnerabilitate asociate tulburărilor mintale.....	72
Capitolul V. Implementarea practică a cadrului normativ și a mecanismelor instituționale.....	76
Capitolul VI. Modele comparative și bune practici internaționale.....	77
Capitolul VII. Concluzii și recomandări.....	80

LISTA DE ACRONIME

ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
CCSM	Centru comunitar de sănătate mintală
CEDO	Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (Convenția europeană a drepturilor omului)
CtEDO	Curtea europeană a drepturilor omului
CPT	Comitetul european pentru prevenirea torturii și tratamentelor sau pedepselor inumane sau degradante
CRPD	Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități
GREVIO	Grupul de experți al Consiliului Europei pentru combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice
IGP	Inspectoratul General al Poliției
IMSP	instituție medico-sanitară publică
INP	Inspectoratul Național de Probațiune
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MCCM	măsuri de constrângere cu caracter medical
MMPS	Ministerul muncii și protecției sociale
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PG	Procuratura Generală
RPE	Regulile Penitenciare Europene

DEFINIȚII ȘI CONCEPTE

În sensul prezentului studiu, noțiunile de mai jos sunt utilizate într-o accepție operațională, corelată cu Legea Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală, cu legislația conexă și cu standardele internaționale în domeniul drepturilor omului.

Asistență în sănătatea mintală – ansamblu de măsuri întreprinse de autoritățile publice centrale și locale în scopul prevenirii tratamentului și reabilitării psihosociale a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament. În cadrul studiului, această noțiune include și dimensiunea cooperării interinstituționale.

Bunăstare mintală – componentă esențială a sănătății și calității vieții, centrată pe asigurarea celor mai bune condiții care să sprijine creșterea și dezvoltarea persoanei la potențialul său maxim. În cadrul studiului, noțiunea este utilizată ca obiectiv transversal al politicilor și mecanismelor de prevenire și intervenție.

Dizabilitate – termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factorii de mediu și cei personali).

Evaluarea stării de sănătate mintală – examinarea directă realizată de medicul psihiatru, în condițiile Legii Nr. 114/2024, în vederea stabilirii existenței unei tulburări mintale și de comportament și a riscului asociat acesteia.

Identificarea timpurie a riscului – procesul de depistare precoce a semnelor și factorilor care pot indica existența unei tulburări mintale și de comportament sau a unui risc de pericol social iminent, înainte de materializarea acestuia.

Internare nevoluntară – internare fără consimțământul persoanei cu tulburări mintale și de comportament, cu scop terapeutic, în cazul în care starea persoanei reprezintă un risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății sale sau a altor persoane și nu sunt disponibile mijloace mai puțin restrictive de acordare a asistenței adecvate.

Internare voluntară – internare cu consimțământul persoanei cu tulburări mintale și de comportament, în condițiile îndeplinirii criteriilor pentru admitere în staționar.

Intervenție intersectorială – cooperare coordonată dintre autoritățile din domeniul sănătății, justiției, ordinii publice, asistenței sociale și alte structuri relevante, în scopul prevenirii și gestionării situațiilor de risc, în conformitate cu principiul abordării intersectoriale.

Intervenție în sănătatea mintală – orice examinare, tratament, asistență sau altă acțiune aplicată persoanei cu tulburări mintale și de comportament, cu scop profilactic, diagnostic, curativ sau de reabilitare, efectuată de profesioniștii în domeniu, în condițiile prevăzute de Legea Nr. 114/2024.

Intervenție interdisciplinară – cooperarea dintre autoritățile din domeniul sănătății, justiției, ordinii publice, asistenței sociale și alte structuri relevante, în scopul prevenirii, tratamentului și gestionării situațiilor care implică persoane cu tulburări mintale și de comportament, în conformitate cu principiul abordării intersectoriale consacrat de Legea Nr. 114/2024.

Persoană cu dizabilități – persoană cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane.

Persoană cu tulburări mintale și de comportament – persoana care prezintă semne de maladie psihică, dezechilibru psihic sau alte dereglări ce pot fi clasificate ca tulburări mintale și de comportament, inclusiv persoanele dependente de substanțe psihoactive.

Prevenire – ansamblu de măsuri orientate spre evitarea apariției tulburărilor mintale și de comportament, reducerea riscurilor asociate acestora și limitarea consecințelor asupra persoanei și comunității.

Prevenire primară – nivelul prevenirii orientat spre menținerea sănătății și bunăstării mintale și spre reducerea riscului de apariție a comportamentelor periculoase, prin măsuri de promovare, depistare timpurie și intervenție precoce, desfășurate prioritar în comunitate, în conformitate cu principiile stabilite de Legea Nr. 114/2024.

Prevenire secundară – ansamblul intervențiilor aplicate în situațiile în care o tulburare mintală sau de comportament este deja prezentă și generează un risc semnificativ pentru persoană sau pentru alții, având ca scop limitarea agravării situației și prevenirea escaladării comportamentelor periculoase, prin intervenții medicale, sociale și instituționale coordonate.

Prevenire terțiară – reducerea consecințelor tulburărilor mintale și de comportament și prevenirea recurenței comportamentelor periculoase, inclusiv prin tratament spitalicesc voluntar sau nevoluntar, monitorizare și aplicarea, după caz, a măsurilor de constrângere cu caracter medical, în condițiile strict prevăzute de Legea Nr. 114/2024, de legislația penală și procesual-penală.

Risc de violență / pericol social iminent – „risc de violență” este utilizat în studiu în corelație cu noțiunea de „pericol social iminent” definită de Legea Nr. 114/2024 ca un comportament ce implică riscul unei vătămări fizice grave pentru sine sau pentru alte persoane ori al unor distrugerii semnificative de bunuri. Riscul este tratat ca o stare dinamică, susceptibilă de modificare, care necesită evaluare și monitorizare continuă.

Sănătate mintală – stare generală de bine în care persoana își poate utiliza capacitățile pentru soluționarea problemelor cotidiene, poate funcționa productiv și poate contribui la viața socială, această stare fiind influențată de factori biologici, psihologici și sociali.

Servicii comunitare de sănătate mintală – servicii medicale, de suport social și de reabilitare, combinate, organizate în comunitate și coordonate în așa fel, încât să producă maximum de efect pozitiv asupra sănătății persoanei cu probleme de sănătate mintală.

Tratamentul cel mai puțin restrictiv – principiul, conform căruia intervențiile în sănătatea mintală trebuie realizate în mediul și prin procedurile care restrâng în cea mai mică măsură drepturile și libertățile persoanei.

SUMAR EXECUTIV

Prezentul studiu a fost inițiat de Avocatul Poporului și Avocatul Poporului pentru drepturile copilului în exercitarea mandatului constituțional de asigurare a promovării și protecției drepturilor și libertăților fundamentale ale omului. Din această perspectivă, **studiul constituie un instrument analitic orientat spre identificarea riscurilor de încălcare a drepturilor fundamentale în contexte ce implică persoane cu tulburări mintale, inclusiv copii, precum și spre evaluarea modului în care autoritățile publice își îndeplinesc obligațiile de protecție a persoanelor vulnerabile și de asigurare a siguranței comunității.**

Mandatul constituțional al Avocatului Poporului este detaliat și operaționalizat prin Legea Nr. 52/2014 privind Avocatul Poporului, care îi conferă atribuții de prevenire a încălcării drepturilor și libertăților omului, de monitorizare și raportare a modului de respectare a acestora, precum și de contribuire la perfecționarea legislației în domeniul drepturilor omului. În exercitarea acestor atribuții, Avocatul Poporului și Avocatul Poporului pentru drepturile copilului au examinat, în ultimii ani, mai multe cazuri concrete privind gestionarea de către autoritățile statului a situațiilor de violență în contextul tulburărilor mintale, inclusiv cazuri soldate cu decese și cazuri ce au afectat direct drepturile copiilor.

Studiul se înscrie, totodată, în cadrul priorităților strategice ale Oficiului Avocatului Poporului stabilite prin **Programul de Dezvoltare Strategică a Oficiului Avocatului Poporului 2023-2030**¹ – Prioritatea 1. Toate persoanele au acces la servicii de sănătate de calitate și sigure; Prioritatea 2. Sistemul educațional asigură oportunități egale, promovează coeziunea socială și drepturile omului; Prioritatea 3. Fiecare persoană care intră în contact cu sistemul de justiție beneficiază de acces efectiv la justiție și de un proces echitabil; Prioritatea 4. Persoanele în situații de risc și vulnerabilitate beneficiază de protecție, asistență socială, servicii sociale comunitare; Prioritatea 8. Dreptul la libertate și siguranța persoanei este asigurat; tortura și relele tratamente sunt eradicate. De asemenea, această publicație se circumscrie priorităților incluse în Agenda Oficiului Avocatului Poporului (Ombudsmanului) 2025.²

În acest context, studiul urmărește scopul de a efectua o evaluare sistemică a cadrului normativ și a mecanismelor instituționale privind prevenirea, identificarea și gestionarea violenței asociate tulburărilor mintale, cu accent pe intervențiile în comunitate și pe cooperarea interinstituțională dintre sistemul de sănătate, organele de ordine publică, serviciile sociale și autoritățile locale. Studiul răspunde unei necesități identificate la nivel național și internațional de a clarifica responsabilitățile instituționale, instrumentele utilizate și mecanismele de continuitate a îngrijirii în cazurile cu risc crescut, în contextul reformei serviciilor de sănătate mintală și al angajamentelor Republicii Moldova privind protecția drepturilor omului și siguranța comunității.

¹ Programul de Dezvoltare Strategică a Oficiului Avocatului Poporului 2023-2030 <https://ombudsman.md/post-document/strategic-development-program-of-the-peoples-advocate-office-2023-2030-4/>

² Agenda Oficiului Avocatului Poporului (Ombudsmanului) 2025 <https://ombudsman.md/post-document/37525-2/>

Scopul studiului a fost evaluarea modului în care cadrul normativ existent și practicile instituționale actuale permit gestionarea eficientă a riscului de violență asociat tulburărilor mintale, precum și identificarea lacunelor ce afectează prevenirea primară, secundară și terțiară, în special după externarea din instituțiile psihiatrice și în perioada de reintegrare comunitară.

Obiectivele specifice au vizat analiza mecanismelor de prevenire și identificare timpurie a riscului, evaluarea cooperării intersectoriale, examinarea protecției copiilor în contexte de vulnerabilitate, precum și compararea practicilor naționale cu modele și standarde internaționale relevante.

Metodologia studiului a inclus analiza cadrului legislativ și normativ aplicabil, examinarea răspunsurilor oficiale furnizate de instituții-cheie (Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale), analiza datelor colectate de la centre comunitare de sănătate mintală, medici de familie și spitale de psihiatrie, raportarea la evaluări și recomandări internaționale relevante, precum și, cazurile aflate în examinare la Oficiul Avocatului Poporului. Abordarea a fost una calitativ-analitică, orientată spre identificarea funcționalității reale a mecanismelor existente, nu doar a existenței formale a acestora. Concluziile studiului se bazează inclusiv pe analiza aprofundată a mai multor cazuri concrete examinate de Avocatul Poporului și Avocatul Poporului pentru drepturile copilului, care ilustrează diferite tipologii de risc și limitele mecanismelor existente de prevenire și intervenție.

Rezultatele studiului demonstrează că Republica Moldova dispune de un cadru normativ relativ dezvoltat ce reglementează intervenția în situații de risc, inclusiv în cazurile care implică persoane cu tulburări mintale. Cu toate acestea, mecanismele de prevenire și management al riscului funcționează predominant sectorial și reactiv. Prevenirea primară și identificarea timpurie a riscului în comunitate sunt limitate, iar evaluarea riscului de violență nu este nici standardizată, și nici utilizată în mod coerent între instituții. În practică, gestionarea riscului este declanșată preponderent în contextul unor incidente deja produse sau al unor situații de criză, fără instrumente comune, fără un management de caz clar definit și fără mecanisme funcționale de monitorizare post-externare.

Studiul evidențiază lipsa unui sistem integrat de management al riscului de violență, care să includă o evaluare structurată, o planificare a intervențiilor, responsabilități instituționale clare și mecanisme de supraveghere în comunitate proporționale cu nivelul de risc. De asemenea, sunt identificate dificultăți semnificative în protecția copiilor expuși la contexte de violență asociate tulburărilor mintale, precum și bariere legate de stigmatizare, lipsa formării specializate și resursele insuficiente ale serviciilor comunitare. Aceste constatări sunt confirmate inclusiv de autoritățile responsabile de ordinea publică, care au semnalat, în mod oficial, dificultăți structurale în cooperarea interinstituțională și în gestionarea cazurilor ce implică persoane cu tulburări mintale.

Analiza comparativă cu bune practici internaționale arată că statele care au reușit să reducă riscul de violență și recidivă nu se bazează exclusiv pe evaluarea clinică, ci pe modele interinstituționale de management al riscului, utilizarea diferențiată a instrumentelor de evaluare în funcție de context și nivel de risc, precum și pe mecanisme clare de supraveghere și continuitate a îngrijirii în comunitate, inclusiv măsuri obligatorii în anumite situații, cu respectarea garanțiilor drepturilor fundamentale.

Concluzia generală a studiului este că problema centrală în Republica Moldova nu este absența cadrului normativ, ci lipsa operaționalizării acestuia într-un sistem coerent de gestionare a riscului de violență, bazat pe cooperare intersectorială, standarde clare și responsabilități bine definite. Această lacună afectează în mod direct și protecția copiilor expuși la contexte de violență asociate tulburărilor mintale, fie în calitate de victime directe, fie ca membri ai unor familii aflate în situații de vulnerabilitate severă. În acest sens, studiul formulează recomandări pentru armonizarea cadrului național cu standardele internaționale, clarificarea instrumentelor și procedurilor de evaluare a riscului, consolidarea managementului de caz și dezvoltarea mecanismelor de monitorizare comunitară, cu implicarea coordonată a sistemului de sănătate, poliției și serviciilor sociale.

INTRODUCERE

CONTEXT GENERAL ȘI JUSTIFICAREA STUDIULUI

Necesitatea prezentului studiu rezultă din cazurile grave de violență comise în ultimii ani de persoane cu tulburări mintale, inclusiv copii, care au generat îngrijorare în comunitate și au evidențiat provocările cu care se confruntă instituțiile statului în prevenirea, identificarea și gestionarea acestor situații. Aceste cazuri au ridicat întrebări privind eficiența cadrului normativ existent, coordonarea interinstituțională și capacitatea serviciilor publice de a asigura atât siguranța comunității, cât și sprijinul adecvat persoanelor afectate și familiei lor.

În paralel, aceste situații au fost reflectate și în activitatea Avocatului Poporului și a Avocatului Poporului pentru drepturile copilului, care au fost sesizați sau au examinat din oficiu mai multe cazuri de violență în contextul sănătății mintale, inclusiv cazuri soldate cu decesul unor membri ai familiilor persoanelor cu tulburări mintale și cazuri care au afectat direct drepturile copiilor.

Analiza cazurilor aflate în examinare la Oficiul Avocatului Poporului a evidențiat deficiențe structurale și recurente legate de identificarea timpurie a riscului, de lipsa unor mecanisme funcționale de cooperare interinstituțională între serviciile de sănătate, organele de ordine publică și serviciile sociale, precum și riscul unor omisiuni instituționale care pot genera consecințe grave pentru dreptul la viață și la integritate fizică și psihică, precum și pentru protecția copilului și siguranța comunității.

În acest context, inițierea studiului se încadrează în misiunea Avocatului Poporului de prevenire a încălcărilor drepturilor omului și de contribuire la îmbunătățirea cadrului normativ național. Studiul are ca finalitate evaluarea sistemică a cadrului normativ și instituțional aplicabil, identificarea lacunelor de reglementare și de implementare, precum și formularea de recomandări pentru consolidarea mecanismelor de prevenire, identificare și gestionare a riscului de violență, în contextul sănătății mintale, cu respectarea drepturilor fundamentale ale omului.

Totodată, în cadrul atribuțiilor sale, Oficiul Avocatului Poporului și Consiliul pentru Prevenirea Torturii realizează în mod constant activități de monitorizare a instituțiilor psihiatrice și a instituțiilor de plasament pentru persoanele cu dizabilități, elaborând rapoarte și formulând recomandări adresate instituțiilor competente, în vederea asigurării respectării standardelor naționale și internaționale în materia drepturilor omului.³

³ <https://ombudsman.md/rapoarte/prevenirea-torturii/>

LEGĂTURA DINTRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, VIOLENȚĂ ȘI DREPTURILE OMULUI

Dorim să accentuăm complexitatea relației dintre sănătatea mintală și violență. **Deși percepțiile sociale tind să asocieze tulburările mintale cu riscul de comportamente violente, studiile internaționale⁴ arată că majoritatea persoanelor cu tulburări mintale nu manifestă comportamente violente, iar riscul de violență este influențat în mult mai mare măsură de factori sociali, economici și contextuali (precum sărăcia, excluziunea socială, lipsa tratamentului sau abuzul de substanțe).** Astfel, abordarea acestui subiect necesită un echilibru atent între protecția comunității și respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor cu tulburări mintale.

Prezentul studiu nu are ca finalitate stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală și nici discreditarea instituțiilor publice, ci urmărește consolidarea responsabilității instituționale prin evaluarea modului în care statul își îndeplinește obligațiile pozitive în materia drepturilor omului. Analiza este orientată spre verificarea capacității autorităților de a preveni situațiile de risc, de a asigura protecția copiilor și a comunității, precum și de a garanta accesul efectiv la servicii de sănătate, suport social și măsuri de reintegrare.

Accentul este plasat asupra mecanismelor instituționale și intersectoriale și asupra funcționării lor în practică, în contextul gestionării cazurilor de violență asociate tulburărilor mintale, cu respectarea standardelor internaționale relevante în domeniul drepturilor omului, inclusiv cele consacrate prin Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități și Convenția europeană a drepturilor omului.

SCOPUL ȘI OBIECTIVELE STUDIULUI

Studiul are ca scop evaluarea cadrului și a mecanismelor de prevenire, identificare și intervenție în situațiile de risc sau acte de violență asociate persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv copii, cu respectarea drepturilor acestora și asigurarea siguranței comunității, incluzând analiza particularităților de protecție a copiilor în familiile unde cel puțin un părinte sau îngrijitor prezintă tulburări mintale și manifestă comportamente violente sau factori de risc crescut de violență.

Obiectivele specifice sunt:

1. **Analiza cadrului normativ și regulatoriu** privind prevenirea, identificarea și gestionarea riscului de violență din partea persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv copii, care au manifestat comportamente violente sau se află în situații cu risc crescut de violență. Compararea cadrului național și a practicilor curente cu standardele internaționale (CRPD, CEDO) și cu bunele practici din statele membre ale Uniunii Europene.
2. **Analiza cadrului normativ și regulatoriu** privind protecția copiilor în contexte familiale unde cel puțin unul dintre părinți sau îngrijitori prezintă tulburări mintale și a manifestat

⁴ *Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. Whiting, Daniel et al. The Lancet Psychiatry, Volume 8, Issue 2, 150 - 161*

comportamente violente sau prezintă factori de risc crescut de violență; analiza comparativă a cadrului național și bunelor practici internaționale în protecția copiilor.

3. **Evaluarea modului de implementare în practică** a cadrului normativ existent, prin analiza măsurilor și mecanismelor aplicate de autoritățile publice, poliție, serviciile medicale, sociale, inclusiv a rolului familiilor și al comunității privind prevenirea, identificarea și gestionarea riscului de violență din partea persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv copii, care au manifestat comportamente violente sau se află în situații cu risc crescut de violență.
4. **Analiza particularităților de protecție a copiilor** în contexte familiale unde cel puțin unul dintre părinți sau îngrijitori prezintă tulburări mintale și a manifestat comportamente violente sau prezintă factori de risc crescut de violență, inclusiv prin analiza măsurilor și mecanismelor aplicate de autoritățile publice, poliție, serviciile medicale, sociale, inclusiv rolul familiilor și al comunității.
5. **Elaborarea de recomandări** pentru consolidarea cadrului normativ și a mecanismelor instituționale și comunitare, în vederea îmbunătățirii prevenirii, identificării și intervenției, cu respectarea drepturilor persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv copii, și asigurarea siguranței comunității.
6. **Recomandări de protecție a copiilor** în contexte familiale unde cel puțin unul dintre părinți sau îngrijitori prezintă tulburări mintale și a manifestat comportamente violente sau prezintă factori de risc crescut de violență în conformitate cu standardele internaționale.

METODOLOGIA STUDIULUI

Studiul a fost realizat utilizând o abordare calitativă, de tip evaluativ și analitic, având ca scop examinarea cadrului normativ și instituțional privind prevenirea, identificarea și gestionarea situațiilor de violență asociate persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv copii, din perspectiva respectării drepturilor omului și a siguranței comunității.

Metodologia a fost concepută astfel încât să asigure respectarea demnității persoanelor cu tulburări mintale, evitarea stereotipurilor discriminatorii și analiza echilibrată a obligațiilor statului în domeniul sănătății mintale, protecției copilului și prevenirii violenței.

Metode utilizate

Pentru atingerea obiectivelor studiului au fost utilizate următoarele metode:

- analiza documentară și juridică a cadrului normativ național și internațional relevant;
- analiza instituțională a rolurilor și responsabilităților autorităților publice implicate;
- analiza practicilor de implementare, pe baza documentelor oficiale și a cazurilor documentate;
- metode calitative, inclusiv chestionare și interviuri semi-structurate cu reprezentanți ai instituțiilor relevante.

Surse de date

Au fost analizate:

- acte normative naționale (legi, hotărâri de guvern, ordine ministeriale);
- documente și standarde internaționale relevante (CRPD, CEDO și jurisprudența asociată);
- proceduri interne ale instituțiilor medicale și sociale;
- răspunsuri oficiale ale MAI, PG, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, CCSM Bălți, Botanica, Cahul, Căușeni, Cimișlia, Criuleni transmise către Oficiul Avocatului Poporului;
- date colectate prin chestionare și interviuri semi-structurate cu reprezentanții MS, MMPS, MAI, PG și instanțelor judecătorești.

Organizarea analizei

Analiza a fost structurată pe patru piloni funcționali: prevenire, identificare, intervenție și reintegrare, atât pentru persoanele cu tulburări mintale implicate în situații de violență, cât și pentru protecția copiilor în contexte familiale cu risc. Această structură a permis evaluarea coerenței cadrului normativ, a mecanismelor de cooperare interinstituțională și a modului de aplicare a măsurilor prevăzute de legislație.

Rezultatele analizei au stat la baza formulării concluziilor și recomandărilor prezentate în capitolele finale ale raportului.

CAPITOLUL I. CADRUL NORMATIV ȘI INSTITUȚIONAL PRIVIND PERSOANELE CU TULBURĂRI MINTALE ȘI RISCUL DE VIOLENȚĂ

1.1.DOCUMENTE RELEVANTE ALE ORGANIZAȚIEI NAȚIUNILOR UNITE ȘI ALE CONSILIULUI EUROPEI

Protecția persoanelor cu tulburări mintale se întemeiază pe un ansamblu coerent de instrumente internaționale și regionale care consacră o abordare centrată pe drepturile omului, demnitate, autonomie și incluziune socială. Evoluția acestor standarde reflectă tranziția de la o paradigmă medicală la una bazată pe drepturi, în care sănătatea mintală este inseparabilă de egalitate, participare și responsabilitatea statului.

La nivel global, **Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD)**, deși nu este consacrată exclusiv problematicii tulburărilor mintale, constituie principalul instrument internațional care stabilește cadrul de referință pentru standardele contemporane în domeniu. CRPD consacră respectarea demnității umane, a autonomiei individuale și a egalității de șanse pentru persoanele cu dizabilități și impune statelor obligația de a asigura acces egal la servicii de sănătate, inclusiv la servicii de sănătate mintală, precum și integrarea efectivă a persoanelor cu dizabilități în viața comunității. Articolele 12 și 14 ale CRPD sunt deosebit de relevante în contextul sănătății mintale, întrucât consacră dreptul la recunoașterea personalității juridice, luarea deciziilor cu suport adecvat și protecția împotriva privării arbitrare de libertate. În același spirit, articolul 19 subliniază dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi independent și de a fi incluse în comunitate, ceea ce presupune

dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală comunitare și reducerea dependenței de instituționalizare. Având în vedere că articolul 19 este una dintre dispozițiile cu cel mai larg domeniu de aplicare și cu un pronunțat caracter intersecțional din Convenție, fiind considerat esențial pentru implementarea deplină a acesteia, Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități a adoptat Comentariul general Nr. 5 (1017) privind viața independentă și incluziunea în comunitate⁵. Acest document are rolul de a sprijini statele părți în aplicarea articolului 19 și în îndeplinirea obligațiilor asumate prin ratificarea Convenției.

Convenția ONU cu privire la drepturile copilului constituie instrumentul fundamental care consacră obligația statelor de a proteja copilul împotriva tuturor formelor de violență, abuz, neglijare și exploatare, recunoscând totodată vulnerabilitatea sporită a copiilor cu dizabilități, inclusiv a celor cu tulburări mintale. Convenția impune o abordare integrată, centrată pe interesul superior al copilului, care trebuie să prevaleze în toate măsurile și deciziile ce îi privesc. În mod special, articolul 19 din Convenție impune obligația statelor de a adopta măsuri legislative, administrative, sociale și educative pentru protejarea copilului împotriva oricăror forme de violență, vătămare sau de abuz fizic ori mental, de abandon sau neglijență, de rele tratamente sau exploatare, inclusiv violență sexuală, indiferent de mediul în care aceasta se produc. Această obligație pozitivă are un caracter continuu și vizează atât prevenirea violenței, cât și intervenția promptă și eficientă în situații de risc.

Protecția copiilor cu tulburări mintale este reglementată expres în articolul 23 din CRC, care recunoaște dreptul copilului la o viață plină și decentă, în condiții care să îi garanteze demnitatea, să îi promoveze autonomia și să faciliteze participarea activă la viața comunității. În acest sens, statele sunt obligate să dezvolte măsuri speciale care să faciliteze accesul la educație, formare, servicii de sănătate, recuperare și reabilitare, precum și la programe de pregătire pentru integrarea socială și profesională, în vederea dezvoltării armonioase a copilului. În completare, articolul 25 introduce o garanție procedurală esențială, stabilind obligația statelor de a asigura revizuirea periodică a tratamentului și a tuturor celorlalte circumstanțe legate de plasamentul copilului în îngrijire, atunci când acesta este plasat de autoritatea competentă în scopul îngrijirii, protecției sau tratamentului fizic ori mental. Această dispoziție este deosebit de relevantă pentru copiii cu tulburări mintale, întrucât impune monitorizarea continuă a necesității și proporționalității măsurilor de protecție, prevenind menținerea nejustificată în plasamente sau instituții care pot genera riscuri suplimentare de abuz, neglijare sau izolare. Totodată, articolul 39 obligă statele să asigure recuperarea fizică și psihică și reintegrarea socială a copiilor victime ale neglijenței, exploatării sau abuzului, în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.

Principiile ONU pentru protecția persoanelor cu tulburări mintale și îmbunătățirea îngrijirii în domeniul sănătății mintale (1991)⁶ stabilesc standarde minime pentru protecția drepturilor și libertăților fundamentale, tratament și îngrijire, garanții procedurale, inclusiv pentru persoanele

⁵ <https://docs.un.org/en/CRPD/C/GC/5>

⁶ <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>

internate nevoluntar și persoanele care au comis infracțiuni. Deși Principiile din 1991 oferă un cadru normativ important, ele sunt considerate insuficiente și depășite în raport cu standardele impuse de CRPD, care are prioritate în dreptul internațional al drepturilor omului, impune un standard superior de protecție și o abordare centrată pe autonomie și drepturi, nu exclusiv pe îngrijire medicală. Cu toate acestea, Principiile rămân relevante ca instrument tehnic orientativ, însă trebuie interpretate și aplicate în lumina CRPD.

Planul de Acțiune pentru Sănătatea Mintală 2013-2030⁷ al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) reprezintă un cadru global de referință și acțiuni pentru promovarea sănătății mintale, prevenirea tulburărilor mintale și violenței legate de acestea, precum și pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijire mentală integrate, cu accent pe nivelul comunitar. Planul subliniază importanța implementării strategiilor de prevenție și promovare a sănătății mintale, inclusiv protecția persoanelor vulnerabile față de impactul violenței. Se pune accent pe măsuri multisectoriale și colaborări interinstituționale care să diminueze riscurile pentru persoanele cu probleme mintale de a deveni victime sau autori ai violenței. Accentul major este pe oferirea serviciilor în cadrul comunităților, pentru a evita instituționalizarea și pentru a aborda nevoile diverse ale persoanelor cu tulburări mintale, reducând astfel riscul de violență și marginalizarea socială. Pentru Republica Moldova, acest plan este o bază strategică valoroasă care poate ghida dezvoltarea și consolidarea mecanismelor instituționale în acest domeniu.

Trusa de instrumente a OMS, "QualityRights: evaluarea și îmbunătățirea calității și drepturilor omului în unitățile de sănătate mintală și asistență socială"⁸ oferă statelor informații și instrumente practice pentru evaluarea și îmbunătățirea standardelor de calitate și a drepturilor omului în serviciile de sănătate mintală și asistență socială. Trusa de instrumente se bazează pe CRPD și oferă îndrumări practice privind: drepturile omului și standardele de calitate care ar trebui respectate, protejate și îndeplinite atât în serviciile de sănătate mintală și asistență socială pentru pacienți internați, cât și în cele ambulatorii; pregătirea și efectuarea unei evaluări cuprinzătoare a serviciilor; raportarea constatărilor și formularea de recomandări adecvate pe baza evaluării. Acest instrument acoperă aspecte precum mediul fizic și social al serviciului, capacitatea juridică, consimțământul informat, luarea deciziilor asistată, absența violenței, constrângerii și abuzului, precum și viața independentă și incluziunea în comunitate. Instrumentul de evaluare permite o comparație între serviciile de sănătate mintală și cele generale de asistență medicală pentru a obține o mai bună înțelegere a gradului de paritate dintre aceste două domenii ale sănătății.

La nivel european, deși nu include un articol dedicat în mod expres drepturilor persoanelor cu tulburări mintale, **Convenția pentru apărarea drepturilor și a libertăților fundamentale** (Convenția europeană a drepturilor omului) oferă un cadru de protecție robust prin interpretarea extinsă a articolelor sale fundamentale. Recunoscând că aceste persoane se află, adesea, într-o poziție de vulnerabilitate sporită, Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) a dezvoltat o

⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>

jurisprudență amplă, care asigură că ele nu sunt subiectul discriminării și a tratamentelor inumane sau degradante.

Protecția juridică oferită de CEDO este derivată din aplicarea selectivă a mai multor garanții. Articolul 5, care protejează dreptul la libertate și siguranță, este pilonul central. Deși permite, în anumite condiții stricte, internarea nevoluntară (ca formă de detenție), CtEDO impune ca această privare de libertate să fie stabilită de lege, să fie necesară din punct de vedere medical, și să fie supusă unei revizuirii periodice și rapide.

În paralel, articolul 3 interzice tortura și tratamentele inumane sau degradante, fiind esențial pentru a asigura că mediul de tratament, îngrijirea și orice formă de constrângere aplicată acestor persoane sunt adecvate și nu le cauzează suferințe. CtEDO a statuat în mod clar că o îngrijire defectuoasă sau un mediu instituțional necorespunzător pot ajunge să încalce această interdicție absolută.

În contextul articolului 2, care protejează dreptul la viață, Curtea a subliniat că această dispoziție impune statelor nu doar să se abțină de la luarea intenționată și ilegală a unei vieți, ci prevede și obligația pozitivă de a lua măsurile necesare pentru a proteja viețile persoanelor aflate sub jurisdicția lor. În privința persoanelor private de libertate, Curtea a avut ocazia să sublinieze că aceste persoane se află într-o situație vulnerabilă și că autoritățile au obligația de a le proteja, ceea ce implică obligația de a le acorda asistența medicală necesară și, în circumstanțele unei cauze concrete, poate să includă și servicii medicale sau îngrijiri de sănătate mintală corespunzătoare⁹. În acest context, exigențele impuse de articolul 3 pot merge până la a impune statului obligația de a transfera persoanele private de libertate care suferă de tulburări mintale în unități speciale pentru a beneficia de tratament adecvat (*Murray împotriva Țărilor de Jos*, 2016, pct. 105; *Raffray Taddei împotriva Franței*, 2010, pct. 63). În plus, deși spitalele de psihiatrie sunt, prin definiție, instituții adecvate pentru detenția persoanelor cu tulburări mintale, Curtea a subliniat necesitatea de a însoți orice astfel de internare prin măsuri terapeutice eficiente și consecvente, pentru a nu priva persoanele în cauză de o perspectivă de punere în libertate (*Frank împotriva Germaniei*, 2010). Absența unei strategii terapeutice cuprinzătoare destinate tratării unui deținut cu probleme de sănătate mintală poate constitui „abandon terapeutic”, respectiv o încălcare a articolului 3 (*Strazimiri împotriva Albaniei*, 2020, pct. 108-112). În cauza *Rooman împotriva Belgiei* (2019, pct. 208-211), Curtea a subliniat că „orice detenție a unor persoane bolnave mintal trebuie să aibă un scop terapeutic, destinat în mod specific, și pe cât posibil, însănătoșirii lor sau ameliorării stării lor de sănătate mintală, inclusiv, după caz, obținerii reducerii sau controlării pericolozității lor. Aceste persoane, indiferent de locul în care se află, au dreptul de a beneficia de un mediu medical adecvat, însoțit de măsuri terapeutice reale, în vederea pregătirii lor pentru eventuala punere în libertate”¹⁰. Deși rolul Curții nu este de a analiza conținutul tratamentului

⁹ *Pintus împotriva Italiei*, 2024, pct. 46-54, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-230629%22%7D>

¹⁰ A se vedea *Murray împotriva Țărilor de Jos*, 2016, pct. 107-112, cu privire la persoanele condamnate la detenție pe viață care au probleme de sănătate mintală; *Venken și alții împotriva Belgiei*, 2021, pct. 166-171, cu privire la o problemă sistemică în Belgia, abordată în hotărârea pilot *W.D. împotriva Belgiei*, 2016, de internare a

oferit și administrat, ea poate verifica dacă s-a instituit un program individualizat, ținând seama de detaliile specifice ale sănătății mintale a persoanei private de libertate în vederea pregătirii acesteia pentru o viitoare reintegrare în societate. Curtea a precizat că autoritățile, când se ocupă de infractori cu tulburări mintale, au obligația de a acționa în vederea pregătirii persoanelor în cauză pentru punere în libertate, de exemplu oferind stimulente pentru continuarea terapiei, precum transferul într-o unitate în care pot beneficia efectiv de tratament care este corespunzător stării sale și care ar ajuta-o să își redobândească libertatea. În acest domeniu, Curtea acordă autorităților o anumită marjă de apreciere în ceea ce privește atât forma, cât și conținutul asistenței terapeutice sau programului medical în cauză (*Rooman împotriva Belgiei*, 2019, pct. 203, 209).

În cele din urmă, perspectivele contemporane ale CtEDO se extind dincolo de simpla interdicere a abuzului. Articolul 8 protejează dreptul la respectarea vieții private și de familie; prin interpretarea acestui articol, Curtea promovează incluziunea socială și participarea activă, inclusiv dreptul la dezvoltare personală și la menținerea relațiilor sociale. Mai mult, Articolul 14 (interdicerea discriminării), atunci când este invocat împreună cu alte articole materiale, joacă un rol vital în asigurarea faptului că orice diferență de tratament aplicată persoanelor cu tulburări mintale trebuie să fie justificată în mod obiectiv și rezonabil. Astfel, deși nu reglementează direct, CEDO servește drept un instrument dinamic care adaptează garanțiile sale universale pentru a proteja drepturile specifice ale acestui grup vulnerabil.

În paralel, **Recomandarea Comitetului de Miniștri către statele membre privind protecția persoanelor cu tulburări mintale Rec(2004)1**, în special a celor supuse internării sau tratamentului nevoluntar, stabilește principiile generale privind îngrijirea, tratamentul și drepturile pacienților; impune criterii riguroase pentru internarea și tratamentul nevoluntar, stabilește principiile privind tratamentul nevoluntar și procedurile pentru luarea deciziilor privind internarea și/sau tratamentul nevoluntar, inclusiv în situații de urgență; insistă asupra dreptului la o revizuire periodică a internării, asupra dreptului de a fi ascultat și asupra dreptului la asistență juridică.

Deși se concentrează pe instituțiile de sănătate mintală, principiile sale au o aplicare implicită în mediul penitenciar. Recomandarea abordează necesitatea ca persoanele cu tulburări mintale aflate în custodia statului (inclusiv cele aflate în penitenciare) să beneficieze de îngrijire medicală echivalentă cu cea oferită în comunitate, asigurând protecția împotriva tratamentelor inumane în conformitate cu articolul 3 din CEDO.

Recomandarea Rec (2006)2¹¹, care stabilește **Regulile Penitenciare Europene**, este cel mai cuprinzător și cunoscut set de standarde și principii fundamentale pentru gestionarea penitenciarelor și tratamentul persoanelor încarcerate. Documentul plasează un accent definitoriu pe necesitatea tratării deținuților cu tulburări mintale ca un grup vulnerabil distinct, impunând standarde clare care depășesc simpla custodie. RPE subliniază că toți deținuții au dreptul la îngrijiri medicale echivalente

persoanelor condamnate cu probleme de sănătate mintală în secțiile de psihiatrie ale unor penitenciare obișnuite fără acordarea unui tratament corespunzător.

¹¹ <https://rm.coe.int/romanian-compendium-2015/16806ab9b7>

cu cele furnizate în comunitate, iar persoanele cu afecțiuni psihice trebuie să beneficieze de servicii specializate de sănătate mintală și situația sau nevoile acestora trebuie să fie reglementate prin reguli speciale. Recomandarea accentuează și obligația personalului medical de a consemna afecțiunile fizice sau mintale care pot împiedica reintegrarea după liberare și de a coopera cu serviciile din comunitate în vederea continuării oricărui tratament medical sau psihiatric după liberare, dacă deținutul își dă consimțământul în acest sens. Respectarea acestor principii este considerată esențială pentru a îndeplini obligațiile internaționale asumate de statele membre ale Consiliului Europei, asigurând că deținuții cu tulburări mintale beneficiază de tratamentul medical adecvat de care au nevoie, transferând responsabilitatea de la securitate la sănătate și reabilitare.

Cartea Albă a Consiliului Europei privind gestionarea persoanelor cu tulburări de sănătate mintală de către penitenciare și servicii de probațiune CM(2023)3-add¹² analizează provocările majore legate de gestionarea persoanelor cu tulburări mintale în sistemele penitenciar și de probațiune, oferind o imagine de ansamblu a situației în statele membre, exemple de bune practici și recomandări concrete. Documentul are ca scop încurajarea autorităților statelor membre ale Consiliului Europei să acorde o atenție mai mare numărului semnificativ de persoane cu tulburări de sănătate mintală care sunt gestionate de serviciile penitenciare și de probațiune. De asemenea, speră să inițieze o dezbatere în jurisdicțiile lor despre cum să abordeze această problemă atât în interiorul, cât și în afara sistemului penal, și să întreprindă reforme după necesitate. Astfel de reforme ar trebui să se bazeze pe prioritățile definite pe perioade mai scurte sau mai lungi. În acest sens, autoritățile naționale ar trebui să analizeze și măsura în care sistemul de justiție penală și, în special, privarea de libertate reprezintă modalitatea adecvată de a combate infracțiunile comise de persoanele cu tulburări de sănătate mintală.

Cartea Albă ar trebui să pregătească terenul pentru o Recomandare a Comitetului de Miniștri care să conțină Ghiduri care să ajute autoritățile naționale ale statelor membre ale Consiliului Europei să implementeze o serie de principii și standarde cheie ale serviciilor penitenciare și de probațiune atunci când lucrează cu persoane cu tulburări de sănătate mintală.

Principiile directoare formulate în rezultatul cartografierii situației în sistemele penitenciar și de probațiune vizează necesitatea ajungerii unui *acord la nivel politic și decizional* pentru a declara ca prioritate asigurarea unui nivel ridicat de servicii în domeniul sănătății mintale, inclusiv în cazul persoanelor aflate în gestiunea sistemului penitenciar și de probațiune; crearea *echipelor multidisciplinare comune* compuse din personal penitenciar și de probațiune, profesioniști din domeniul sănătății și voluntari care activează în toate sectoarele (sistem penitenciar, probațiune, sănătate mintală); dezvoltarea unui *sistem unificat de colectare și înregistrare a datelor* despre sănătatea mintală, care să integreze diferite instrumente (screening, evaluări), rezultate de diagnostic și fișiere de tratament, care să se concentreze pe riscurile și nevoile persoanelor cu tulburări mintale aflate în contact cu serviciul penitenciar și de probațiune; *depistarea timpurie a tulburărilor de sănătate mintală* în momentul primului contact al unei persoane cu sistemul de justiție penală și

¹² [CM\(2023\)3-add](#)

ulterior; *partajarea continuă a informațiilor despre riscurile suicidare* sau tentativele anterioare, astfel încât persoana aflată în pericol să fie referită către serviciul relevant de sănătate mintală fie din penitenciar, fie din comunitate; *dezvoltarea profesională continuă* a personalului din sistemul penitenciar și de probațiune pentru dezvoltarea abilităților în domeniul sănătății mintale; *îmbunătățirea continuă a serviciilor de sănătate mintală* acordate în cadrul sistemului penitenciar și de probațiune prin utilizarea acreditărilor și/sau a standardelor ori indicatorilor de calitate; *investiții în cercetare și evaluare* pentru a alinia nivelul de finanțare a sistemului penitenciar și de probațiune la calitatea îngrijirilor în domeniul sănătății mintale, bazate pe dovezi și accesibile.

Rapoartele Generale¹³ ale CPT și rapoartele elaborate după fiecare vizită¹⁴ la locurile de detenție din statele membre ale CoE, constituie resurse prețioase privind modul în care ar trebui să fie tratate persoanele private de libertate. Astfel, CPT a recunoscut importanța îngrijirii psihiatrice în penitenciare și a stabilit câteva standarde de bază¹⁵ și în rapoartele după vizitele de țară de nenumărate ori și-a exprimat opinia privind tratamentul persoanelor cu tulburări mintale care sunt private de libertate, cu prezentarea recomandărilor pentru îmbunătățirea acestor tratamente.

CPT a subliniat faptul că izolarea prelungită poate avea efecte grave asupra sănătății mintale și poate compromite serios șansele de resocializare. În ceea ce privește cazurile în care persoanele încarcerate au fost supuse perioadelor lungi de izolare, CPT a deplâns inadecvarea sprijinului psihosocial oferit și lipsa unor structuri intermediare care, având în vedere efectele negative pe care izolarea prelungită le poate avea asupra bunăstării mentale și fizice a unei persoane, ar ajuta deținuții să se reintegreze în populația penitenciară obișnuită. A invitat autoritățile naționale implicate să analizeze posibilitatea de a investi mai mult în crearea unor unități terapeutice mici care să ofere un sistem de sprijin psihologic mai robust acestor deținuți, pentru a sprijini procesul de reintegrare¹⁶. CPT a indicat că autoritățile naționale ar trebui să stabilească programe adecvate de reabilitare psihosocială pentru deținuții cu tulburări mintale, iar îngrijirea și supravegherea persoanelor plasate în facilitățile psihiatrice penitenciare ar trebui să se bazeze pe tratament și reabilitare, ținând cont de măsurile necesare de securitate. CPT a mai subliniat necesitatea de a instrui personalul penitenciar privind identificarea și asistarea persoanelor cu tulburări mintale care sunt expuse riscului de auto-vătămare sau tentative de suicid.

Normele CPT¹⁷ reprezintă un ansamblu de principii, orientări și bune practici dezvoltate de CPT care derivă din rapoartele generale, din recomandările recurente înaintate statelor, din jurisprudența CtEDO, precum și din experiența de monitorizare a locurilor de privare de libertate, inclusiv a instituțiilor psihiatrice, în toate statele membre ale Consiliului European. Deși nu au caracter

¹³ <https://www.coe.int/en/web/cpt/annual-reports>

¹⁴ <https://www.coe.int/en/web/cpt/states>

¹⁵ Al treilea raport general de activitate a CPT, paragrafele 41-44, [16806ce943](#)

¹⁶ A se vedea: rapoartele privind vizitele CPT în Regatul Unit (Scoția) în 2018 și 2019, CPT/Inf (2019) 29, paragraful 74 și CPT/Inf (2020) 28, paragrafele 9 și 26

¹⁷ https://avp.ro/wp-content/uploads/2022/01/norme_cpt_mnp.pdf

obligatorii în sensul unei convenții, aceste standarde constituie un reper profesional și un instrument de referință utilizat în evaluarea tratamentului aplicat persoanelor private de libertate.

Documentele CPT conțin orientări distincte privind îngrijirea psihiatrică în locurile de detenție, subliniind necesitatea evaluării clinice individuale, a limitării stricte a oricărei forme de constrângere fizică sau chimică și a utilizării izolării exclusiv în condiții excepționale, pentru cea mai scurtă durată posibilă. Standardele prevăd totodată, obligația asigurării accesului efectiv la servicii de sănătate mintală, la personal calificat și la tratamente bazate pe respectarea demnității și autonomiei pacientului.

CPT a elaborat, de-a lungul timpului, standarde detaliate și instrumente specifice de monitorizare privind respectarea drepturilor omului în instituțiile psihiatrice și în cele de îngrijire socială.¹⁸

La finele anului 2025 CPT a publicat standardele actualizate privind asistența medicală în penitenciare¹⁹, elaborate pe baza constatărilor rezultate din vizitele efectuate în locurile de detenție din statele europene, a jurisprudenței relevante a CtEDO, precum și a standardelor consacrate în instrumentele juridice adoptate în cadrul Consiliului Europei și la nivelul Organizației Națiunilor Unite. Acest document consolidează abordarea CPT privind dreptul la sănătate al persoanelor private de libertate și evidențiază zece principii esențiale care trebuie să guverneze organizarea și furnizarea asistenței medicale în penitenciare. În același timp, standardele accentuează obligația statelor de a asigura sprijin adecvat persoanelor cu nevoi specifice, inclusiv celor cu probleme de sănătatea mintală.

În viziunea CPT, asistența medicală în penitenciare nu este o problemă limitată la spațiul instituțional, ci reprezintă o chestiune de sănătate publică în sens larg. Perioada detenției este considerată o oportunitate importantă pentru acordarea unui sprijin adecvat persoanelor cu tulburări mintale înainte de revenirea lor în comunitate. Astfel, continuitatea îngrijirii și existența unei legături funcționale între serviciile medicale penitenciare și cele din comunitate constituie elemente centrale ale standardelor CPT, fiind esențiale pentru prevenirea recidivei, a decompensării stării de sănătate și a încălcărilor drepturilor fundamentale ale persoanelor private de libertate.

Declarația ministerială europeană privind acțiunea pentru sănătatea mintală (Declarația de la Helsinki, 2005)²⁰ afirmă că sănătatea mintală este fundamentul calității vieții și o condiție esențială pentru bunăstarea individuală, familială și socială. Documentul stabilește priorități clare: promovarea sănătății mintale; prevenirea afecțiunilor mintale; combaterea stigmatizării, discriminării și excluziunii sociale; asigurarea accesului la tratament și reintegrare socială, precum și dezvoltarea unor sisteme integrate de îngrijire, cu servicii comunitare; respect pentru drepturile omului și implicarea directă a beneficiarilor. Mai mult, statele semnatare, printre care și Republica Moldova,

¹⁸ <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards>

¹⁹ <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/the-council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-new-comprehensive-standard-on-healthcare-in-prison>

²⁰ https://www.epicentro.iss.it/mentale/pdf/Dichiarazione_ENG.pdf

s-au angajat să elaboreze și să pună în aplicare politici publice bazate pe dovezi privind sănătatea mintală, să aloce resurse adecvate, să formeze personal calificat multidisciplinar, să susțină cercetarea și cooperarea internațională, precum și implicarea organizațiilor neguvernamentale și a comunităților pentru susținerea persoanelor vulnerabile.

În concluzie, ansamblul acestor instrumente internaționale și regionale conturează un standard de protecție integrat pentru persoanele cu tulburări mintale, care acoperă sănătatea mintală în comunitate, în detenție și în probațiune, internarea involuntară, tratamentele coercitive și reintegrarea socială. Ele subliniază obligația statelor de a adopta măsuri proporționale, de a garanta consimțământul informat și dreptul la revizuire, de a preveni discriminarea și abuzurile, și de a asigura servicii comunitare care să reducă dependența de instituțiile restrictive. Aplicarea coerentă a acestor standarde este esențială pentru protecția drepturilor fundamentale ale persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv în contexte cu risc de violență sau în situații penale.

1.2. OBLIGAȚIILE STATULUI PRIVIND PREVENIREA VIOLENȚEI ȘI PROTECȚIA PERSOANELOR VULNERABILE

În temeiul dreptului internațional al drepturilor omului, statul are obligația să acționeze în anumite moduri și să se abțină de la anumite acte, astfel încât să respecte, să protejeze și să realizeze drepturile fundamentale ale omului. Aceste trei obligații, consacrate în tratatele internaționale și dezvoltate de jurisprudența și mecanismele de monitorizare, configurează cadrul general în care trebuie abordată atât protecția persoanelor cu tulburări mintale, cât și prevenirea violenței și protecția victimelor. În acest context, sănătatea mintală, prevenirea violenței și sprijinirea victimelor formează dimensiuni interdependente ale unei guvernante bazate pe drepturile omului.

Obligația de a respecta drepturile omului presupune abținerea statului de la orice ingerință arbitrară în exercitarea acestora. Statul trebuie să se asigure că politicile de sănătate mintală, măsurile de gestionare a riscului de violență și intervențiile în situațiile în care apar victime nu afectează demnitatea și integritatea persoanelor cu tulburări mintale. Această obligație include interzicerea stigmatizării și a excluderii sociale generate de prejudecăți legate de riscul de violență, evitarea intervențiilor medicale nejustificate, a internărilor nevoluntare arbitrare și a tratamentelor coercitive fără garanții adecvate. Astfel, statul trebuie să se abțină de la internarea nevoluntară bazată exclusiv pe diagnosticul psihiatric sau pe presupuneri privind un risc posibil de violență: privarea de libertate trebuie să respecte strict criteriile de necesitate și proporționalitate, cu garanții procedurale robuste. În prevenirea violenței, statul trebuie să evite măsuri care generează stigmatizarea și alimentarea percepției eronate că persoanele cu tulburări mintale sunt într-un mod inerent periculoase. În raport cu victimele violenței, obligația de a respecta reclamă ca autoritățile să se abțină de la orice acțiuni care ar duce la discriminare, revictimizare, expunere la risc sau limitare nejustificată a accesului la sprijin, protecție și justiție.

Obligația de a proteja impune statului responsabilitatea de a adopta măsuri rezonabile pentru a preveni, identifica și combate încălcările drepturilor omului comise de terți, fie că este vorba de

persoane fizice, instituții publice sau private. În domeniul sănătății mintale, aceasta include instituirea unui cadru legal și procedural care să protejeze persoanele cu tulburări mintale împotriva abuzurilor, neglijenței, violenței sau exploatării; dezvoltarea unor servicii comunitare accesibile, precum și dezvoltarea unui sistem funcțional de evaluare și gestionare a riscului de violență, intervenție în situații de criză și cooperare instituțională între serviciile de sănătate, poliție și asistență socială. Statul trebuie să reglementeze și să monitorizeze activitatea furnizorilor de servicii (publice sau private), să efectueze inspecții regulate și să sancționeze abuzurile. În prevenirea violenței, obligația de a proteja presupune adoptarea de politici naționale coerente, formarea profesioniștilor, dezvoltarea unor proceduri clare de identificare și management al riscului asociat tulburărilor mintale și intervenția timpurie în contextul agravării unei afecțiuni care ar putea genera comportamente violente. În protecția victimelor, statul trebuie să ofere mecanisme eficiente de raportare, ordine de protecție, intervenții de urgență și garanții împotriva reprersaliilor sau intimidării, inclusiv în situațiile în care agresorul este el însuși o persoană vulnerabilă. Obligația de a proteja reclamă un echilibru între siguranța publică și respectarea drepturilor persoanelor cu tulburări mintale, evitând recurgera excesivă sau disproporționată la măsuri privative de libertate.

Obligația de a realiza drepturile omului presupune ca statul să ia măsuri pentru a asigura exercitarea efectivă a acestora, prin politici publice, resurse adecvate și servicii adaptate nevoilor individuale. În domeniul sănătății mintale, această obligație implică asigurarea accesului real și echitabil la servicii de prevenție, diagnostic, tratament, reabilitare și reintegrare, precum și dezvoltarea unor servicii comunitare care să asigure continuitatea îngrijirii și reducerea riscului de criză sau de comportament violent. Pe dimensiunea de prevenire a violenței, obligația de a realiza impune elaborarea de programe educaționale, campanii de sensibilizare, mecanisme de cooperare intersectorială și programe de tratament și reintegrare destinate persoanelor cu comportamente violente asociate tulburărilor mintale. În raport cu victimele violenței, statul trebuie să asigure accesul efectiv la servicii medicale, psihologice și sociale, la asistență juridică adaptat vulnerabilităților acestora, precum și garantarea garanței dreptului la reparație, despăgubiri și reabilitare, cu respectarea demnității și protejarea vieții private.

Prin ratificarea tratatelor internaționale privind drepturile omului, statele se angajează să implementeze legislație și politici compatibile cu obligațiile asumate și să asigure căi de atac eficiente la nivel național pentru încălcările drepturilor omului. În situațiile în care mecanismele interne nu oferă remedii adecvate, persoanele vizate pot recurge la mecanisme internaționale și regionale de plângeri individuale, care consolidează aplicabilitatea și efectivitatea standardelor internaționale în domeniul drepturilor omului. Astfel, cele trei obligații – de a respecta, proteja și realiza – devin fundamentul unui sistem coerent de prevenire a violenței, protecție a victimelor și gestionare a sănătății mintale în conformitate cu drepturile omului.

1.3. PRINCIPIILE NEDISCRIMINĂRII, PROPORȚIONALITĂȚII ȘI RESPECTULUI FAȚĂ DE DEMNITATEA UMANĂ

În domeniul sănătății mintale, principiile nediscriminării, proporționalității și respectului față de demnitatea umană constituie repere esențiale care trebuie să structureze atât arhitectura cadrului normativ, cât și funcționarea mecanismelor instituționale de intervenție.

Nediscriminarea presupune recunoașterea faptului că persoanele cu tulburări mintale se bucură de aceleași drepturi și libertăți ca orice altă persoană, iar particularitățile lor de sănătate nu pot justifica, în sine, restrângerea autonomiei sau aplicarea unor tratamente diferențiate. Această abordare exclude orice practică ce fundamentează internarea, tratamentul forțat sau măsurile de supraveghere pe simpla prezență a unei dizabilități psihosociale și impune evaluarea individualizată, bazată pe criterii obiective, a necesităților de protecție, precum și adoptarea unor măsuri rezonabile de acomodare care să permită exercitarea efectivă a drepturilor în condiții de egalitate.

Principiul proporționalității funcționează ca o limită fundamentală în justificarea oricărei ingerințe asupra libertății sau integrității persoanei, în special în situațiile de criză psihiatrică. Orice restricție trebuie să fie necesară, adecvată și să nu depășească ceea ce este indispensabil pentru protejarea vieții, sănătății sau siguranței persoanei ori a celor din jur, iar autoritățile sunt obligate să privilegieze soluțiile cele mai puțin restrictive.

Proporționalitatea impune, totodată, o analiză continuă a circumstanțelor, astfel încât o măsură adoptată la un moment dat să nu fie menținută din inerție instituțională, ci doar atâta timp cât persistă condițiile care au justificat-o. Prin această logică se evită transformarea intervențiilor de protecție în forme de control sau privare de libertate nejustificată.

Respectul față de demnitatea umană reprezintă principiul transversal care conferă substanță tuturor celorlalte garanții și reafirmă caracterul inerent al valorii fiecărei persoane. În contextul sănătății mintale, demnitatea se traduce prin asigurarea unei abordări centrate pe persoană, prin recunoașterea capacității sale de a participa la luarea deciziilor privind propria viață, inclusiv propriul tratament, și prin garantarea faptului că orice formă de sprijin sau intervenție medicală este realizată cu respect, sensibilitate și fără a recurge la practici umilitoare sau degradante. Demnitatea reclamă, de asemenea, dezvoltarea serviciilor comunitare, a mecanismelor de suport și a unor medii terapeutice care promovează incluziunea, autonomia și recuperarea, în locul izolării sau dependenței instituționale.

Împreună, aceste principii formează baza unui cadru normativ coerent, orientat spre un model de sănătate mintală centrat pe drepturi, în care siguranța publică, protecția persoanelor vulnerabile și respectarea drepturilor fundamentale nu sunt obiective contradictorii. Dimpotrivă, ele se completează reciproc, iar intervențiile statului sunt calibrate astfel încât să maximizeze autonomia persoanei, să reducă la minimum restricțiile și să reafirme faptul că demnitatea umană este fundamentul al oricărei politici, proceduri sau practici în acest domeniu.

1.4. REGLEMENTĂRI NAȚIONALE PRIVIND TRATAMENTUL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE

Cadrul normativ în domeniul sănătății mintale constituie o componentă esențială a sistemului național de protecție a drepturilor omului, orientat spre garantarea unui tratament adecvat, a unor servicii accesibile și a unor garanții procedurale eficiente pentru persoanele cu tulburări mintale. Reglementările interne urmăresc să stabilească standarde clare privind organizarea serviciilor, responsabilitățile profesioniștilor, garanțiile procedurale aplicabile persoanelor cu tulburări mintale și mecanismele de control destinate prevenirii abuzurilor. Evoluția acestor norme evidențiază un proces de armonizare progresivă cu principiile stabilite de Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului și recomandările organismelor internaționale specializate în sănătate publică și în drepturile omului.

În acest context, cadrul normativ național nu se limitează la legislația de bază privind sănătatea mintală, ci include o serie de acte normative care reglementează proceduri judiciare, garanții de integritate fizică și psihică, condiții de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical în cazul persoanelor aflate în conflict cu legea, drepturile pacientului, precum și funcționarea serviciilor comunitare. Analiza acestor norme permite evaluarea măsurii în care legislația actuală răspunde necesităților sistemului, asigură protecția efectivă a drepturilor persoanelor cu tulburări mintale și oferă un cadru adecvat pentru intervențiile autorităților.

Principalul act normativ care reglementează mijloacele de protecție a sănătății mintale și tratamentul tulburărilor mintale este **Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114 din 16.05.2024**. Noua lege și-a propus să asigure un sistem eficient de asistență, prevenire și monitorizare în domeniul sănătății mintale, să seteze un nivel sporit de protecție pentru drepturile persoanelor cu tulburări mintale și de comportament și să reglementeze clar procedurile privind diagnosticul, tratamentul și internarea acestor persoane. Legea introduce conceptul de ”bunăstare mintală” și oferă o nouă redacție a definiției de capacitate, precum și de asistență medicală în sănătatea mintală care presupune furnizare de servicii medicale, cum ar fi prevenirea, profilaxia, screening-ul, intervenții farmacologice, psihoterapeutice și alte intervenții bazate pe dovezi în tulburările mintale și de comportament. Totodată, legea descrie atribuțiile autorităților publice centrale și locale și pune accent sporit pe subiectul promovării sănătății mintale în comunitate, inclusiv printr-o colaborare interinstituțională strânsă. Pornind de la principiile de bază privind drepturile omului, Legea Nr. 114/2024 reglementează explicit procedurile de internare voluntară și nevoluntară, astfel încât recurgerea la internarea nevoluntară să fie soluția de ultim resort, dar și stabilește reguli speciale privind exercitarea căilor de atac împotriva hotărârilor primei instanțe privind internarea nevoluntară.

Guvernul, în termen de 6 luni de la intrarea în vigoare a Legii Nr. 114/2024, urma să aducă actele sale normative în concordanță cu legea și să propună Parlamentului propuneri pentru aducerea legislației în conformitate cu aceasta. La data redactării prezentului studiu, nu au fost identificate acte normative sau proiecte de acte normative care să evidențieze implementarea acestor măsuri. Astfel, lipsa reglementărilor secundare limitează capacitatea autorităților de a interveni și de a acționa

coerent, iar legea riscă să rămână un cadru cu aplicabilitate fragmentară și dependentă de inițiative instituționale ad-hoc.

În acest context, dar și având în vedere sensibilitatea domeniului de reglementare, ar fi utilă monitorizarea implementării Legii Nr. 114, astfel încât să fie identificat gradul de aplicare și impactul acesteia asupra drepturilor omului.

Programul național privind sănătatea mintală pentru anii 2023-2027, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 971 din 06.12.2023, deși încă nearmonizat cu dispozițiile Legii Nr. 114/2024, stabilește direcții strategice orientate spre fortificarea serviciilor comunitare de sănătate mintală și reformarea sistemului de sănătate mintală existent, inclusiv prin dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități mintale. Programul își propune implementarea angajamentelor asumate de Republica Moldova în temeiul Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, precum și a recomandărilor care derivă din mecanismele internaționale de monitorizare, precum Evaluarea Periodică Universală, Convenția privind drepturile copilului, Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale.

Analiza situației existente a scos în evidență caracterul fragmentat al serviciilor de sănătate mintală, dispersate între structuri servicii spitalicești, comunitare, de asistență medicală primară și sociale, în lipsa unor mecanisme eficiente de coordonare capabile să asigure continuitatea intervențiilor. În pofida existenței serviciului comunitar de sănătate mintală dezvoltat, asistența psihiatrică rămâne puternic centrată pe intervenția curativă, fiind în mod insuficient completată de abordări psihosociale, iar absența unui sistem informațional integrat generează deficiențe majore în transmiterea datelor către CCSM la externarea pacienților din spital și, respectiv, lipsa continuității în prestarea serviciilor de sănătate mintală. Deși pacienții acuti sunt transportați cel mai frecvent către serviciile spitalicești de asistență medicală urgentă prespitalicească, inclusiv de către poliție, comunicarea dintre serviciul de ambulatoriu, CCSM și serviciul spitalicesc este insuficientă. Insuficiența dezvoltării serviciilor sociale de către autoritățile publice locale provoacă instituționalizarea persoanelor afectate de maladii mintale, precum și creșterea cheltuielilor pentru administrarea unor servicii inadecvate necesităților și așteptărilor. În lipsa mecanismelor eficiente de conlucrare în vederea dezvoltării asistenței comunitare integrate și în condițiile serviciilor sociale slab dezvoltate, este dificilă transferarea pacienților cu probleme de sănătate mintală către servicii la nivel de comunitate, întâmpinându-se dificultăți la trecerea din sistemul medical către cel social.

În acest context, Programul subliniază că reforma sănătății mintale necesită nu doar ajustarea legislației din domeniul medical, ci și intervenții legislative în sfera asistenței sociale, în vederea asigurării unei complementarități funcționale la nivel comunitar și a unei mai bune calități a vieții persoanelor dezinstituționalizate. Totodată, se confirmă implicarea limitată a persoanelor cu tulburări mintale și a familiilor acestora în procesul terapeutic, cu precădere în situațiile de agravare a afecțiunii, lipsa unor programe de educație privind particularitățile afecțiunilor mintale și accesul redus la informații relevante, ceea ce îngreunează gestionarea adecvată a stării de sănătate. Deficitul de programe orientate spre comunicare publică, promovarea sănătății mintale și combaterea stigmei

împiedică mobilizarea actorilor sociali, inclusiv a mass-mediei, în sprijinul înțelegerii și acceptării de către comunitate a reformelor în sănătatea mintală și a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Programul prevede o serie de acțiuni orientate spre dezvoltarea unor servicii integrate de sănătate mintală și îngrijire socială, menite să faciliteze incluziunea și participarea persoanelor cu tulburări mintale în comunitate, precum și dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală complexe pentru intervențiile în criză și de rehabilitare psihosocială într-un concept integrat. Majoritatea acțiunilor planificate au ca termen de realizare anul 2027, reflectând o abordare strategică pe termen mediu pentru transformarea sustenabilă a sistemului național de sănătate mintală.

Suplimentar, cadrul normativ național conține o multitudine de acte normative – legi, hotărâri de guvern, acte normative ale autorităților administrației publice centrale de specialitate, care reglementează aspecte legate de rehabilitarea medicală și socială a persoanelor cu dizabilități pentru a le ajuta să atingă și să mențină un nivel optim de activitate fizică, intelectuală, psihică și/sau socială. Printre acestea se numără Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități Nr. 60 din 30.03.2012, Legea asistenței sociale Nr. 547 din 25.12.2003, care stau la baza creării mai multor servicii medico-sociale pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală.

Codul penal al Republicii Moldova conține o serie de reglementări importante privind răspunderea penală pentru infracțiunile săvârșite de persoane cu tulburări mintale, dezvoltă procedura de stabilire, schimbare, prelungire și încetare a aplicării a măsurilor de constrângere cu caracter medical în privința persoanelor care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală fiind în stare de iresponsabilitate ori s-au îmbolnăvit de o boală psihică până la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei.

Astfel potrivit dispozițiilor articolului 23, nu este pasibilă de răspundere penală persoana care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, se afla în stare de iresponsabilitate, adică nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau nu putea să le dirijeze din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii instanței de judecată, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical: *(i) internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită și (ii) internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă*. De asemenea, nu este pasibilă de pedeapsă persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o maladie psihică ce a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau de a le dirija. În baza hotărârii instanței de judecată, față de o asemenea persoană pot fi aplicate aceleași măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire – ea poate fi supusă pedepsei.

Articolul 24 stabilește reglementări privind responsabilitatea penală redusă, menționând: persoana care a săvârșit o infracțiune ca urmare a unei tulburări psihice, constatată prin expertiza medicală efectuată în modul stabilit, din cauza căreia nu-și putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin este pasibilă de responsabilitate penală redusă. Instanța

de judecată, la stabilirea pedepsei sau a măsurilor de siguranță, ține cont de tulburarea psihică existentă, care însă nu exclude răspunderea penală.

Articolele 99 - 103 conțin reglementări privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și internarea într-o instituție psihiatrică, stabilirea, schimbarea și încetarea MCCM și deducerea duratei de aplicare a MCCM.

Codul de procedură penală al Republicii Moldova instituie un set de garanții în cadrul procesului penal care se desfășoară în privința unei persoane iresponsabile căreia i se încredințează săvârșirea unei fapte penale sau în privința unei persoane care s-a îmbolnăvit de o boală psihică după săvârșirea unor asemenea fapte, stabilește procedura de revocare sau încetare a măsurii preventive în cazul persoanelor grav bolnave, inclusiv a celor cu tulburări mintale, reglementează procedura aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical și de verificare a necesității de a aplica în continuare a acestor măsuri, drepturile persoanei în privința căreia se desfășoară procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical.

Codul de executare al Republicii Moldova reglementează modul și condițiile executării pedepsei penale, procedura de liberare de la executarea pedepsei a persoanelor grav bolnave și, inter alia, în articolul 288 stabilește modul de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical în instituțiile psihiatrice.

Statutul executării pedepsei de către condamnați, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 583 din 26.05.2006, reglementează temeiul, condițiile și procedura punerii în executare de către administrația penitenciară și executării de către condamnați a pedepselor penale privative de libertate – închisoarea și detențiunea pe viață.

Actul normativ conține o secțiune distinctă (secțiunea a 44-a), care reglementează modul de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical în secțiile de psihiatrie a penitenciarelor. Potrivit pct. 534, modul de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical în instituțiile psihiatrice este reglementat de Codul penal, Codul de executare, Legea privind asistența psihiatrică²¹ și de alte acte normative în vigoare.

Regulamentul cu privire la organizarea asistenței medicale deținuților în instituțiile penitenciare, aprobat prin Ordinul Ministerului Justiției Nr. 343 din 29.12.2022 reglementează managementul de caz al deținuților cu probleme de sănătate mintală și boli psihice, menționându-se că supravegherea medicală a deținuților cu boli psihice și tulburări mintale se realizează în corespundere cu actele normative ale Ministerului Sănătății.

Regulamentul cu privire la procedura de examinare medicală a deținuților grav bolnavi pentru aplicarea liberării de la executarea pedepsei sau pentru înlocuirea, revocarea arestului preventiv, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 417 din 12.06.2024, conține reglementări distincte privind examinarea și stabilirea diagnosticului clinic pentru constatarea unei boli psihice, dar și

²¹ Abrogată la data intrării în vigoare a Legii privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114 din 16.05.2024

procedura de înaintare a demersului pentru aplicarea liberării de la executarea pedepsei sau pentru înlocuirea, revocarea arestului preventiv. Totodată, documentul conține lista bolilor psihice ce lipsesc persoana de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sale sau de a le dirija, care constituie temei pentru înaintarea demersului pentru liberarea de la executarea pedepsei sau pentru înlocuirea, revocarea arestului preventiv a deținuților grav bolnavi instanței de judecată

Deși măsurile de constrângere cu caracter medical fac obiect de reglementare a mai multor acte normative, o serie de studii și rapoarte evaluează situația la acest capitol, evidențiind carențele cadrului normativ, dar și a practicii de aplicare a acestor măsuri.²²

1.5. INSTITUȚIILE RESPONSABILE ȘI ATRIBUȚIILE LOR

Asistența în sănătatea mintală se acordă tuturor cetățenilor, pe tot parcursul vieții, în funcție de necesitățile individuale ale fiecărei persoane. Ea trebuie să fie acordată cu prioritate în comunitate, în proximitatea mediului natural al persoanei, prin acțiuni de promovare a sănătății și bunăstării mintale desfășurate de autoritățile administrației publice centrale și locale, instituțiile publice și private, precum și în cadrul locurilor de studii, de muncă sau al altor spații în care persoana se află temporar sau permanent.

Asistența în sănătatea mintală are caracter multidisciplinar și presupune un efort coordonat între diferite sectoare, orientat spre menținerea persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în familie și comunitate. În acest sens, relația dintre persoanele cu tulburări mintale și instituțiile statului este configurată printr-un ansamblu de atribuții distribuite între diferite autorități publice, ale căror acțiune convergentă este esențială pentru asigurarea protecției drepturilor, accesului la servicii adecvate și integrării în comunitate. Sistemul de sănătate are un rol central în identificarea, evaluarea, tratamentul și monitorizarea stării de sănătate mintală, însă funcționarea eficientă a acestuia depinde de interacțiunea lui cu mecanismele de asistență și protecție socială, care oferă suportul necesar pentru viața independentă, incluziune și participare socială. Deopotrivă, sistemul judiciar și cel de executare a pedepselor sunt chemate să garanteze respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor cu tulburări mintale aflate în contact cu legea, să asigure proceduri echitabile și adaptate vulnerabilităților acestora și să prevină tratamentele abuzive sau necorespunzătoare situațiilor de criză psihiatrică, intervenția în condiții de siguranță și protejarea demnității persoanelor cu afecțiuni mintale, în conformitate cu principiile proporționalității și nediscriminării. Totodată, autoritățile administrației publice locale sunt responsabile pentru dezvoltarea și coordonarea serviciilor sociale necesare comunității, facilitarea accesului la suport social și crearea unui mediu incluziv, adaptat nevoilor persoanelor cu tulburări mintale.

²² A se vedea: rapoartele Avocatului Poporului, <https://ombudsman.md/rapoarte/>; Raportul „Evaluarea situației sistemului de tratament (măsuri) prin constrângere cu caracter medical în Republica Moldova, IDOM, 2024: <https://soros.md/publicatii/evaluarea-situatiei-sistemului-de-tratament-masuri-prin-constrangere-cu-caracter-medical-in-republica-moldova/>

Prin urmare, atribuțiile acestor entități, deși distincte, se află într-o relație de complementaritate și coerență sistemică, iar funcționarea lor eficientă depinde de cooperarea interinstituțională și de aplicarea consecventă a cadrului normativ național și internațional.

1.5.1. SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Ministerul Sănătății este organul central de specialitate al administrației publice responsabil de realizarea politicii guvernamentale în domeniul ocrotirii sănătății, având rolul de a asigura, prin intermediul instituțiilor medico-sanitare publice din sfera de competență, prestarea serviciilor medicale, de a elabora documente de politici și proiecte de acte normative în domeniul său de activitate, precum și de a monitoriza calitatea acestora în colaborare cu societatea civilă și sectorul privat.

În domeniul sănătății mintale, ministerului îi revin atribuții complexe stabilite de Legea Nr. 114/2024, care includ elaborarea și monitorizarea implementării documentelor de politici publice din domeniul sănătății mintale, precum și elaborarea și aprobarea actelor normative, instrucțiunilor și indicațiilor metodice privind prevenirea, depistarea precoce, tratamentul tulburărilor mintale și de comportament și reabilitarea psihosocială a sănătății mintale. Ministerul este, de asemenea, responsabil de dezvoltarea mecanismelor eficiente de conlucrare interinstituțională, elaborate cu alte autorități publice și părți interesate, atât pentru reglementarea transportării persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în vederea internării nevoluntare și asigurării securității personalului medical și a persoanei vizate, cât și pentru cooperarea interinstituțională în ceea ce privește prevenirea, depistarea timpurie, tratamentul tulburărilor mintale și de comportament și reabilitarea psihosocială a persoanelor afectate. Tot în sarcina ministerului intră elaborarea actelor normative privind standardele minime de calitate în acordarea asistenței în sănătatea mintală de către prestatorii de servicii publice și privați, elaborarea și aprobarea documentelor-model necesare aplicării Legii Nr. 114/2024, precum și analiza și monitorizarea, în colaborare cu alte părți interesate, a factorilor de risc biologic, psihologic și social la nivelul întregii populații și al grupurilor vulnerabile. Ministerul este responsabil pentru elaborarea și aprobarea actelor normative ce reglementează procedura de aplicare a măsurilor de limitare a libertății de mișcare în cazul spitalizării într-o instituție medico-sanitară specializată în sănătate mintală în privința adulților și copiilor, dar și pentru elaborarea și aprobarea procedurii de contestare a diagnosticului de tulburare mintală și de comportament.

Asistența medicală în sănătatea mintală se acordă de către structurile specializate ale sistemului sănătății, indiferent de forma de proprietate și de organizare, ca parte componentă a asistenței medicale generale, proporțional cu necesitățile individuale stabilite, la orice etapă de intervenție: asistența medicală urgentă prespitalicească; asistența medicală primară; asistența medicală specializată de ambulatoriu; asistența medicală spitalicească.

Serviciile medicale de sănătate mintală se acordă de medicul psihiatru, medicul psihoterapeut, medicul de familie, asistentul medical specializat sau alt personal de specialitate în funcție de necesitățile pacientului. Serviciile psihosociale de sănătate mintală se acordă de psiholog, psihoterapeut, asistent social, ergoterapeut și alți specialiști instruiți în diferite forme de ergoterapie

ocupatională, lucrător de la egal la egal, voluntar care a urmat cursuri de instruire în domeniu, logoped și alt personal cu pregătire în domeniul asistenței în sănătatea mintală.

Persoanele cu tulburări mintale și de comportament care refuză să frecventeze instituțiile medicale, însă acceptă tratamentul, beneficiază de asistență medicală primară gratuită în baza examenului medical periodic. În cazul în care aceste persoane necesită tratament, însă refuză să-l urmeze și tulburarea respectivă prezintă risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății lor sau a altor persoane, medicul care acordă asistență medicală primară și de ambulatoriu poate solicita internarea nevoluntară în baza protocoalelor clinice și de conduită a bolii.

IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru, IMSP Spitalul de Psihiatrie Bălți, IMSP Spitalul de Psihiatrie Orhei oferă servicii medicale pacienților cu probleme de sănătate mintală. În IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru, pe lângă asistența psihiatrică spitalicească și extraspitalicească pentru adulți și copii, funcționează unica secție din țară în care se acordă asistență spitalicească pacienților cu probleme de sănătate mintală care suferă concomitent de tuberculoză și unicele secții care asigură tratamentul prin constrângere cu supraveghere obișnuită și riguroasă a pacienților cu tulburări mintale care au comis diverse infracțiuni, în conformitate cu hotărârile instanțelor de judecată.

Centrele comunitare de sănătate mintală sunt instituții medico-sociale publice sau private care oferă persoanelor cu probleme de sănătate mintală asistență medicală consultativă de evaluare, prevenire și depistare precoce, reabilitare psihosocială în vederea incluziunii socioprofesionale și familiale a acestora, suport și mediere în relațiile cu familia și comunitatea. Actualmente în Republica Moldova funcționează 40 de Centre de sănătate mintală, care își desfășoară activitatea în toate raioanele și municipiile.

Atribuțiile și serviciile oferite de centre sunt stabilite în Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 55 din 30.01.2012, acesta nefiind revizuit în urma adoptării Legii Nr. 114/2024.

În funcție de necesitățile copiilor și adulților cu dizabilități mintale din comunitate, centrele oferă servicii psihiatrice consultative de ambulatoriu, servicii în centre de zi, servicii de asistență mobilă la domiciliu și de soluționare a crizelor. Pentru asigurarea prestării acestor servicii, centrelor le revin un șir de atribuții, între care depistarea precoce a factorilor de risc care pot provoca tulburări mintale și dereglări comportamentale, realizarea măsurilor pentru tratarea lor și prevenirea evoluțiilor nefavorabile; oferirea serviciilor consultative, intervențiilor psihoterapeutice, recomandării și supravegherii tratamentului farmacoterapeutic de susținere, dar și prescrierea medicamentelor compensate; depistarea, supravegherea și evidența persoanelor cu probleme de sănătate mintală; oferirea plasamentului temporar și referirea beneficiarilor către serviciile „Locuință protejată” și „Casă comunitară”; depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare și disfuncțiilor psihopatologice la copii și adolescenți; asigurarea incluziunii sociale a persoanelor cu probleme de sănătate mintală prin combaterea stigmei și sensibilizarea comunității în problemele sănătății mintale; asigurarea serviciilor de asistență mobilă la domiciliu și de reabilitare prin intermediul echipelor

multidisciplinare; oferirea asistenței mobile la domiciliu în cazurile de urgență prin intermediul echipei mobile.

Admiterea beneficiarilor în Centrele comunitare de sănătate mintală are un caracter temporar și se face în baza următoarelor criterii de admitere: (i) existența unei tulburări mintale și de comportament, (ii) domiciliul în aria arondată, (iii) necesitatea serviciilor medicale de sănătate mintală și/sau psihosocială. **La admiterea în centre trebuie să fie luate în considerare contraindicațiile care ar putea afecta ceilalți beneficiari – prezența bolilor infecțioase în faza activă, dereglările de comportament care prezintă pericol social și consumul de substanțe psihoactive și droguri.** Totodată, aceste prevederi se află în prezent în proces de revizuire, în contextul reformelor inițiate de Ministerul Sănătății în domeniul sănătății mintale. Ministerul Sănătății a anunțat intenția de a consolida și armoniza cadrul normativ și instituțional privind serviciile de sănătate mintală și tratamentul dependențelor, inclusiv printr-o mai bună integrare a serviciilor de psihiatrie și narcologie.

Ministerul Sănătății subliniază că diversitatea și complexitatea problemelor cu care se confruntă persoanele cu boli cronice impune regândirea modului de organizare și prestare a serviciilor la nivel de comunitate, prin unificarea resurselor umane, materiale și financiare astfel încât necesitățile beneficiarilor să fie abordate într-o manieră integrată. În acest sens, OMS recomandă valorificarea potențialului profesional al asistentului medical comunitar, prin includerea acestuia în echipe multidisciplinare de îngrijire la nivel de comunitate. Dezvoltarea asistenței medicale comunitare reprezintă, de altfel, una dintre prioritățile **Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030”**, aprobată prin Hotărârea Guvernului Nr. 387 din 14.06.2023, fiind modalitatea prin care sistemul de sănătate poate consolida prevenția, monitorizarea și îngrijirea continuă a persoanelor cu boli cronice și, totodată, poate sprijini dezvoltarea capacității acestora de autoîngrijire. Necesitatea organizării asistenței medicale comunitare în baza unui model integrat, care să conecteze serviciile de asistență medicală, cu serviciile sociale comunitare existente, inclusiv cele educaționale în domeniul prevenirii, precum și implicarea activă a autorităților publice locale în coordonarea acestor procese, este determinată și de tranziția epidemiologică marcată de prevalența ridicată a maladiilor cronice netransmisibile – boli cardiovasculare, cancer, diabet zaharat, **tulburări mintale și de comportament** – care presupun tratamente și îngrijiri continue.

Conform raportului de progres pentru anul 2024 privind implementarea Strategiei „Sănătatea 2030”²³, au fost deja inițiate acțiuni orientate spre dezvoltarea serviciilor adaptate nevoilor persoanelor vârstnice, cu accent pe îngrijirea la domiciliu și pe sprijinul în domeniul sănătății mintale. O direcție esențială a fost dezvoltarea capacităților familiilor care îngrijesc persoane în etate cu dizabilități psihice, fiind organizate programe de instruire axate pe îngrijirile geriatrie la domiciliu și pe principiile abordării terapeutice adecvate pentru pacienții vârstnici cu afecțiuni mintale. În

²³ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2025/07/Raportul-de-progres-privind-implementarea-Strategiei-na%C8%9Bionale-de-s%C4%83n%C4%83tate-%E2%80%9ES%C4%83n%C4%83tate-2030%E2%80%9D-pentru-anul-2024.pdf>

paralel, a fost acordat sprijin autorităților publice locale de nivelul II pentru crearea și dezvoltarea serviciilor comunitare integrate de sănătate mintală, exemple de implementare locală incluzând:

- Rezina – au fost dezvoltate trei tipuri de servicii specializate: comisii de suport monetar, vizite la domiciliu și instruirea membrilor familiei;
- Anenii Noi – funcționează un serviciu activ care oferă vizite la domiciliu pentru persoanele vârstnice.

1.5.2. SISTEMUL DE ASISTENȚĂ ȘI PROTECȚIE SOCIALĂ

Asistența socială constituie o componentă esențială a sistemului național de protecție socială, având ca scop prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale riscurilor sociale care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor și a familiilor aflate în dificultate.

De asistență socială beneficiază persoanele și familiile care, din cauza unor factori de natură economică, fizică, psihologică sau socială, nu au posibilitate prin propriile capacități și competențe să prevină și să depășească situațiile de dificultate, inclusiv copiii și tinerii ai căror sănătate, dezvoltare și integritate fizică, psihică sau morală sunt prejudiciate în mediul în care locuiesc; familiile care nu își îndeplinesc în mod corespunzător obligațiile privind îngrijirea, întreținerea și educarea copiilor; persoanele afectate de violență în familie; familiile afectate de violența în familie; persoanele fără familie, care nu pot gospodări singure, care necesită îngrijire și supraveghere sau sunt incapabile să facă față nevoilor socio-medicale; persoanele cu dizabilități și alte persoane și familii aflate în dificultate.

Asistența socială se acordă sub formă de servicii sociale și de prestații sociale (compensații, alocații, indemnizații, ajutor social, material și de altă natură). Serviciile sociale reprezintă ansamblul intervențiilor destinate satisfacerii necesităților sociale și de prevenire a marginalizării, fiind prestate cu prioritate în mediul familial, comunitate și, ca ultimă soluție, în instituțiile rezidențiale. Acestea includ servicii sociale primare, specializate și servicii cu specializare înaltă, cu sau fără componentă rezidențială, adaptate nivelului de dependență și complexității nevoilor beneficiarilor.

În domeniul sănătății mintale, asistența socială se prestează de către instituții de stat și private, precum și organizații neguvernamentale în scopul susținerii vieții independente, integrării în comunitate și familie a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament. Persoanele cu astfel de tulburări pot beneficia de asistență socială acordată sub formă de servicii sociale și prestații sociale conform prevederilor Legii Nr. 547/2003 privind asistența socială.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale este responsabil pentru realizarea politicii guvernamentale în domeniul protecției sociale, revenindu-i funcția de a asigura, prin intermediul instituțiilor din subordine, prestarea serviciilor în domeniile de competență. În domeniul sănătății și bunăstării mintale, MMPS este responsabil pentru elaborarea, coordonarea, implementarea și monitorizarea documentelor de politici publice care asigură prestarea serviciilor sociale în conformitate cu necesitățile persoanelor cu tulburări mintale și de comportament, inclusiv cele care asigură dezinstituționalizarea și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități psihosociale și intelectuale;

analiza impedimentelor privind accesul la muncă al persoanelor cu tulburări mintale și de comportament și elaborarea mecanismelor de soluționare a acestora. Totodată, MMPS este responsabil de organizarea, implementarea și monitorizarea acordării serviciilor de sănătate mintală în instituțiile din subordine, cu profil de activitate pe domeniu, de asigurarea formării continue a specialiștilor care prestează servicii sociale persoanelor cu tulburări mintale și de comportament, precum și de promovarea și dezvoltarea parteneriatelor cu organizații necomerciale și cu organizații internaționale pentru a spori accesul la servicii sociale pentru grupurile vulnerabile.

Agențiile teritoriale de asistență socială din subordinea MMPS implementează politica de stat în domeniul asistenței sociale și acordă suport metodologic autorităților administrației publice locale de nivelul întâi și prestatorilor de servicii sociale publici și privați. Acestea analizează și evaluează problemele sociale ale persoanelor cu dizabilități pe teritoriul arondat și dezvoltă programe locale de asistență socială pentru această categorie de persoane, înființează servicii sociale primare și specializate pentru persoanele cu dizabilități, asigurând resursele umane, materiale și financiare necesare pentru buna lor funcționare. În cadrul Agențiilor, la nivelul fiecărei unități administrativ-teritoriale de nivelul al doilea arondate, se organizează și funcționează structuri teritoriale de asistență socială.

Agenția pentru gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă, aflată în subordinea MMPS, este responsabilă de gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă și de implementarea politicii statului în domeniile de activitate încredințate. Printre funcțiile relevante ale Agenției se numără organizarea *Serviciul social „Asistență personală”* cu specializare înaltă și prestarea serviciului social de asistență personală, în cazul în care un asemenea serviciu nu poate fi organizat și gestionat de către autoritățile administrației publice locale, în raza administrativ-teritorială stabilită de către MMPS. Între instituțiile aflate în gestiunea Agenției se află Centrele de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități din municipiile Bălți, Hîncești, Orhei, comunele Brînzeni și Bădiceni.

Centrele de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități prestează servicii socio-medicale cu specializare înaltă de plasament temporar, oferind asistență și intervenții complexe ce pot include orice combinație de servicii sociale specializate, acordate beneficiarilor cu dependență sporită, **în special persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale**, și care necesită supraveghere continuă, 24/24 de ore, pentru îmbunătățirea calității vieții. Printre serviciile prestate de Centre se numără *Serviciul social cu specializare înaltă*, cu plasament de urgență, plasament planificat și plasament contra plată, *Serviciul social „Locuință protejată”* și *Serviciul social „Casă comunitară”*.

Beneficiari ai Centrelor sunt persoanele cu dizabilități, cetățeni ai Republicii Moldova sau unele categorii de străini, care întrunesc cumulativ condițiile stabilite în Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a centrelor de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități, aprobat prin Ordinul MMPS Nr. 43 din 26.05.2022²⁴. O condiție este ca ***persoana să prezinte risc social pentru sine sau pentru alte persoane din familie și/sau comunitate***, situația de risc social fiind documentată și

²⁴ <https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/01/Ordin-43-Regulament.pdf>

confirmată de autorități. O altă condiție este **imposibilitatea încadrării persoanei în alte servicii la nivel comunitar**. Problemele de sănătate mintală în fază acută ce prezintă pericol social și nemijlocit pentru persoană, care urmează a fi referite imediat către serviciile medicale specializate, constituie o contraindicație pentru admitere în plasament.

Persoana este admisă în plasamentul de urgență, dacă aceasta are indicații pentru un serviciu social cu specializare înaltă cu profil psihoneurologic. În perioada celor 30 de zile ale plasamentului de urgență, în funcție de situație, trebuie să fie realizate evaluările inițială și complexă, elaborat Planul individualizat de asistență și întreprinse măsurile necesare în vederea referirii beneficiarului către serviciile sociale corespunzătoare nevoilor personale.

Serviciul social „Casă comunitară” este un serviciu social specializat, scopul acestuia fiind îngrijirea permanentă, dezvoltarea aptitudinilor de autoservire și socializare a beneficiarilor în vederea facilitării creșterii capacității lor de a se (re)integra în familie și societate.

Beneficiari ai Serviciului sunt persoanele cu dizabilități severe, care necesită protecție, îngrijire și suport specializat continuu în raport cu vârsta și dezvoltarea lor și care întrunesc anumite condiții de eligibilitate: au dizabilitate de grad sever și necesită îngrijire permanentă, inclusiv în contextul dezinstituționalizării sau prevenirii instituționalizării; **starea de sănătate nu pune în pericol integritatea celorlalți beneficiari ai Serviciului**; nu pot fi plasate în familia biologică / extinsă sau într-un alt serviciu de protecție socială pentru asigurarea îngrijirii permanente necesare; plasamentul în Serviciu este măsura de protecție cea mai potrivită pentru solicitant; raportul de evaluare complexă a solicitantului a atestat concordanța necesităților sale individuale de asistență și suport cu specificul Serviciului.

Serviciul este organizat separat pentru beneficiari copii și adulți. La atingerea de către beneficiar a vârstei de 18 ani, prestatorul contribuie la transferarea acestuia într-un Serviciu unde sunt plasate persoanele adulte sau în alt serviciu social specializat, corespunzător necesităților sale.

Serviciul social „Locuință protejată” este un serviciu social specializat, scopul căruia este crearea condițiilor pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu dizabilități mintale.

Beneficiari al Serviciului sunt persoanele cu dizabilități mintale care, în urma unei tulburări psihice (boli mintale sau deficiențe mintale), conștientizează și își dirijează acțiunile, au împlinit vârsta de 18 ani, nu dispun de locuință sau necesită îmbunătățirea condițiilor de trai și care, cu suport periodic, pot duce o viață independentă în comunitate. **Plasarea solicitanților în Serviciu este posibilă dacă nu există circumstanțe care ar putea afecta integritatea fizică sau psihică a cel puțin unuia dintre beneficiarii Serviciului și sunt îndeplinite condițiile de compatibilitate între beneficiarii Serviciului plasați în aceeași locuință.**

Serviciul social „Echipă mobilă” este un serviciu specializat, destinat persoanelor cu dizabilități, care oferă asistență socială și suport la domiciliul beneficiarilor, în baza nevoilor identificate ale acestora, precum și consiliere și suport persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestora.

Scopul Serviciului este îmbunătățirea calității vieții beneficiarului prin servicii de consiliere, recuperare și reabilitarea psihosocială, în vederea creșterii gradului de autonomie personală, de prevenire a instituționalizării și incluziune socială.

Beneficiari ai Serviciului sunt persoanele cu dizabilități, selectate în conformitate cu criteriile de admitere: posesia unui grad de dizabilitate accentuată sau severă; riscul înalt de abandon și instituționalizare confirmat prin formularul de evaluare complexă; existența acordului scris al beneficiarului sau al reprezentantului legal al acestuia cu referință la prestarea de servicii în cadrul Serviciului; documentarea de către asistentul social comunitar a profilului beneficiarului, în conformitate cu Managementul de caz.

Serviciul social „Asistență personală” este un serviciu social de îngrijire la domiciliu a persoanelor cu dizabilități severe, pentru dezvoltarea sau menținerea autonomiei personale și sprijin pentru prevenirea instituționalizării și facilitarea incluziunii sociale a acestora. Beneficiari ai serviciului sunt persoanele cu dizabilități severe, inclusiv copiii cu dizabilități severe, care nu beneficiază de servicii în cadrul unor instituții rezidențiale și de alocație pentru îngrijire și/sau însoțire, supraveghere. Dreptul la asistență personală se stabilește dacă se constată, *inter alia*, prezența unui comportament problematic cu frecvență zilnică – persoana prezintă manifestări care deranjează prin faptul că sunt neobișnuite și repetate, perturbă activitatea altor persoane, sunt considerate rușinoase și inacceptabile, ***prezintă pericol pentru persoană și/sau pentru cei din jur (își provoacă durere fizică sie și sau altor persoane; distruge lucruri, are accese spontane de furie, râset, plâns etc).***²⁵

Analiza cadrului normativ și instituțional privind sistemul de asistență și protecție socială relevă existența unei rețele relativ diversificate de servicii sociale, orientate preponderent spre prevenirea marginalizării, susținerea vieții independente și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, inclusiv a celor cu dizabilități psihosociale și intelectuale. Din punct de vedere formal, sistemul oferă multiple tipuri de servicii – primare, specializate și cu specializare înaltă, cu sau fără componentă rezidențială – care pot contribui indirect la reducerea vulnerabilităților sociale asociate tulburărilor mintale. Cu toate acestea, analiza evidențiază că **accesibilitatea reală a acestor servicii pentru persoanele cu tulburări mintale și de comportament care prezintă risc de violență este limitată**, iar rolul sistemului social în prevenirea și gestionarea acestui risc rămâne unul secundar.

Deși accesul la majoritatea serviciilor sociale este condiționat de documentarea unui risc social pentru sine sau pentru alte persoane din familie și/sau comunitate, cadrul normativ impune necesitatea evaluări complexe și constatării imposibilității încadrării persoanei în alte servicii comunitare. Serviciile existente sunt orientate preponderent spre îngrijire, suport și incluziune, fără a include explicit componente de evaluare structurată și monitorizare a riscului de violență. Totodată, cadrul analizat prevede excluderea persoanelor cu probleme de sănătate mintală care prezintă risc de violență din serviciile sociale de plasament, acestea fiind direcționate, în anumite cazuri, către

²⁵ Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a Standardelor minime de calitate, aprobate prin Hotărârea Guvernului Nr. 314 din 23.05.2012, [HG314/2012](#)

serviciile medicale specializate. Această logică indică un model de intervenție predominant reactiv, orientat spre gestionarea consecințelor și nu spre prevenirea timpurie a comportamentelor cu potențial violent. Serviciile sociale primare și specializate, deși concepute pentru prevenirea marginalizării, nu sunt configurate ca instrumente de identificare precoce a riscului de violență asociat tulburărilor mintale.

În ansamblu, sistemul de asistență socială, deși bine reglementat din punct de vedere formal, nu este pe deplin adaptat pentru a răspunde nevoilor specifice ale persoanelor cu tulburări mintale și de comportament care prezintă risc de violență, iar rolul său în prevenirea acestui risc rămâne insuficient clarificat și pus în aplicare.

1.5.3. ADMINISTRAȚIA PUBLICĂ LOCALĂ

Rolul și atribuțiile autorităților administrației publice locale în domeniul sănătății mintale, al protecției sociale și al incluziunii persoanelor cu tulburări mintale și de comportament sunt determinate de cadrul normativ general privind administrația publică locală și descentralizarea administrativă, precum și de actele normative sectoriale relevante în domeniul protecției sociale, al sănătății publice și al protecției drepturilor copilului. În acest sens, Legea privind administrația publică locală Nr. 436 din 28.12.2006 și Legea privind descentralizarea administrativă Nr. 435 din 28.12.2006 stabilesc domeniile de activitate și competențele generale ale APL, completate de un ansamblu de legi organice și acte normative subsecvente care reglementează regimul general al protecției sociale, mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei, incluziunea socială și protecția persoanelor cu dizabilități.

În domeniul sănătății și bunăstării mintale²⁶ APL, în colaborare cu reprezentanții societății civile și ai sectorului privat, pot contribui la oferirea serviciilor medico-sociale de îngrijire, reabilitare, trai independent, incluziune socială și vocațională a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în conformitate cu competențele stabilite de lege și în limitele mijloacelor financiare disponibile. În acest context, autoritățile administrației publice locale de nivelul al doilea au responsabilitatea de a susține activitatea Centrelor de sănătate mintală din teritoriul administrat, în limitele mijloacelor financiare disponibile, contribuind astfel la asigurarea accesului populației la servicii specializate de sănătate mintală.

În domeniul incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, inclusiv a celor cu dizabilități psihosociale, APL pot dezvolta programe de incluziune socială, fie din surse proprii, fie în parteneriat cu organizații ale societății civile.²⁷

²⁶ A se vedea: articolul 13 din Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114 din 16.05.2024, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=143550&lang=ro

²⁷ A se vedea: articolul 56¹ din Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități Nr. 60 din 30.03.2012, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=151196&lang=ro#

În ceea ce privește organizarea asistenței sociale²⁸, autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi exercită un set amplu de atribuții cu caracter strategic, administrativ și operațional. Acestea inițiază studierea situației sociale din teritoriul administrat, analizează problemele sociale identificate și elaborează răspunsuri instituționale adecvate. În limitele competențelor lor, APL adoptă și dezvoltă strategii locale de susținere a persoanelor și familiilor defavorizate, adoptă programe de asistență socială și exercită controlul asupra implementării acestora. Autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi asigură, de asemenea, resursele umane, materiale și financiare necesare pentru implementarea programelor de asistență socială și pentru soluționarea problemelor sociale stringente din comunitate. În acest sens, APL contribuie la crearea condițiilor adecvate de activitate pentru personalul din sistemul de asistență socială care activează în teritoriul administrat și monitorizează, în comun cu alte entități, activitatea asistenților sociali și a lucrătorilor sociali.

În funcție de necesitățile identificate la nivel comunitar, autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi pot decide, în mod independent, crearea de servicii sociale și instituirea unităților de personal necesare pentru asigurarea accesului populației la aceste servicii.

În ceea ce privește prestarea serviciilor sociale²⁹, APL contribuie la dezvoltarea și finanțarea acestora în teritoriul administrat, aprobând resursele financiare necesare în conformitate cu legislația în vigoare. Activitatea nemijlocită de prestare a serviciilor sociale este realizată prin intermediul unităților de asistență socială, asistenților sociali și lucrătorilor sociali, selectați și angajați în condițiile legii, în cooperare cu alte servicii existente la nivel comunitar.

În exercitarea atribuțiilor privind prestarea serviciilor sociale, autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi informează populația și oferă consultații cu privire la serviciile sociale disponibile și la drepturile persoanelor de a beneficia de acestea, analizează necesitățile comunității în materie de servicii sociale și participă la selectarea și angajarea personalului de specialitate. De asemenea, ele facilitează și susțin activitatea asistenților sociali și a lucrătorilor sociali, planifică tipurile de servicii sociale în funcție de necesitățile populației și de resursele disponibile, sprijină asociațiile obștești de utilitate publică active în domeniul serviciilor sociale și transmit structurilor teritoriale de asistență socială informațiile rezultate din procesul de monitorizare și evaluare a serviciilor sociale acordate, în forma și termenele stabilite de cadrul normativ aplicabil.

1.5.4. SISTEMUL DE ASIGURARE A ORDINII ȘI SECURITĂȚII PUBLICE

Ministerul Afacerilor Interne își exercită atribuțiile într-o pluralitate de domenii de interes public, inclusiv în sfera ordinii și securității publice, având misiunea de a analiza sistemic situațiile și problemele din ariile de competență gestionate, de a elabora și promova politici publice eficiente, de a monitoriza calitatea politicilor și actelor normative și de a propune intervenții justificate ale statului

²⁸ A se vedea: articolul 14 din Legea asistenței sociale Nr. 547 din 25.12.2003, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=142238&lang=ro#

²⁹ A se vedea: articolul 10 din Legea cu privire la serviciile sociale Nr. 123 din 18.06.2010.

menite să ofere soluții eficiente.³⁰ În acest context, activitatea MAI se circumscrie rolului său de autoritate publică centrală cu funcții de coordonare, reglementare și control în domenii esențiale pentru securitatea și coeziunea socială.

În arhitectura instituțională a statului, MAI deține un rol esențial în prevenirea, identificarea și gestionarea situațiilor care implică persoane cu tulburări mintale, în special atunci când aceste situații generează riscuri pentru ordinea publică, siguranța persoanelor sau integritatea fizică și psihică a altor membri ai comunității. Atribuțiile MAI în domeniul sănătății și bunăstării mintale derivă, pe de o parte, din mandatul său general de asigurare a securității publice, prevenirii și combaterii faptelor antisociale, protecției drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanei, precum și din obligațiile de cooperare interinstituțională stabilite de cadrul normativ. Pe de altă parte, Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114/2024 consacră principiul abordării intersectoriale și al responsabilității partajate între autoritățile publice centrale și locale, incluzând în mod expres instituțiile din domeniul ordinii publice printre actorii relevanți în asigurarea unui răspuns adecvat și coordonat la nevoile persoanelor cu tulburări mintale. În temeiul acestui cadru normativ, MAI participă la elaborarea și implementarea mecanismului interinstituțional de asigurare a securității personalului medical, a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în procesul acordării asistenței medicale de sănătate mintală, precum și a altor pacienți, vizitatori și membri ai comunității. Aceste mecanisme vizează, printre altele, depistarea timpurie a situațiilor de risc, trimiterea pentru tratament și internarea nevoluntară. Totodată, MAI coordonează acordarea asistenței în sănătatea mintală persoanelor reținute și plasate în instituțiile din subordinea sa, executând și alte atribuții conexe în conformitate cu legislația în vigoare.

Legea cu privire la activitatea Poliției și statutul polițistului Nr. 320/2012 stabilește obligația poliției de a proteja viața, integritatea fizică și psihică și demnitatea persoanei, de a preveni și gestiona situațiile de risc și de a interveni în cazuri de pericol pentru ordinea publică. În exercitarea acestor atribuții, poliția intră frecvent în contact cu persoane cu tulburări mintale, inclusiv cu persoane care manifestă comportamente violente sau imprevizibile și care pot săvârși fapte prevăzute de legea penală. În asemenea situații, responsabilitățile poliției includ identificarea timpurie a indicilor privind existența unei tulburări mintale, aplicarea măsurilor de deescaladare a conflictelor, utilizarea forței în mod proporțional și diferențiat, precum și asigurarea transmiterii persoanei către instituțiile competente din domeniul sănătății mintale, atunci când starea acesteia o impune.

Legea Nr. 219/2018 stabilește atribuțiile Inspectoratul General de Carabinieri în domeniul menținerii, asigurării și restabilirii ordinii publice, inclusiv în situații de criză, tulburări grave ale ordinii publice sau alte circumstanțe care pot implica persoane cu tulburări mintale ce manifestă comportamente violente. În mod obișnuit, carabinierii acționează în sprijinul poliției, având responsabilitatea de a aplica măsuri de ordine publică într-un mod care să reducă riscurile de vătămare atât pentru persoana

³⁰ A se vedea: Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Afacerilor Interne, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 693 din 30.08.2017, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=151933&lang=ro#

vizată, cât și pentru terți. În acest context, intervențiile carabinierilor trebuie să fie adaptate situațiilor caracterizate prin vulnerabilități psihosociale, iar personalul trebuie să dispună de competențe adecvate pentru recunoașterea semnelor de criză mintală și pentru aplicarea tehnicilor de gestionare non-violentă a comportamentelor periculoase.

La nivel instituțional, instituțiile din subordinea MAI au responsabilitatea de a elabora și implementa politici interne, instrucțiuni și proceduri standard care să reglementeze modul de intervenție al reprezentanților forțelor de ordine în cazurile ce implică persoane cu tulburări mintale și de comportament, inclusiv în situații de violență sau de săvârșire a infracțiunilor. Aceste instrumente trebuie să asigure compatibilitatea dintre obiectivele de securitate publică și obligațiile statului de a respecta și proteja drepturile omului, inclusiv dreptul la viață, la integritate fizică și psihică și la tratament uman și demn.

În același timp, structurile MAI îndeplinesc un rol important în prevenirea violenței asociate tulburărilor mintale, prin participarea la mecanisme de cooperare intersectorială, schimb de informații și referire a cazurilor către serviciile specializate din domeniul sănătății și asistenței sociale. Această funcție preventivă este deosebit de relevantă în situațiile care implică copii sau alte persoane vulnerabile, în care intervenția timpurie și coordonată poate reduce semnificativ riscul de victimizare și de escaladare a comportamentelor violente.

În ansamblu, atribuțiile MAI în domeniul sănătății și bunăstării mintale se situează la intersecția dintre securitatea publică și protecția drepturilor omului, presupunând o abordare integrată, fundamentată pe cooperare instituțională, profesionalizare continuă și respectarea standardelor naționale și internaționale privind tratamentul persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv în situațiile în care acestea pot reprezenta un risc real pentru viața și sănătatea altor persoane. În acest cadru, MAI este chemat să integreze în mod sistematic dimensiunea sănătății mintale în activitatea structurilor subordonate, inclusiv prin proceduri operaționale adecvate, programe de instruire profesională și mecanisme de cooperare cu sistemele de sănătate și de asistență socială.

1.5.5. SISTEMUL JUDICIAR ȘI DE EXECUTARE A PEDEPSELOR

Ministerul Justiției asigură realizarea politicii guvernamentale în domeniul creației legislative și perfecționării legislației, politicii punitive a statului, expertizei judiciare, administrării instanțelor judecătorești în limitele stabilite de legislație și în alte domenii.

În domeniul protecției sănătății și bunăstării mintale, MJ monitorizează calitatea politicilor publice și a actelor normative care reglementează drepturile persoanelor cu tulburări mintale și de comportament și contribuie la perfecționarea continuă a legislației din domeniu, în vederea alinierii acestora la standardele naționale și internaționale privind drepturile omului. Totodată, ministerul elaborează acte normative menite să instituie mecanisme clare, eficiente și previzibile de soluționare cu celeritate a proceselor de judecată în care participanți sunt persoane cu tulburări mintale și de comportament, inclusiv persoane asupra cărora au fost instituite măsuri de ocrotire sau în privința cărora se solicită confirmarea internării nevoluntare, în conformitate cu prevederile legii speciale.

Un alt domeniu important de intervenție al MJ îl constituie coordonarea, prin intermediul Institutului Național de Justiție, elaborării și implementării programelor de formare profesională inițială și continuă a judecătorilor și procurorilor în materia protecției persoanelor cu tulburări mintale și de comportament, inclusiv în ceea ce privește procedurile de internare nevoluntară.

În ceea ce privește sistemul de executare a pedepselor, MJ coordonează, prin intermediul ANP organizarea și exercitarea controlului asupra modului de acordare a asistenței în sănătatea mintală persoanelor aflate în locurile de detenție. Această atribuție include asigurarea asistenței în sănătatea mintală pentru persoanele cu asemenea nevoi, deținute în instituțiile din subordinea ANP. De asemenea, Ministerul Justiției coordonează, prin intermediul INP, acordarea asistenței în sănătatea mintală subiecților probațiunii, contribuind astfel la prevenirea recidivei și la sprijinirea procesului de reintegrare socială.

Sistemul judiciar și sistemul de executare a pedepselor din Republica Moldova au atribuții distincte, dar complementare, în raport cu persoanele care, pe fondul unor tulburări mintale, manifestă comportamente violente și săvârșesc infracțiuni penale, generând un risc real pentru viața și sănătatea altor persoane. Rolul acestor sisteme nu se limitează la aplicarea și executarea sancțiunilor penale, ci presupune identificarea corectă a situațiilor în care starea psihică a făptuitorului influențează capacitatea de discernământ, evaluarea pericolului social, dispunerea măsurilor de siguranță prevăzute de lege și asigurarea unui echilibru între necesitatea protejării societății și respectarea drepturilor fundamentale ale persoanei cu tulburări mintale.

În contextul tulburărilor mintale, instanțele judecătorești sunt responsabile de constatarea existenței faptei penale, de stabilirea răspunderii penale sau, după caz, a lipsei acesteia ca urmare a iresponsabilității determinate de o tulburare mintală, precum și de dispunerea măsurilor legale adecvate. În acest sens, instanțele aplică prevederile Codului penal și ale Codului de procedură penală referitoare la expertiza medico-legală psihiatrică, măsurile de constrângere cu caracter medical și internarea într-o instituție psihiatrică, atunci când persoana a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală în stare de iresponsabilitate sau responsabilitate redusă.

În temeiul Legii privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114/2024 și Codului de procedură civilă, instanțele judecătorești se expun asupra internării nevoluntare în instituții medico-sanitare specializate în sănătate mintală și asupra tratamentului nevoluntar al persoanelor cu tulburări mintale, starea cărora reprezintă un risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății lor sau a altor persoane.

Prin exercitarea acestor atribuții, sistemul judiciar contribuie direct la prevenirea recidivei violente și la limitarea riscurilor pentru ordinea publică, având totodată obligația de a asigura garanții procesuale sporite pentru persoanele aflate într-o situație de vulnerabilitate psihică.

Sistemul penitenciar are atribuții directe în evaluarea continuă a stării psihice a persoanelor deținute, în asigurarea asistenței medicale și psihiatrice adecvate, în prevenirea violenței intra-instituționale și în protejarea vieții și integrității atât a persoanelor private de libertate, cât și a personalului

penitenciar. Asigurarea unor condiții de detenție compatibile cu demnitatea umană și prevenirea agravării tulburărilor mintale constituie obligații pozitive ale statului în această etapă.

CAPITOLUL II. MECANISME DE PREVENIRE, IDENTIFICARE ȘI INTERVENȚIE LA NIVEL DE SISTEM

2.1. MECANISME DE PREVENIRE PRIMARĂ, SECUNDARĂ ȘI TERȚIARĂ A SITUAȚIILOR DE RISC

Funcționarea mecanismelor de prevenire primară, secundară și terțiară a situațiilor de risc asociate tulburărilor mintale și de comportament nu depinde exclusiv de existența unui cadru normativ sau a unor proceduri administrative distincte, ci, în mod esențial, de gradul de integrare și coordonare interinstituțională a acestora. În absența unei arhitecturi comune de prevenire, intervențiile autorităților tind să fie fragmentate, reactive și dependente de logica sectorială specifică fiecărui domeniu de competență.

Analiza răspunsurilor oficiale furnizate de MAI, MS și MMPS evidențiază existența unui cadru normativ și procedural relevant pentru gestionarea situațiilor care implică persoane cu tulburări mintale și risc de violență. Totodată, aceste răspunsuri confirmă faptul că mecanismele existente funcționează preponderent sectorial, fără a constitui un mecanism intersectorial integrat de prevenire și management continuu al riscului de violență.

Această constatare relevă o abordare instituțională fragmentată, în care prevenirea riscului de violență asociat tulburărilor mintale nu este conceptualizată ca un proces continuu și gradual, ci ca o succesiune de intervenții sectoriale activate punctual. În lipsa unui cadru comun de prevenire, responsabilitatea identificării și gestionării riscului este transferată, în mod implicit, către instituția care intră prima în contact cu situația, de regulă poliția sau serviciile medicale de urgență, ceea ce limitează potențialul preventiv al sistemului.

Prevenirea primară

Prevenirea primară constituie nivelul fundamental al oricărui sistem de management al riscului, având ca obiectiv reducerea probabilității apariției comportamentelor violente prin intervenții timpurii asupra factorilor de risc biologici, psihologici și sociali. În domeniul sănătății mintale, acest nivel de prevenire presupune existența unor mecanisme proactive de identificare, suport și monitorizare în comunitate, înainte ca situațiile de risc să se materializeze în incidente sau fapte violente.

Potrivit răspunsului MAI, activitatea de prevenire și depistare precoce a persoanelor cu tulburări mintale și comportament periculos nu este realizată într-un mod organizat, intervenția poliției fiind declanșată exclusiv în urma sesizărilor prin Serviciul 112 sau a plângerilor directe. MAI a indicat explicit că Centrele Comunitare de Sănătate Mintală oferă servicii doar persoanelor care se adresează voluntar, iar „activitatea de prevenire în depistarea precoce a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament la ora actuală nu este realizată”.

Răspunsul MMPS confirmă această situație, indicând că serviciile sociale identifică riscul de violență, în principal, atunci când sunt deja prezente amenințări, acte de agresiune, distrugeri de bunuri sau comportamente imprevizibile, iar evaluarea și documentarea riscului de violență nu intră în competența serviciilor sociale, fiind atribuite polițistului de sector.

În consecință, mecanismele de prevenire primară sunt limitate, neexistând proceduri sau instrumente comune care să permită identificarea timpurie a riscului de violență înainte de apariția unor incidente. Evaluarea eficienței prevenirii primare nu poate fi realizată exclusiv prin prisma existenței unor structuri sau servicii formale, ci trebuie raportată la capacitatea acestora de a funcționa coordonat și orientat spre identificarea timpurie a riscurilor. Absența unor proceduri comune sau a unor instrumente standardizate transformă prevenirea primară într-un concept preponderent declarativ, cu impact practic redus asupra diminuării riscului de violență.

Din perspectivă sistemică, această abordare echivalează cu lipsa prevenirii primare propriu-zise, în sensul standardelor internaționale, întrucât mecanismele existente nu permit intervenții înainte de declanșarea crizei, ci doar reacții ulterioare manifestării comportamentelor periculoase.

Lipsa unor mecanisme proactive, bazate pe evaluarea factorilor de risc psihosociali, determină externalizarea prevenirii către nivelul intervenției coercitive, cu efecte negative atât asupra siguranței comunității, cât și asupra drepturilor persoanelor cu tulburări mintale, care ajung să interacționeze cu statul preponderent în contexte de criză.

Prevenirea secundară

Prevenirea secundară intervine într-un stadiu în care riscul este deja manifest sau iminent, având ca scop limitarea escaladării situațiilor periculoase și reducerea impactului acestora asupra persoanei și comunității. Spre deosebire de prevenirea primară, acest nivel este, în general, mai bine reglementat procedural, fiind activat prin intervenția autorităților competente în situații concrete de criză.

Funcționarea eficientă a prevenirii secundare depinde de existența unor instrumente clare de evaluare, documentare și comunicare a riscului între instituțiile implicate. Analiza cadrului normativ aplicabil intervențiilor polițienești și medicale permite evaluarea gradului de standardizare a acestor instrumente și a capacității sistemului de a construi o imagine coerentă asupra evoluției riscului în timp.

Conform răspunsului MAI, intervenția poliției în cazurile care implică persoane cu tulburări mintale este realizată în baza:

- **Ordinului șefului IGP Nr. 476/2016** privind aprobarea Procedurii operaționale standard de intervenție în cazul bolnavului psihic;
- **Ordinului comun MS–MAI Nr. 369/145 din 20 mai 2016** privind îmbunătățirea conlucrării dintre Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne;
- **Hotărârii Guvernului Nr. 143/2018** privind mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului.

În cazurile de violență în familie, MAI aplică **Instrucțiunea metodică aprobată prin Ordinul IGP Nr. 93/2003**, utilizând instrumente standardizate de evaluare a riscului, precum „Chestionarul de constatare și evaluare a riscurilor de violență în familie” și „Chestionarul de evaluare a riscurilor de letalitate”.

Din perspectiva MS, intervenția medicală în situațiile de urgență psihiatrică este reglementată prin:

- **Ordinul MS Nr. 42 din 14.03.2022** cu privire la implementarea și aplicarea în practică a Ghidului de intervenții în urgențe psihiatrice;
- **Protocolul Clinic Național PCN-9 „Schizofrenie. Primul episod psihotic”**, care include utilizarea **Listei de verificare Brøset (BVC)** pentru evaluarea riscului de violență;
- Recomandările ghidului **NICE** din Marea Britanie privind managementul pe termen scurt al violenței și agresivității.

Totodată, MS a indicat explicit lipsa unor formulare naționale dedicate documentării separate a riscului de violență sau a planului de management al acestuia, informațiile fiind consemnate în fișele medicale standard (formularele 003/e, 025/e etc.).

Astfel, deși cadrul normativ permite intervenția în situații de risc deja manifeste, prevenirea secundară rămâne limitată de absența unor instrumente standardizate de evaluare și documentare a riscului, utilizabile transversal de toate instituțiile relevante. Această limitare reduce posibilitatea construirii unui istoric cumulativ al riscului, indispensabil pentru monitorizarea evoluției comportamentului și pentru prevenirea escaladării ulterioare.

Prevenirea terțiară

Prevenirea terțiară vizează gestionarea consecințelor comportamentelor violente și reducerea riscului de recurență, fiind orientată preponderent către situațiile de criză severă și către persoanele cu risc sporit de violență. În domeniul sănătății mintale, acest nivel este strâns legat de intervențiile instituționale coercitive și de capacitatea sistemului de a asigura continuitatea tratamentului și monitorizării după faza acută. Astfel, prevenirea terțiară este axată pe gestionarea situațiilor de criză și pe reducerea riscului imediat.

Conform răspunsului MAI, decizia privind internarea nevoluntară aparține exclusiv serviciilor medicale, poliția având rol de sprijin în imobilizare și transport, în conformitate cu Procedura operațională aprobată prin Ordinul IGP Nr. 476/2016.

MS a confirmat că legislația națională, inclusiv **Legea Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală**, *nu prevede intervenții nevoluntare în ambulatoriu*, ceea ce limitează posibilitatea monitorizării post-externare a persoanelor cu risc ridicat de violență.

Această limitare normativă afectează capacitatea sistemului de a asigura continuitatea managementului riscului după externare, transformând prevenirea terțiară într-un mecanism predominant reactiv și instituționalizat. În lipsa unor măsuri legale de monitorizare și suport post-

externare, riscul de recurență a comportamentelor violente rămâne insuficient gestionat, fiind transferat implicit către comunitate și către forțele de ordine.

2.2. PROCEDURI DE IDENTIFICARE TIMPURIE A SITUAȚIILOR DE RISC

Identificarea timpurie a situațiilor de risc constituie o componentă centrală a prevenirii eficiente a violenței asociate tulburărilor mintale, întrucât permite inițierea unor intervenții adecvate înainte ca riscul să se materializeze sau să escaladeze în comportamente violente. Din perspectivă sistemică, această etapă presupune existența unor proceduri clare, aplicabile transversal și recunoscute de toate instituțiile relevante, indiferent de sectorul de competență, precum și a unor mecanisme funcționale de comunicare și coordonare interinstituțională.

În practică, identificarea situațiilor de risc se realizează preponderent într-o manieră reactivă, ca urmare a sesizărilor adresate poliției sau serviciilor medicale. Conform informațiilor furnizate de MAI, recunoașterea semnelor de tulburare psihică și evaluarea riscului de violență sunt efectuate în cadrul intervențiilor operative la fața locului, în baza Ordinului IGP Nr. 476/2016.

MS a indicat că evaluarea riscului de violență este realizată de către personalul medical specializat - psihiatri, psihologi, personal de îngrijire - utilizând ghiduri clinice și instrumente de evaluare, precum BVC, însă ***nu există proceduri standardizate pentru identificarea timpurie a riscului în comunitate***, în absența unei crize.

Responsabilitățile sectorului de sănătate în cazurile de violență în familie sunt reglementate prin Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 1167 din 15 octombrie 2019, prin care este aprobată Instrucțiunea privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie. Această instrucțiune stabilește proceduri de identificare și gestionare a cazurilor în cadrul serviciilor medicale și include anumite elemente care pot fi interpretate ca mecanisme de identificare a riscului. Cu toate acestea, respectivele proceduri nu constituie un instrument structurat sau standardizat de evaluare a riscului și diferă semnificativ de instrumentele utilizate de poliție sau de serviciile de asistență socială.

Evaluările independente realizate la nivel european au evidențiat în mod constant faptul că lipsa unui proces standardizat de evaluare a riscului, aplicabil transversal tuturor agențiilor relevante, limitează eficiența prevenirii și gestionării violenței. În acest context, GREVIO a constatat că sectorul sănătății din Republica Moldova dispune de formulare de notificare și documentare a cazurilor, ceea ce reprezintă un progres, însă aplicarea acestora este afectată de lipsa instruirii personalului medical și de absența unor ghiduri clare privind utilizarea instrumentelor de evaluare a riscului.

Suplimentar, profesioniștii din domeniul medical au semnalat faptul că violența rămâne frecvent nedeazălăuită în cadrul consultațiilor medicale, ceea ce reduce semnificativ capacitatea sectorului sănătății de a identifica victimele și de a contribui la prevenirea escaladării violenței. Aceste constatări confirmă caracterul predominant reactiv al mecanismelor existente și evidențiază necesitatea unei abordări intersectoriale coerente în identificarea timpurie a riscului de violență.

MMPS a precizat explicit că evaluarea și documentarea riscului de violență nu intră în competența serviciilor sociale, rolul acestora fiind limitat la sesizarea și colaborarea cu poliția.

Această delimitare a competențelor, așa cum rezultă din răspunsurile MAI, MS și MMPS, contribuie la fragmentarea funcțională a procesului de gestionare a riscului de violență.

Astfel, MAI evaluează riscul din perspectiva intervenției operative, utilizând instrumente standardizate exclusiv pentru scopuri polițienești, în special în situații de criză sau violență în familie. MS evaluează riscul din perspectivă clinică, utilizând instrumente specifice mediului medical, precum BVC, însă fără un mecanism formalizat de comunicare sistematică a riscului către alți actori instituționali. MMPS, la rândul său, nu își asumă competențe de evaluare sau documentare a riscului, limitându-se la rolul de sesizare și colaborare punctuală cu poliția.

În **lipsa unui instrument comun** sau a unui cadru intersectorial de recunoaștere reciprocă a evaluărilor de risc, fiecare instituție operează cu propriile criterii, într-un cadru izolat. Evaluările realizate de diferite instituții tind să fie paralele, dificil de corelat și insuficient valorificate în procesul decizional. Riscul de violență nu este tratat ca un proces dinamic, care necesită monitorizare și ajustare continuă, ci ca un eveniment punctual, gestionat diferit în funcție de instituția care intră prima în contact cu situația.

Distribuția competențelor între autorități reflectă, în ansamblu, o abordare fragmentată, în care evaluarea riscului de violență nu este recunoscută ca o responsabilitate comună. Lipsa unui instrument intersectorial unitar face imposibilă tratarea riscului ca un fenomen dinamic, care necesită reevaluare continuă și coordonare interinstituțională în funcție de evoluția stării persoanei. Această abordare reduce eficiența prevenirii și crește probabilitatea recurenței situațiilor de violență.

2.3. MECANISME DE INTERVENȚIE INTERDISCIPLINARĂ (SĂNĂTATE – JUSTIȚIE – SERVICII SOCIALE – COMUNITATE)

Intervenția interdisciplinară constituie etapa în care mecanismele de prevenire și identificare a riscurilor trebuie să se coaguleze într-un răspuns coordonat al statului, capabil să gestioneze în mod eficient situațiile complexe care implică persoane cu tulburări mintale și comportamente violente. În domeniul sănătății mintale, această intervenție presupune o interacțiune structurată între sectorul medical, sistemul de justiție, forțele de ordine, serviciile sociale și comunitate, fiecare dintre aceste componente având atribuții distincte, dar profund interdependente, în asigurarea siguranței publice și a protecției drepturilor fundamentale.

Deși cadrul normativ național conține dispoziții care consacră principiul cooperării intersectoriale, răspunsurile furnizate de autorități relevă **lipsa unui mecanism operațional clar de coordonare și de transfer al responsabilității** între sistemul de sănătate, poliție, serviciile sociale și autoritățile administrației publice locale. Această absență afectează capacitatea instituțiilor de a acționa coordonat și coerent pe parcursul întregului proces de gestionare a riscului.

MAI a indicat explicit „lipsa unui mecanism privind cooperarea interinstituțională” în ceea ce privește prevenirea, depistarea timpurie, tratamentul și monitorizarea persoanelor cu tulburări mintale care manifestă comportamente violente. La rândul său, MMPS a reiterat constant faptul că managementul riscului de violență nu intră în competența structurilor sale, iar MS a confirmat inexistența unor mecanisme standardizate de monitorizare post-externare și de asigurare a continuității managementului riscului.

Răspunsurile oficiale ale MAI, MS și MMPS confirmă existența unui cadru normativ relevant, dar evidențiază totodată **fragmentarea responsabilităților instituționale**, absența prevenirii primare sistemice și lipsa unui mecanism interinstituțional funcțional de management continuu al riscului de violență asociat tulburărilor mintale. Această situație are consecințe directe atât asupra siguranței comunității, cât și asupra protecției drepturilor fundamentale ale persoanelor cu tulburări mintale și ale victimelor violenței,

Constatările rezultate din analiza răspunsurilor instituționale sunt în concordanță cu preocupările exprimate de GREVIO, în cadrul evaluării de bază a Republicii Moldova. În Raportul de evaluare de bază, paragraful 263, GREVIO a subliniat necesitatea consolidării capacității tuturor profesioniștilor implicați în gestionarea cazurilor de violență, prin instruire adecvate, elaborarea unor ghiduri clare și introducerea unui proces standardizat de evaluare a riscului, aplicabil în mod uniform tuturor instituțiilor relevante.

În mod particular, GREVIO a evidențiat faptul că **diferitele sectoare (poliție, servicii sociale, sector medical) utilizează instrumente distincte de evaluare a riscului**, fără a exista un cadru standardizat comun pentru violența bazată pe gen și violența domestică. Această lipsă de standardizare, coroborată cu documentarea incompletă sau nesistematică a incidentelor, limitează capacitatea autorităților de a evalua riscurile de recurență sau escaladare a violenței și de a interveni în mod preventiv.

Persistența unor probleme similare în răspunsurile instituționale analizate în prezentul studiu - inclusiv **lipsa unui instrument comun de evaluare a riscului**, existența unor protocoale neclare și suportul inconsistent pentru profesioniști - indică faptul că aceste recomandări internaționale rămân doar parțial implementate în practică. În consecință, cooperarea intersectorială se manifestă mai degrabă la nivel declarativ decât operațional.

Evaluarea mecanismelor de intervenție intersectorială impune, prin urmare, o analiză a diferenței dintre cooperarea prevăzută la nivel normativ și funcționarea efectivă a acesteia în practică. Identificarea disfuncționalităților operaționale este esențială pentru formularea unor recomandări de politici publice orientate spre consolidarea capacității statului de a gestiona riscul de violență într-un mod coerent și centrat pe drepturile omului.

În absența unui mecanism operațional clar de coordonare, intervenția intersectorială rămâne fragmentată și dependentă de inițiativa individuală a profesioniștilor implicați. Fragmentarea responsabilităților instituționale generează discontinuități în gestionarea cazurilor și conduce la lipsa

unui responsabil instituțional clar pentru monitorizarea pe termen mediu și lung a riscului de violență asociat tulburărilor mintale.

În ansamblu, constatările evidențiază existența unui decalaj structural între cadrul normativ existent și funcționarea practică a mecanismelor de prevenire, identificare și intervenție. Deși cadrul normativ consacră principii de cooperare intersectorială, acestea nu sunt transpuse în proceduri operaționale coerente, ceea ce limitează capacitatea statului de a preveni eficient violența asociată tulburărilor mintale și de a asigura simultan protecția comunității și respectarea drepturilor persoanelor afectate.

CAPITOLUL III: TRASEUL PERSOANEI CU TULBURARE MINTALĂ: DE LA INTERNARE LA REINTEGRARE

3.1. ETAPA DE INTERNARE

Internarea voluntară vs. internarea nevoluntară

Internarea într-o instituție medico-sanitară specializată în sănătatea mintală constituie una dintre cele mai sensibile forme de intervenție în viața unei persoane, întrucât implică o restrângere temporară a libertății și un potențial impact asupra demnității și autonomiei individuale. Din această perspectivă, respectarea drepturilor fundamentale ale omului constituie o condiție esențială pentru legalitatea și legitimitatea oricărei forme de internare.

Internarea voluntară constituie forma de spitalizare realizată în baza consimțământului persoanei cu tulburări mintale și de comportament, în condițiile întrunirii criteriilor pentru admiterea în staționar. Aceasta se efectuează în conformitate cu normele generale de internare într-o instituție medico-sanitară publică și este justificată doar în situațiile în care serviciile medicale de specialitate nu pot fi acordate în condiții de ambulatoriu. Decizia privind internarea aparține medicului psihiatru, care o adoptă în urma examinării persoanei și a evaluării circumstanțelor relevante. În caz de incertitudine privind necesitatea spitalizării, poate fi solicitat un consult suplimentar împreună cu un alt medic psihiatru, în vederea asigurării caracterului obiectiv și proporțional al deciziei.

Orice intervenție în domeniul sănătății mintale trebuie să se bazeze pe consimțământul informat, liber exprimat și documentat al persoanei vizate, al reprezentantului legal sau al persoanei împuternicite cu mandat de ocrotire. Consimțământul trebuie obținut anterior inițierii intervenției în sănătatea mintală și poate fi retras în orice moment al desfășurării acesteia.

În situația în care asupra persoanei este instituită o măsură de ocrotire, consimțământul pentru intervenția în sănătatea mintală a acesteia se exprimă de către persoana împuternicită cu mandat de ocrotire. Persoana asupra căreia este instituită o măsură de ocrotire trebuie să fie implicată, în măsura capacității sale de înțelegere, în procesul de luare a deciziei, iar opiniile acesteia trebuie luate în considerare, în conformitate cu principiul autonomiei și al participării persoanei.

Din analiza cazurilor examinate de Oficiul Avocatului Poporului rezultă că spitalele de psihiatrie nu dispun de o procedură operațională standard care să reglementeze verificarea statutului juridic al persoanei la momentul internării, în special cu privire la existența unei măsuri de ocrotire judiciară

sau contractuală. Astfel, în lipsa unei informări din partea tutorelui sau curatorului privind hotărârea judecătorească de instituire a măsurii de ocrotire, internarea sau administrarea tratamentului poate avea loc fără acordul tutorelui sau curatorului, situație care ulterior poate genera contestații sau acuzații de internare forțată. De asemenea, inexistența unui registru accesibil al măsurilor de ocrotire instituite și depersonalizarea informațiilor personale de pe portalul național al instanțelor de judecată împiedică verificarea statutului juridic al persoanei de către instituțiile medicale.

În privința copiilor, legea instituie garanții suplimentare, menite să asigure respectarea interesului superior al copilului și a autonomiei acestuia. Astfel, copilul care a împlinit vârsta de 16 ani are dreptul de a refuza sau de a întrerupe o intervenție în sănătatea mintală, asumându-și această decizie în scris, cu excepția situațiilor care impun internarea nevoluntară în scopul protejării vieții și sănătății proprii sau a altor persoane. Consecințele refuzului ori ale încetării intervenției în sănătatea mintală trebuie să fie explicate copilului de către specialistul care acordă asistența medicală.

În cazul copilului cu vârsta sub 16 ani, internarea se realizează cu acordul reprezentantului legal, însă copilul trebuie implicat în procesul decizional, potrivit gradului său de maturitate și capacității de înțelegere. În absența informațiilor privind existența și identitatea reprezentantului legal, conducerea instituției medicale are obligația să notifica autoritatea tutelară.

Legea reglementează, totodată, condițiile de spitalizare a copiilor, stabilind că, în cazul copilului cu vârsta de până la 12 ani inclusiv, cazarea se efectuează în funcție de sex și afecțiune, separat de copiii cu vârsta mai mare de 12 ani. Copilul cu vârsta de până la 7 ani inclusiv, iar în situații excepționale - până la vârsta de 18 ani - poate fi internat împreună cu un părinte sau cu reprezentantul legal, pentru a asigura continuitatea îngrijirii și sprijinul afectiv necesar.

În situațiile în care există suspiciuni de conflict de interese între persoana cu tulburări mintale și reprezentantul său legal ori persoana împuternicită cu mandat de ocrotire, medicul psihiatru are obligația de a sesiza autoritatea tutelară pentru desemnarea unui alt reprezentant, în scopul protejării drepturilor și intereselor legitime ale persoanei.

Prestatorii de servicii medicale au obligația de a garanta respectarea demnității și intimității persoanei internate, asigurând condiții și facilități fizice adecvate, adaptate vârstei, sexului și afecțiunii. De asemenea, trebuie oferit suport pentru depășirea barierelor lingvistice sau a altor dificultăți care pot afecta capacitatea persoanei de a consimți în mod liber și informat.

Internarea nevoluntară, respectiv internarea realizată fără consimțământul persoanei cu tulburări mintale și de comportament, constituie o măsură cu caracter excepțional, distinctă de internarea voluntară, și este permisă doar în condițiile strict stabilite de articolul 31 din Legea Nr. 114/2024, cu respectarea principiilor necesității, proporționalității și interesului terapeutic. Condițiile în care o persoană poate fi supusă internării nevoluntare, procedura de dispunere, menținere și încetare a acestei măsuri, precum și garanțiile procedurale aferente, sunt reglementate de Legea Nr. 114/2024 și de Codul de procedură civilă.

O persoană cu tulburare mintală poate fi supusă internării nevoluntare numai dacă sunt îndeplinite condițiile legale, și anume: existența unei tulburări mintale, riscul semnificativ de vătămare gravă a propriei sănătăți sau a sănătății altor persoane, scopul terapeutic al internării, inexistența unor mijloace mai puțin restrictive de intervenție și luarea în considerare a opiniei persoanei vizate.

În mod excepțional, legea permite internarea nevoluntară pentru o perioadă minimă necesară în vederea constatării existenței unei tulburări mintale care reprezintă un risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății proprii sau a altor persoane, atunci când comportamentul persoanei este puternic sugestiv pentru o astfel de tulburare, starea sa pare să reprezinte un astfel de risc, nu există alternative mai puțin restrictive pentru a face această determinare și s-a luat în considerare opinia persoanei în cauză.

Tratamentul nevoluntar este reglementat în mod similar, fiind condiționat de aceleași garanții: existența unei tulburări mintale, prezența unui risc semnificativ, absența unor mijloace mai puțin intruzive și evaluarea opiniei persoanei. Acest tip de tratament trebuie să fie strict proporțional cu gravitatea stării, să abordeze semnele și simptomele clinice specifice, să facă parte dintr-un plan de tratament scris și documentat și să urmărească, pe cât mai curând posibil, atingerea unui nivel de tratament acceptabil pentru persoană.

Decizia privind internarea nevoluntară este rezultatul unui proces complex de evaluare medicală și garanții procedurale. Persoana în privința căreia se solicită internarea nevoluntară este examinată imediat de un medic psihiatru, care stabilește dacă sunt îndeplinite criteriile legale. În caz contrar, refuzul internării este consemnat în documentația medicală și se motivează corespunzător. Dacă internarea este considerată necesară, medicul informează despre aceasta persoana supusă evaluării, reprezentantul legal sau persoana împuternicită cu mandat de ocrotire, după caz.

În situația în care persoana evaluată sau, după caz, reprezentantul legal ori persoana împuternicită cu mandat de ocrotire refuză internarea sau tratamentul ambulatoriu, în termen de 24 de ore de la evaluare medicul întocmește și trimite comisiei de medici psihiatri a unității medicale propunerea privind internarea nevoluntară și necesitatea aplicării tratamentului.

Pentru protejarea drepturilor sale, persoana evaluată beneficiază de informare, de asistență juridică garantată de stat și de reprezentare, inclusiv prin avocat desemnat, în lipsa unuia ales. Decizia comisiei privind internarea nevoluntară și aplicarea tratamentului medicamentos este transmisă instanței judecătorești competente pentru confirmarea deciziei de internare nevoluntară. Instanța examinează cererea privind confirmarea internării nevoluntare și a tratamentului nevoluntar în regim de urgență, în termen de cel mult 48 de ore de la data depunerii acesteia, cu participarea obligatorie a persoanei vizate, a reprezentantului legal sau a persoanei împuternicite cu mandat de ocrotire, a avocatului ales sau desemnat și a reprezentantului instituției medicale. În cazul în care participarea persoanei în cauză nu este posibilă, ea poate fi audiată nemijlocit în instituția medicală sau prin intermediul sistemului de videoconferință/teleconferință al instanței judecătorești.

La etapa examinării cererii în instanța judecătorească, poate fi solicitată o a doua opinie medicală de la un specialist independent în domeniul psihiatriei, care să se pronunțe asupra necesității internării nevoluntare și a tratamentului nevoluntar. Conducerea unității medicale are obligația de a asigura accesul specialistului independent la pacient și la documentele medicale relevante.

Procedura judiciară se desfășoară în ședință închisă, cu respectarea principiului contradictorialității, iar persoana are dreptul să prezinte probe, să conteste tratamentul nevoluntar și să formuleze apel. Hotărârea judecătorească se pronunță în aceeași zi și este motivată, asigurând un control judiciar efectiv asupra restrângerii libertății individuale. Decizia poate fi atacată cu apel, care are efect suspensiv asupra aplicării tratamentului până la soluționarea definitivă a cauzei.

Reglementarea internării nevoluntare include garanții suplimentare privind respectarea demnității și integrității persoanei. Măsurile de restricționare a libertății de mișcare (conținere fizică, mecanică, chimică sau separare în scop de protecție) pot fi aplicate doar în baza principiilor legalității, necesității, proporționalității și responsabilității, exclusiv pentru a preveni un pericol real și iminent pentru viața, integritatea corporală sau sănătatea persoanei vizate sau a altor persoane, cu respectarea deplină a drepturilor și intereselor legitime ale persoanei internate. Aceste măsuri nu pot fi utilizate ca sancțiune, mijloc de coerciție sau substitut al personalului medical, iar toate cazurile de vătămare gravă survenite în urma aplicării lor trebuie raportate de urgență procurorului.

Durata internării nevoluntare este limitată la perioada în care persistă temeiurile care au determinat-o. Starea persoanei este reevaluată de către comisia de medici psihiatri cel puțin o dată la două săptămâni sau de câte ori este necesar, precum și la cererea medicului-șef de secție, a persoanei internate, a reprezentantului legal sau a persoanei împuternicite cu mandat de ocrotire. Dacă se constată încetarea condițiilor care au justificat internarea nevoluntară, comisia emite un aviz motivat, iar conducerea instituției medicale sesizează imediat instanța judecătorească pentru dispunerea încetării internării nevoluntare.

3.2. TRATAMENTUL PRIN CONSTRÂNGERE: PROCEDURI ȘI GARANȚII

Persoana care a săvârșit o infracțiune în stare de iresponsabilitate, respectiv care, din cauza unei tulburări psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice, nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau să le dirijeze, poate fi supusă măsurilor de constrângere cu caracter medical în baza unei hotărâri a instanței de judecată. Aplicarea acestor măsuri nu este condiționată de consimțământul persoanei vizate, întrucât ele sunt dispuse în calitate de măsuri de siguranță în cadrul procesului penal, având ca finalitate neutralizarea unui pericol social și protejarea ordinii publice și a drepturilor altor persoane.

Măsurile de constrângere cu caracter medical (MCCM) sunt inseparabil legate de existența unui raport juridic de drept penal și presupun constatarea săvârșirii unei fapte prevăzute de legea penală. Acestea nu pot fi dispuse în afara unui proces penal și nu pot avea ca temei exclusiv existența unei tulburări mintale, în lipsa comiterii unei infracțiuni.

Măsurile de constrângere cu caracter medical sunt limitate la două forme: *internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită* și *internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă*. Din punct de vedere juridic, aceste măsuri sunt calificate drept măsuri de siguranță, având caracter preventiv și terapeutic, distinct de cel punitiv. Potrivit articolului 98 alin. (1) din Codul penal, scopul măsurilor de siguranță constă în „înlăturarea unui pericol și preîntâmpinarea săvârșirii faptelor prevăzute de legea penală”.

Aplicarea MCCM este de competența exclusivă a instanței de judecată și se realizează cu respectarea unui sistem de garanții procedurale și medicale, în conformitate cu prevederile Codului penal, Codului de procedură penală și Legii privind sănătatea și bunăstarea minată, și se execută în baza principiilor dreptului penal³¹. Caracterul lor judiciar implică faptul că durata, forma, menținerea sau încetarea acestor măsuri sunt determinate exclusiv de instanță. În funcție de nivelul de pericol, instanța de judecată poate aplica internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită, fie într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă, alegerea formei MCCM fiind determinată de natura tulburării mintale, de caracterul și gradul prejudiciabil al faptei săvârșite.

Tratamentul prin aplicarea MCCM se efectuează în instituții medico-sanitare specializate în sănătate mintală, în unități specializate separate de cele obișnuite, cu asigurarea condițiilor securizate de plasament necesare prevenirii săvârșirii unor noi fapte prejudiciabile. Deși aplicarea MCCM are loc într-un cadru medical, acestea își păstrează natura juridică de măsuri de siguranță dispuse în cadrul procesului penal.

Rațiunea juridică a MCCM nu constă în sancționarea unei fapte penale, ci în neutralizarea unui risc social prin intermediul unei intervenții terapeutice instituționalizate. Acest scop de protecție publică conferă aplicării acestor măsuri un caracter judiciar, implicând, în mod legitim, o formă de restrângere a libertății persoanei, dispusă și controlată de instanța de judecată.

Legislația prevede aplicarea MCCM față de anumite categorii de persoane, și anume:

- persoanele care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală în **stare de iresponsabilitate**, adică nu puteau să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile lor sau nu puteau să le dirijeze din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice;
- persoanele care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală în **stare de responsabilitate**, dar până la pronunțarea sentinței de către instanța de judecată sau în timpul executării pedepsei s-au îmbolnăvit de o tulburare psihică ce le-a lipsit de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile lor sau de a le dirija;
- persoanele care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală în **stare de responsabilitate redusă**, dar până la pronunțarea sentinței de către instanța de judecată sau în timpul executării pedepsei s-au îmbolnăvit de o maladie psihică ce le-a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile lor sau de a le dirija;

³¹ A se vedea articolul 167 din Codul de executare

Este esențial de subliniat că simpla existență a unei tulburări mintale nu constituie, prin ea însăși, temei suficient pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical. Elementul determinant îl reprezintă incapacitatea persoanei de a înțelege caracterul prejudiciabil al faptei, și de a-și manifesta voința sau de a-și dirija acțiunile, incapacitate care se constată prin raportul expertizei judiciare psihiatrice.

Așa cum aplicarea MCCM este decisă de instanța de judecată, la fel schimbarea, prelungirea termenului de aplicare sau încetarea aplicării acestora se realizează prin hotărâre judecătorească. Executarea acestora este asigurată de instituțiile medicale specializate, după transmiterea hotărârii instanței de judecată către organul afacerilor interne sau administrația locului de detenție, în funcție de situație, pentru escortarea persoanei la instituția psihiatrică. Internarea trebuie efectuată în termen de cel mult trei zile, iar instituția este obligată să notifice instanța și soțul sau reprezentantul legal al persoanei despre internare. Pe durata aplicării măsurii, instituția psihiatrică transmite instanței, o dată la șase luni, informații privind starea de sănătate a persoanei și necesitatea continuării, modificării sau încetării tratamentului forțat.

Unitățile specializate în care se efectuează tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere, trebuie să fie dotate corespunzător necesităților de reabilitare psihosocială a persoanelor supuse măsurilor de constrângere cu caracter medical și să garanteze respectarea demnității umane și dreptul la cele mai bune standarde de tratament posibile, fără discriminare.

Atât instituția medicală, cât și soțul, reprezentantul legal sau administrația penitenciarului pot sesiza instanța cu un demers motivat privind încetarea aplicării măsurii sau schimbarea acesteia, în baza raportului medical privind evoluția bolii. Instanța, în funcție de concluziile medicale, poate dispune încetarea măsurii în caz de însănătoșire sau ameliorare semnificativă ori înlocuirea ei cu o formă mai puțin restrictivă. Dacă pericolul social persistă, măsura se prelungește pe o durată stabilită de instanță, verificările medicale fiind efectuate cel puțin o dată la șase luni. În cazul în care instanța constată că măsura nu mai este necesară, persoana poate fi încredințată rudelor sau tutorilor, sub supraveghere medicală obligatorie.

Externarea unei persoane internate în baza unei hotărâri judecătorești nu poate avea loc decât printr-o nouă hotărâre a instanței care constată încetarea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical. În caz de părăsire neautorizată a instituției, organul de afaceri interne este obligat să asigure, în termen de trei zile, aducerea sa silită, iar în situații de sustragere se declanșează procedura de căutare judiciară.

Actualmente, în cadrul IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru, tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical este organizat în trei secții pentru pacienți de sex masculin, distincte de cele destinate spitalizării obișnuite: două secții funcționează cu regim de supraveghere obișnuită, iar una cu regim de supraveghere riguroasă³². Această structură instituțională permite

³² Organigrama IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru secții cu supraveghere obișnuită și o secție cu supraveghere riguroasă

separarea pacienților de sex masculin supuși tratamentului prin aplicarea MCCM de pacienții de sex masculin internați voluntar sau nevoluntar, în concordanță cu cerințele de securitate și cu specificul intervenției terapeutice aplicate. Pentru pacienți de sex feminin, în absența unei unități specializate distincte, tratamentul prin aplicarea MCCM este realizat în secțiile obișnuite.

În cadrul IMSP Spitalul de Psihiatrie Bălți, în absența unei unități specializate distincte, tratamentul prin aplicarea MCCM este realizat în secțiile obișnuite. IMSP Spitalul de Psihiatrie Orhei, de asemenea, nu dispune de o unitate separată pentru asigurarea tratamentului prin aplicarea măsurilor de constrângere. În acest context, instituția a informat Procuratura raionului Orhei, precum și instanțele judecătorești din Orhei, Telenești, Șoldănești, Rezina și Criuleni despre imposibilitatea asigurării condițiilor necesare pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și a solicitat direcționarea persoanelor supuse acestor măsuri către IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru, deși nici această instituție nu dispune de infrastructura și regim de supraveghere adecvat.³³

În cazul persoanelor aflate în detenție care suferă de boli psihice, tratamentul prin constrângere se aplică în secțiile psihiatrice din cadrul penitenciarelor, conform normelor stabilite prin Hotărârea Guvernului Nr. 583/2006 și Ordinul Ministerului Justiției Nr. 343/2022. Administrația penitenciarului are obligația de a comunica instanței, în termen de trei zile, despre internarea persoanei și de a asigura asistența medicală corespunzătoare. Monitorizarea medicală se realizează periodic, iar rapoartele privind starea de sănătate se transmit instanței la fiecare șase luni. În caz de agravare a stării psihice sau pericol pentru sine ori pentru alții, deținutul este internat în secția specializată, cu consimțământul său sau, dacă nu este posibil, conform procedurii prevăzute de lege pentru internarea fără consimțământ. În cazurile în care deținutul beneficiază de tratament constrângător în ambulatoriu, medicul psihiatru al instituției penitenciare are sarcina de a monitoriza comportamentul și aderența la tratament.

Pe întreaga durată a aplicării tratamentului prin aplicarea măsurilor de constrângere, persoana vizată beneficiază de toate garanțiile procesuale și de protecția drepturilor sale fundamentale. Participarea apărătorului este obligatorie pe tot parcursul procedurii penale și judiciare, iar în lipsa unui reprezentant legal, autoritatea tutelară este desemnată pentru protejarea intereselor persoanei iresponsabile. Internarea și tratamentul forțat se desfășoară exclusiv în temeiul hotărârii instanței, sub controlul periodic al acesteia, asigurându-se un echilibru între necesitatea protejării societății și respectarea demnității umane, a libertății persoanei și a principiilor dreptului la sănătate și tratament adecvat.

Măsurile de constrângere cu caracter medical pot fi aplicate față de copii, în condițiile legislației procesual-penale, în cazurile în care aceștia sunt pasibili de răspundere penală. Copiii, față de care au fost aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, sunt internați în instituții medico-sanitare specializate în sănătate mintală. Potrivit raportului tematic al Avocatului Poporului pentru drepturile

³³ <https://ombudsman.md/post-document/raport-tematic-situatia-persoanelor-aflate-la-tratament-prin-constrangere-la-spitalul-clinic-de-psihiatrie-chisinau-or-codru-in-2022-2024/>

copilului privind respectarea drepturilor copilului cu tulburări mintale, realizat în anul 2022, copiii aflați la tratament prin constrângere, sunt cazați în secțiile pentru copii.³⁴

În Raportul tematic al Avocatului Poporului „Situția persoanelor aflate la tratament prin constrângere la Spitalul clinic de psihiatrie Chișinău, or. Codru”³⁵, realizat în anul 2024, relevă deficiențe structurale și sistemice persistente în organizarea, reglementarea și executarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, cu impact direct asupra drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate.

În plan normativ, raportul constată lipsa unor protocoale clinice specifice pentru tratamentul prin constrângere, precum și inexistența unui act normativ care să stabilească expres statutul instituției ca unitate psihiatrică cu supraveghere riguroasă. Raportul evidențiază condiții materiale necorespunzătoare în secțiile de tratament prin constrângere, inclusiv infrastructură degradată, supraaglomerare, acces limitat la igienă, lipsa ventilației adecvate și dotări insuficiente pentru activități terapeutice și de reabilitare psihosocială. Aceste condiții creează un mediu cu caracter predominant custodial, apropiat de detenție, incompatibil cu finalitatea terapeutică a măsurilor de constrângere. Din perspectiva drepturilor procedurale, raportul semnalează deficiențe în documentarea cazurilor de violență sau leziuni, mecanisme insuficiente și nefuncționale de depunere a plângerilor, acces limitat la comunicare confidențială cu avocații și autoritățile, precum și o implicare redusă a pacienților în procedurile de evaluare și revizuire a tratamentului. Deși legea prevede control judiciar periodic, instanțele se bazează frecvent exclusiv pe avizele medicale interne, în lipsa unor evaluări multidisciplinare reale și a unor planuri individualizate de reabilitare eficient implementate.

Raportul mai constată un nivel scăzut de implementare a recomandărilor formulate anterior de Avocatul Poporului, inclusiv în ceea ce privește finanțarea separată a serviciilor de tratament prin constrângere, asigurarea pazei permanente, completarea statelor de personal ș.a.

În ansamblu, Avocatul Poporului concluzionează că tratamentul prin constrângere continuă să fie aplicat într-un cadru insuficient reglementat, cu un accent redus pe recuperare, reintegrare și respectarea deplină a demnității umane, fiind necesare intervenții legislative, administrative și bugetare urgente pentru alinierea practicilor naționale la standardele internaționale în materie de drepturi ale omului și sănătate mintală

3.3. INTERNAREA PENTRU EFECTUAREA EXPERTIZEI PSIHIATRICE

Spitalizarea în staționarul de psihiatrie pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice constituie o măsură procesual-penală distinctă, reglementată de articolul 152 din Codul de procedură penală, care se delimitează atât de internarea voluntară și nevoluntară, reglementate de Legea privind sănătatea și

³⁴ <https://ombudsman.md/post-document/raport-tematic-respectarea-drepturilor-copilului-cu-tulburari-mintale-2/>

³⁵ <https://ombudsman.md/post-document/raport-tematic-situatia-persoanelor-aflate-la-tratament-prin-constrangere-la-spitalul-clinic-de-psihiatrie-chisinau-or-codru-in-2022-2024/>

bunăstarea mintală Nr. 114/2024, cât și de tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical dispuse ca urmare a constatării iresponsabilității persoanei. Această formă de internare nu urmărește realizarea unui act terapeutic în sine, ci este subordonată exclusiv scopului probator într-un proces penal, respectiv stabilirii stării psihice a persoanei și a capacității acesteia de a fi pasibilă de răspundere penală.

Potrivit articolului 152 din Codul de procedură penală, internarea bănuțitului sau învinutului pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice poate fi dispusă atunci când realizarea acesteia necesită o supraveghere îndelungată, fiind admisă cu autorizația judecătorului de instrucție, în baza demersului procurorului. În situația în care necesitatea internării apare în procesul judecării cauzei, încheierea privind internarea este adoptată de instanța de judecată, la cererea părților, a expertului sau din oficiu. Expertiza psihiatrică în condiții de staționar se efectuează în staționarele de psihiatrie cu regim obișnuit.

Internarea pentru efectuarea expertizei psihiatrice este dispusă independent de consimțământul persoanei, temeiul juridic al măsurii fiind exclusiv hotărârea judecătorului. Codul de procedură penală instituie un set de garanții procedurale clare, care includ autorizarea judiciară obligatorie, motivarea necesității și proporționalității măsurii, limitarea duratei internării, posibilitatea contestării încheierii privind autorizarea sau prelungirea internării, precum și dreptul persoanei de a solicita efectuarea expertizei în condiții de ambulatoriu. Aceste garanții apropie, sub aspectul controlului judiciar, regimul internării pentru efectuarea expertizei psihiatrice de cel aplicabil măsurilor de constrângere cu caracter medical, fără a le confunda însă natura juridică și finalitatea.

Durata internării este expres și limitativ reglementată de lege: până la 10 zile în cazul bănuțitului, până la 30 de zile în cazul învinutului, cu posibilitatea prelungirii motivate, fiecare prelungire fiind supusă autorizării judecătorului de instrucție și având o durată determinată. În toate situațiile, internarea pentru expertiza psihiatrică păstrează caracterul unei măsuri procesuale temporare, care nu produce efecte terapeutice și nu are caracter punitiv.

În practică, aplicarea acestui cadru normativ a generat însă disfuncționalități semnificative. Analiza răspunsurilor oficiale ale Procuraturii Generale relevă existența unor situații recurente în care IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru a refuzat internarea persoanelor trimise la expertiză judiciară, invocând lipsa consimțământului acestora. O asemenea practică reflectă o confuzie instituțională între regimul consimțământului aplicabil internării într-o instituție medico-sanitară specializată în sănătate mintală, în condițiile Legii Nr. 114/2024, și regimul juridic al internării dispuse în cadrul procesului penal, în baza unei încheieri judecătorești care autorizează internarea.

Refuzul de a executa o încheiere judecătorească de internare pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice contravine direct prevederilor articolului 152 din Codul de procedură penală și poate afecta grav funcționarea justiției penale. Spre deosebire de internarea într-o instituție medico-sanitară specializată în sănătate mintală cu scop terapeutic, internarea pentru expertiză servește interesului public al aflării adevărului.

Această disfuncționalitate compromite desfășurarea eficientă a procedurilor procesual-penale și poate afecta dreptul părților la un proces echitabil. Din perspectiva drepturilor omului, problema nu constă în caracterul coercitiv al măsurii, care este prevăzut de lege și supus controlului judiciar, ci în lipsa unei aplicări coerente și unitare a normelor procesual-penale de către instituția medico-sanitară publică.

Sunt situații în care Staționarul Clinic de Psihiatrie a informat Judecătoria, procurorul de caz și Avocatul Poporului despre imposibilitatea punerii în executare a încheierilor judecătorești privind internarea persoanei pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice. În motivarea poziției sale, instituția a invocat lipsa condițiilor materiale și de securitate, insuficiența resurselor umane calificate, inexistența capacității juridice necesare și faptul că staționarul nu este adaptat pentru deținerea persoanelor arestate, făcând trimitere la prevederile art. 490 din Codul de procedură penală. În aceste condiții, Staționarul de Psihiatrie a comunicat că actele judecătorești respective nu pot fi puse în executare. Poziția exprimată de Staționarul Clinic de Psihiatrie evidențiază o disfuncționalitate majoră în mecanismul de executare a încheierilor judecătorești care vizează internarea pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice. Deși cadrul normativ permite instanței de judecată dispunerea acestei măsuri, lipsa unor proceduri operaționale clare și a unei infrastructuri adaptate conduce, în practică, la imposibilitatea realizării efective a expertizei. Situația analizată sugerează că problema nu este una punctuală, legată exclusiv de capacitatea unui anumit spital, ci reflectă un deficit sistemic de reglementare operațională și coordonare interinstituțională între autoritățile judiciare și sistemul de sănătate mintală, cu impact direct asupra respectării obligațiilor pozitive ale statului.

Analiza evidențiază că, în cazul internării pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice, disfuncționalitățile derivă din interpretări ambigue a aspectelor normative, și din absența unor mecanisme operaționale și de securitate care să permită executarea efectivă a încheierilor judecătorești. Refuzul instituțiilor medico-sanitare de a pune în executare măsuri dispuse legal de instanță indică un deficit sistemic de coordonare între autoritățile judiciare și sistemul de sănătate mintală, cu impact direct asupra funcționării justiției penale și respectării obligațiilor pozitive ale statului.

În concluzie, internarea în instituția medicală pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice trebuie înțeleasă și aplicată ca o măsură procesual-penală autonomă, distinctă atât de internarea nevoluntară în sens medical, cât și de tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical. Clarificarea acestei distincții la nivel normativ, instituțional și operațional este esențială pentru respectarea autorității hotărârilor judecătorești, pentru eficiența procesului penal și pentru menținerea unui echilibru legitim între protecția drepturilor individuale și interesul public.

3.4. ETAPA DE TRATAMENT ȘI MONITORIZARE ÎN STAȚIONAR

În conformitate cu Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114/2024, instituțiile medico-sanitare specializate în sănătatea mintală au responsabilitatea de a acorda asistența medicală în baza unei abordări centrate pe persoană, fundamentate pe respectarea drepturilor omului, pe necesitățile

individuale ale pacientului și pe principiul intervenției proporționale. Asistența medicală spitalicească se realizează exclusiv în condițiile și procedurile prevăzute de lege, inclusiv în cazul internării voluntare, internării nevoluntare sau al tratamentului prin constrângere.

Tratamentul în condiții de staționar nu mai este privit doar ca o măsură medicală, ci ca un proces complex de recuperare bazat pe individualizarea îngrijirii.

Instituția medico-sanitară specializată în sănătate mintală are obligația de a asigura un mediu terapeutic securizat, care să respecte demnitatea umană și să utilizeze metodele cele mai puțin restrictive. În special, tratamentul și îngrijirea trebuie să fie acordate în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte pe cât e posibil integritatea fizică și/sau psihică a acestora, precum și să răspundă nevoilor de sănătate ale persoanelor respective și necesității de a asigura securitatea fizică a celorlalți. Scopul tratamentului și îngrijirilor acordate trebuie să vizeze nu doar remisia simptomelor, ci și sporirea gradului de autonomie a persoanei cu tulburări mintale și dezvoltarea abilităților pentru viață independentă în comunitate.

Tratamentul și îngrijirile se bazează doar pe un program terapeutic individualizat, discutat și elaborat în colaborare cu fiecare pacient, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie și aplicat de către personal calificat.

Tratamentul nevoluntar se aplică conform unor criterii prestabilite de lege: să abordeze semnele și simptomele clinice specifice; să fie proporțional cu starea de sănătate a persoanei; să facă parte dintr-un plan de tratament scris; să fie documentat; dacă este cazul, să urmărească permiterea de a utiliza cât mai curând posibil un tratament acceptabil pentru persoană. În cazul în care se constată că tratamentul este necorespunzător, persoana cu tulburări mintale și de comportament, reprezentantul său legal sau persoana împuternicită cu mandat de ocrotire, precum și avocatul sunt în drept să depună la instanța de judecată competentă o cerere privind contestarea tratamentului nevoluntar.

Legea instituie un mecanism riguros de control asupra necesității continuării spitalizării, în special în cazurile de internare nevoluntară. Astfel, instituția medico-sanitară este obligată, prin intermediul Comisiei de medici psihiatri, să reevalueze pacientul cel puțin o dată la două săptămâni sau de câte ori este nevoie, în funcție de starea acestuia, precum și la cererea medicului-șef de secție, a persoanei internate, a reprezentantului legal sau a persoanei împuternicite cu mandat de ocrotire. Dacă se constată că temeiurile care au determinat internarea nevoluntară au încetat, conducerea instituției sesizează instanța de judecată în privința dispunerii încetării acesteia.

Un aspect critic al tratamentului și îngrijirilor în staționar este utilizarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare a persoanei internate. Acestea pot fi aplicate exclusiv atunci când există un pericol real și iminent pentru viața, integritatea corporală sau sănătatea acesteia ori a altei persoane, în strictă conformitate cu cadrul normativ existent, și standardele internaționale relevante, cu aplicarea și respectarea principiilor legalității, necesității, proporționalității și responsabilității și cu respectarea drepturilor și intereselor legitime ale persoanei internate. Măsurile de restricționare a

libertății de mișcare nu pot fi parte a tratamentului și nu pot fi dispuse ca soluție pentru lipsa de personal, ca formă de amenințare, ca pedeapsă sau pentru impunerea unui comportament solicitat.

Instituția medico-sanitară specializată în sănătate mintală nu este doar prestator de servicii medicale, ci și un garant al drepturilor civile ale pacientului în perioada internării acestuia. Astfel, persoana cu tulburări mintale și de comportament beneficiază de toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului prevăzute de Constituție, alte acte normative, de tratatele și convențiile internaționale la care Republica Moldova este parte. Este interzisă limitarea drepturilor și libertăților persoanelor cu tulburări mintale și de comportament doar în baza diagnosticului și a faptului că se află ori s-a aflat în staționarul de psihiatrie, în instituția rezidențială, serviciul social, medico-social sau educațional.

În mod special, Legea Nr. 114/2024 obligă instituțiile medico-sanitare specializate în sănătatea mintală să le ofere persoanelor internate informații complete, clare și exacte cu privire la dreptul lor de a-și exprima sau nu consimțământul referitor la internare și la tratament, despre posibilitatea de a-și retrage ulterior consimțământul. De asemenea, persoanele internate în instituțiile de psihiatrie au dreptul să fie informate despre starea sănătății mintale, despre riscul potențial și eficacitatea terapeutică a intervențiilor, metodele de alternativă, diagnosticul, prognosticul și evoluția tratamentului, recomandările profilactice și de recreere. Informarea trebuie să fie realizată de către specialiștii care acordă asistență și să fie adaptată nivelului de înțelegere a pacienților. Informațiile trebuie să fie oferite direct pacienților sau, după caz, reprezentanților legali ori persoanelor împuternicite cu mandat de ocrotire.

Instituțiile de psihiatrie sunt obligate să asigure respectarea demnității și a intimității persoanelor internate, inclusiv prin crearea facilităților fizice corespunzătoare ținând cont de vârsta, sexul, afecțiunea acestora, prin asigurarea intervențiilor medicale care să asigure intimitatea, prin neadmiterea fotografierii sau filmării pacienților fără consimțământul lor, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei erori medicale. Totodată, instituția medico-sanitară sunt obligată să asigure confidențialitatea informațiilor despre sănătatea pacienților, iar informațiile privind starea de sănătate mintală a persoanelor obținute în procesul de acordare a asistenței pot fi oferite altor specialiști și/sau structurilor specializate în sănătate mintală doar cu consimțământul persoanelor în cauză.

Legea Nr. 114/2024 mai obligă instituțiile medico-sanitare specializate în sănătatea mintală să le ofere persoanelor internate informații despre procedurile de depunere a plângerilor, să dețină un sistem de înregistrare și soluționare a acestora și să asigure că toate cazurile suspecte de abuz fac obiectul unor investigații interne, documentate corespunzător, cu transmiterea acestora, după caz, autorităților competente.

Persoanele supuse măsurilor de constrângere cu caracter medical beneficiază de aceleași garanții privind protecția drepturilor fundamentale ca și ceilalți pacienți, inclusiv de respectarea demnității umane și de acces la cele mai bune standarde de tratament posibile, fără discriminare³⁶. O inovație

³⁶ A se vedea articolul 23 din Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114 din 16.05.2024.

majoră introdusă de Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală constă în impunerea unui cadru terapeutic structurat, care depășește simpla custodie securizată. Astfel, conform articolului 23 alin. (5) din lege, tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical trebuie să aibă la bază obligatoriu un plan individual de reabilitare psihosocială. Această cerință transformă tratamentul coercitiv într-un proces terapeutic activ, orientat spre recuperare și integrare socială. Planul este elaborat de o echipă de specialiști ai instituției și ajustat împreună cu pacientul, în funcție de necesitățile individuale ale acestuia. Mai mult, legea impune revizuirea trimestrială obligatorie a planului, printr-un raport care trebuie să evalueze atât starea psihică, cât și gradul de funcționalitate a persoanei în plan social. Această cerință constituie o garanție procedurală esențială împotriva aplicării arbitrare sau prelungite a MCCM, întrucât obligă instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală să demonstreze progresul real spre reintegrare. Totodată, accentul pus pe individualizare este o garanție fundamentală împotriva tratamentului uniform și neadecvat, iar recunoașterea necesităților individuale obligă instituția medicală specializată în sănătate mintală să adopte o abordare multidisciplinară și centrată pe persoană.

Potrivit IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie Codru, evaluarea riscului de recidivă în cazul persoanelor internate în baza unei măsuri de constrângere cu caracter medical se realizează individual, printr-o analiză complexă care ține cont atât de diagnosticul psihiatric de bază conform Protocoalelor Clinice Naționale, cât și de natura și gravitatea infracțiunii comise. Această evaluare este efectuată de o comisie psihiatrică multidisciplinară, compusă din medici psihiatri, psihologi clinicieni și alți specialiști implicați în procesul terapeutic. În cadrul evaluării se analizează evoluția stării clinice a pacientului pe parcursul internării, complianța la tratament și reacția la intervențiile terapeutice, capacitatea pacientului de a înțelege și controla comportamentul său, existența unor factori de risc suplimentari (consum de substanțe, lipsa suportului familial sau social, antecedente de violență etc.), evaluarea pronosticului psihiatric și comportamental în contextul libertății.

În situația în care se constată o ameliorare semnificativă a stării psihice și totodată absența unui pericol social actual, comisia de reexaminare psihiatrică formulează o opinie motivată privind oportunitatea încetării măsurii de constrângere cu caracter medical. Această recomandare este înaintată instanței de judecată, care decide asupra încetării măsurii. În cazul în care se dispune încetarea tratamentului prin constrângere, în unele cazuri instanța dispune continuarea tratamentului pe bază generală, în regim ambulatoriu, sub monitorizarea unui medic psihiatru de circumscripție, însă modalitatea de executare a acestor prescripții nu este prevăzută de actele normative în vigoare.

3.5. COOPERAREA DINTRE INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE SPECIALIZATE ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI INSTANȚELE JUDECĂTOREȘTI PRIVIND PROCEDURILE DE INTERNARE ȘI TRATAMENT NEVOLUNTAR

Legea Nr. 114/2024 instituie un **model de cooperare obligatorie, formalizată și continuă** între instituțiile medico-sanitare de psihiatrie și instanțele judecătorești, având ca scop asigurarea unui control judiciar efectiv asupra tuturor măsurilor de internare și tratament nevoluntar, precum și garantarea respectării drepturilor fundamentale ale persoanelor cu tulburări mintale și de

comportament, inclusiv în situațiile în care acestea prezintă un risc semnificativ pentru viața și sănătatea proprie sau a altor persoane.

Această cooperare este declanșată la nivelul instituției medicale, în momentul în care medicul psihiatru constată întrunirea condițiilor cumulative pentru internarea nevoluntară prevăzute la art. 31 alin. (1), respectiv existența unei tulburări mintale, a unui risc semnificativ de vătămare gravă, a scopului terapeutic al măsurii și a inexistenței unor alternative mai puțin restrictive. În această fază, spitalul are obligația de a efectua imediat evaluarea stării de sănătate mintală și de a documenta medical și juridic concluziile evaluării, inclusiv prin consemnarea motivată a deciziei de a solicita internarea nevoluntară.

În situația refuzului consimțământului de către persoană sau reprezentantul legal, instituția medico-sanitară, prin medicul psihiatru curant, este obligată să sesizeze comisia de medici psihiatri în termen de până la 24 de ore, comisie care analizează propunerea și emite o decizie motivată privind internarea nevoluntară și aplicarea tratamentului. Această decizie medicală nu produce efecte autonome pe termen mediu sau lung, fiind supusă controlului judiciar obligatoriu.

Rolul spitalului în cooperarea cu instanța de judecată se concretizează prin obligația de a sesiza instanța judecătorească competentă în termen de cel mult 24 de ore de la emiterea deciziei comisiei medicale. Cererea adresată instanței are ca obiect confirmarea internării nevoluntare și, după caz, a tratamentului nevoluntar, iar instituția medicală are responsabilitatea de a transmite integral documentația medicală relevantă, asigurând trasabilitatea deciziei și transparența actului medical.

Instanța judecătorească exercită un control de legalitate, necesitate și proporționalitate, examinând cererea în regim de urgență, într-un termen ce nu depășește 48 de ore. Cooperarea dintre spital și instanță este una activă și proceduralizată, întrucât reprezentantul instituției medicale trebuie să participe obligatoriu la ședința de judecată, iar conducerea unității medicale este obligată să asigure accesul unui specialist independent în domeniul psihiatriei la pacient și la toate documentele medicale relevante, în cazul solicitării unei a doua opinii.

De asemenea, legea consacră obligația instituției medico-sanitare de a facilita participarea efectivă a persoanei internate la procedura judiciară, fie prin prezentarea acesteia în instanță, fie, atunci când starea de sănătate nu permite, prin organizarea audierii în incinta spitalului sau prin mijloace de videoconferință, cu justificarea medicală corespunzătoare. Această obligație reflectă rolul spitalului ca garant al dreptului la apărare și la acces efectiv la justiție.

Cooperarea nu se epuizează odată cu pronunțarea hotărârii judecătorești. Pe durata internării nevoluntare, instituția medicală are obligația de a asigura evaluarea periodică a stării persoanei de către comisia de medici psihiatri, cel puțin o dată la două săptămâni, iar în cazul în care temeiurile internării au încetat, spitalul este obligat să sesizeze imediat instanța care a confirmat internarea, în vederea dispunerii încetării acesteia. Astfel, instanța rămâne un actor permanent în controlul legalității internării nevoluntare.

În materia tratamentului prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, cooperarea dintre instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală și instanțele judecătorești se extinde pe întreaga durată a aplicării acesteia, având un caracter continuu, periodic și obligatoriu. Articolul 501 din Codul de procedură penală consacră controlul judiciar permanent asupra necesității menținerii măsurilor de constrângere cu caracter medical, ca garanție împotriva privării arbitrare de libertate și a tratamentului nejustificat. În acest sens, instanța de judecată verifică necesitatea continuării aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical, periodic, dar nu mai rar de o dată la șase luni. Această verificare trebuie să se bazeze pe evaluări medicale actualizate, care să reflecte starea reală de sănătate mintală a persoanei, gradul de pericol social și necesitatea menținerii unui regim de tratament instituționalizat.

Instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală au, în acest context, un rol central și activ. Atunci când se constată însănătoșirea persoanei declarate iresponsabile sau o ameliorare semnificativă a stării sănătății mintale, care face inutilă continuarea măsurii aplicate, inițiativa procedurală aparține medicului-șef al instituției medicale. Acesta înaintează instanței o propunere motivată, întemeiată pe avizul unei comisii medicale, propunere ce declanșează examinarea judiciară a încetării ori schimbării măsurii de constrângere cu caracter medical.

Aceleași mecanisme se aplică și în situațiile în care persoana s-a îmbolnăvit de o maladie psihică cronică ulterior săvârșirii infracțiunii. Chiar dacă persoana rămâne cu tulburare mintală, instanța este chemată să aprecieze, pe baza evaluării medicale, dacă subzistă necesitatea menținerii măsurilor de constrângere, accentul fiind pus pe evaluarea actuală a riscului și pe caracterul proporțional al măsurii.

Codul de procedură penală oferă dreptul de sesizare a instanței nu doar instituțiilor medicale, ci și persoanei supuse măsurii, rudelor apropiate sau altor persoane interesate. În asemenea cazuri, instanța solicită în mod obligatoriu un aviz medical motivat de la organele de ocrotire a sănătății, ceea ce reafirmă caracterul indispensabil al cooperării dintre sistemul judiciar și cel medical în gestionarea acestor situații. Altfel spus, spitalul de psihiatrie nu este un simplu executor al unei hotărâri judecătorești, ci un actor instituțional care furnizează expertiza esențială pentru reevaluarea continuă a temeiurilor juridice ale măsurii aplicate.

Din perspectivă instituțională, competența de soluționare a cererilor privind verificarea, încetarea sau schimbarea măsurilor de constrângere revine instanței care a dispus inițial aplicarea măsurii sau instanței de la locul executării acesteia. Această regulă asigură accesibilitatea procedurii și continuitatea controlului judiciar, în strânsă corelație cu informațiile medicale furnizate de instituția care oferă tratament.

Procedura de verificare a necesității de a aplica în continuare măsurile de constrângere cu caracter medical, încetare a sau schimbare a lor, prevăzută de legea procesual-penală este parte a arhitecturii normative instituite prin Legea Nr. 114/2024, configurând un mecanism de cooperare între spitalul de psihiatrie și instanțele judecătorești, bazat pe evaluare medicală periodică, control judiciar efectiv și posibilitatea de adaptare a măsurilor la evoluția stării de sănătate mintală a persoanei. Acest

mecanism ar putea reprezenta o garanție esențială a respectării dreptului la libertate, a principiului proporționalității și a caracterului strict terapeutic al măsurilor de constrângere cu caracter medical.

În ansamblu, Legea Nr. 114/2024 configurează cooperarea dintre instituțiile medico-sanitare de sănătate mintală și instanțele judecătorești ca un **mecanism integrat de protecție a drepturilor omului**, în care decizia medicală și controlul judiciar sunt interdependente și complementare. Spitalul nu acționează ca o autoritate discreționară de privare de libertate, ci ca un actor tehnic specializat, supus unui control judiciar strict, iar instanța nu substituie expertiza medicală, ci o validează juridic, asigurând echilibrul dintre necesitatea protecției societății și respectarea demnității, autonomiei și drepturilor persoanei cu tulburări mintale.

3.6. EVALUAREA NEVOILOR ȘI A FACTORILOR DE VULNERABILITATE LA EXTERNARE (INCLUSIV RISCUL DE COMPORTAMENTE VIOLENTE)

Evaluarea nevoilor și a factorilor de vulnerabilitate la momentul externării din instituția specializată de sănătate mintală trebuie să reprezinte o etapă esențială în asigurarea continuității îngrijirii, a siguranței persoanei și a protecției comunității. În conformitate cu Legea Nr. 114/2024, asistența în sănătatea mintală este abordată într-o manieră holistică și centrată pe persoană, ceea ce presupune că deciziile privind încetarea tratamentului și externarea trebuie să țină cont de stare clinică, de nevoile individuale ale pacientului și de contextul său familial și comunitar.

Analiza răspunsurilor instituționale indică faptul că evaluarea riscului de violență și a vulnerabilităților asociate la momentul externării este realizată preponderent în interiorul sistemului medical, fără un mecanism formalizat de comunicare și coordonare cu organele judiciare și cele de ordine publică.

Conform răspunsului Ministerului Sănătății, evaluarea stării clinice, a riscului de comportamente auto- sau hetero-agresive și a nevoilor pacientului este realizată de personalul medical, în baza ghidurilor clinice și a instrumentelor utilizate în instituțiile psihiatrice. Totodată, MS a confirmat că **nu există formulare standardizate sau planuri naționale obligatorii de evaluare a riscului de violență la externare**, iar informațiile relevante sunt consemnate în documentația medicală generală (fișe clinice). În același timp, Ministerul confirmă faptul că la etapa externării pacientului, informația despre asistența psihiatrică prestată în cadrul unui staționar psihiatric se transmite către Centrul Comunitar de Sănătate Mintală doar cu acordul pacientului. Refuzul pacientului de a autoriza transferul acestor date, implică imposibilitatea la nivel de comunitate de a interveni în etapa monitorizării comportamentului și asigurării continuității tratamentului.

Din perspectiva Ministerului Afacerilor Interne, cooperarea cu instituțiile medicale este activată în principal în situații de criză sau pericol iminent, poliția având rol de sprijin operațional (imobilizare, transport, securizare). MAI a semnalat explicit **lipsa unui mecanism de cooperare interinstituțională funcțional** care să asigure continuitatea managementului riscului după intervenția inițială sau după externarea pacientului din spital.

În consecință, **externarea nu este însoțită sistematic de o evaluare comună a riscurilor**, realizată împreună cu organele de poliția sau alte structuri judiciare, chiar și în cazurile în care anterior au existat acte de violență, amenințări sau ordine de restricție.

3.7. REVENIREA ÎN COMUNITATE. PLANURI DE EXTERNARE ȘI MECANISME DE SUPRAVEGHERE POST-TRATAMENT.

Răspunsurile MS indică faptul că, după externare, pacienților li se propun servicii comunitare de sănătate mintală (CCSM, centru de zi, asistență la domiciliu), însă accesarea acestora este voluntară, în conformitate cu Legea Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală. Legislația națională **nu prevede mecanisme de intervenție nevoluntară în ambulatoriu**, nici forme de tratament obligatoriu comunitar.

Această abordare limitează posibilitatea instituțiilor de a asigura **monitorizarea post-externare a persoanelor cu risc ridicat de violență**, în special în situațiile în care:

- pacientul refuză tratamentul;
- familia nu cooperează;
- anterior au existat episoade de violență sau amenințări grave.

MAI a confirmat că, în lipsa unei sesizări noi sau a unui incident, poliția nu are temei legal pentru monitorizare preventivă, iar informațiile privind riscul de violență nu sunt transmise sistematic către polițistul de sector sau alte structuri locale după externare.

Din perspectiva Ministerul Muncii și Protecției Sociale, serviciile sociale disponibile (echipe mobile, locuințe protejate, centre de zi) sunt destinate persoanelor cu dizabilități care nu prezintă pericol social iminent. MMPS a precizat că persoanele cu tulburări mintale în fază acută sau cu comportament violent nu sunt eligibile pentru plasament social, fiind referite către sistemul medical.

Astfel, la revenirea în comunitate, persoanele cu tulburări mintale și istoric de violență se pot confrunta cu un vid de servicii, situat între sistemul medical (care nu poate interveni nevoluntar în ambulatoriu) și sistemul social (care nu poate prelua cazurile cu risc ridicat).

Răspunsurile instituționale indică faptul că familia joacă un rol esențial în susținerea post-externare, însă nu există mecanisme clare de evaluare a capacității familiei de a gestiona riscul. MMPS și MAI au menționat frecvent situații de refuz al colaborării din partea familiei, caz în care intervenția este realizată punctual, în conlucrare cu polițistul de sector, fără un plan de management pe termen mediu sau lung.

Analiza răspunsurilor MAI, MS și MMPS evidențiază că nu există un mecanism instituționalizat de cooperare continuă care să acopere toate etapele traseului persoanei: **internare → externare → comunitate → monitorizare**.

Fiecare sector acționează în baza propriilor competențe și instrumente:

- sistemul medical evaluează clinic și intervine în criză;

- poliția intervine reactiv, în urma sesizărilor;
- serviciile sociale oferă suport doar în absența unui pericol iminent.

Lipsa unui mecanism de transfer clar al responsabilității între instituții face ca tranzițiile să reprezinte momente de vulnerabilitate majoră, în special: imediat după externarea din spital; în situații de refuz al tratamentului; în lipsa colaborării familiei.

Această fragmentare instituțională crește riscul de recurență a violenței, afectând atât siguranța comunității, cât și protecția drepturilor victimelor și ale persoanelor cu tulburări mintale.

3.8. STUDIU DE CAZ: CAHUL

Intervenția instituțiilor publice, evaluarea riscului de violență și limitele mecanismelor de prevenire a violenței

Cazul din raionul Cahul, care a implicat un conflict familial grav și care a culminat ulterior cu comiterea unei infracțiuni deosebit de grave, dublu omor, a constituit unul dintre punctele de pornire ale prezentului studiu. Particularitatea acestui caz constă în faptul că, anterior producerii faptei, au existat sesizări către autorități, intervenții instituționale și aplicarea unor măsuri prevăzute de legislația în vigoare, inclusiv în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie. Prin urmare, cazul oferă un cadru relevant pentru a analiza nu doar reacția instituțiilor, ci mai ales eficacitatea mecanismelor legale existente în prevenirea escaladării riscului de violență.

Din informațiile comunicate Avocatului Poporului de către Inspectoratul de Poliție Cahul și Ministerul Afacerilor Interne rezultă că, urmare a unei plângeri formulate de părinți în contextul unui conflict familial cu fiul lor, organele de poliție au intervenit și au aplicat o măsură de protecție prevăzută de legislația privind prevenirea și combaterea violenței în familie, în limitele competențelor legale. Aplicarea unei astfel de măsuri indică faptul că riscul de violență a fost recunoscut de autorități; poliția a utilizat instrumentele legale disponibile pentru gestionarea pericolului imediat; intervenția s-a axat pe separarea temporară a părților și reducerea riscului iminent. Această reacție este conformă cadrului normativ în vigoare și nu poate fi calificată drept omisiune instituțională.

Totodată, analiza cazului evidențiază o problemă structurală mai amplă. Deși, în procesul de aplicare a măsurilor de protecție, organele de poliție efectuează o evaluare a riscului de violență, cadrul normativ actual nu prevede în mod clar ce se întâmplă ulterior cu rezultatele acestei evaluări; dacă și cum este gestionat riscul pe termen mediu și lung; ce instituții sunt responsabile de reducerea activă a riscului identificat.

În practică, evaluarea riscului rămâne un instrument utilizat aproape exclusiv pentru justificarea aplicării ordinului de restricție sau a ordinului de protecție, fără a declanșa un proces intersectorial de intervenție.

Din răspunsurile furnizate de CCSM Cahul și de instituțiile medicale teritoriale reiese că serviciile comunitare de sănătate mintală funcționează pe baza consimțământului voluntar al beneficiarului; nu există un mecanism legal de notificare automată a CCSM în urma aplicării unei măsuri de protecție

de către poliție; în lipsa adresării directe din partea familiei sau a persoanei, CCSM nu dispune de mandat legal pentru intervenții proactive sau monitorizare.

Evitarea ulterioară a serviciilor de către familie nu poate fi interpretată ca o culpă individuală. Aceasta reflectă bariere cunoscute la nivel sistemic, precum stigmatizarea asociată sănătății mintale; lipsa de încredere în eficacitatea intervențiilor; absența unor trasee clare de sprijin coordonat.

Cazul Cahul se înscrie într-un context mai larg, documentat la nivel național, în care aplicarea ordinelor de restricție de urgență sau a ordinelor de protecție nu a prevenit, în mod efectiv, producerea unor noi acte de violență, inclusiv cazuri soldate cu vătămări grave sau deces. Această realitate indică faptul că ordinele de restricție și de protecție sunt instrumente necesare, dar nu suficiente; ele sunt concepute ca măsuri de gestionare temporară a riscului, nu ca mecanisme de reducere structurală a acestuia; în lipsa unor intervenții complementare, riscul de recidivă rămâne ridicat.

Analiza cazului Cahul demonstrează că instituțiile implicate (poliția, serviciile medicale, CCSM) au acționat, în mare parte, în conformitate cu competențele legale existente; disfuncționalitățile nu derivă din neaplicarea legii, ci din limitările cadrului normativ; nu există un sistem integrat de management al riscului violenței care să asigure transmiterea intersectorială a evaluărilor de risc; monitorizarea post-intervenție; reducerea activă a factorilor de risc (tulburări mintale netratate, consum de substanțe, conflicte familiale severe).

În concluzie, cazul din Cahul evidențiază un eșec de prevenție secundară și terțiară, determinat de fragmentarea responsabilităților și de lipsa unor mecanisme normative clare de cooperare între MAI, MS și MMPS. Deși au existat intervenții și măsuri legale aplicate, acestea nu au fost integrate într-un proces coerent de reducere a riscului, ceea ce a permis escaladarea ulterioară a violenței.

3.9. STUDIU DE CAZ: CĂUȘENI

Protecția copilului, sănătatea mintală și prevenirea violenței în familiile cu părinți sau îngrijitori cu tulburări mintale severe

Cazul din raionul Căușeni, care a implicat decesul unui copil de 5 ani, omorât de mama sa, aflată la evidența serviciilor de sănătate mintală, reprezintă un exemplu distinct de risc complex, diferit fundamental de cazul Cahul. Spre deosebire de situațiile în care există un istoric de violență, sesizări repetate sau intervenții coercitive anterioare, acest caz se caracterizează prin absența antecedentelor de violență față de copil și prin existența unor intervenții instituționale realizate, în mare parte, în conformitate cu cadrul normativ în vigoare.

Relevanța cazului constă în faptul că acesta aduce în prim-plan o problematică mai puțin abordată în mod explicit în politicile publice: prevenirea violenței față de copiii care trăiesc în familii în care cel puțin un părinte sau îngrijitor are o tulburare mintală severă.

Potrivit informațiilor oficiale examinate de Avocatul Poporului pentru drepturile copilului, mama copilului se afla la evidența medicului psihiatru, cu un diagnostic de tulburare psihică asociată unei afecțiuni neurologice, urmând tratament medicamentos și fiind monitorizată periodic. Familia era

cunoscută autorităților locale ca familie cu copii în situație de risc, fiind realizate evaluări sociale, vizite la domiciliu și acordarea de măsuri de sprijin social și financiar. Autoritatea tutelară locală, serviciile sociale și echipa multidisciplinară au intervenit în limitele competențelor legale, fiind elaborate planuri individuale de asistență și fiind monitorizată situația copilului. Cu aproximativ două luni înainte de producerea tragediei, a fost efectuată o vizită la domiciliu, fără a fi identificate elemente care să indice un risc iminent pentru viața sau integritatea celor 2 copii din familie. Deși autoritățile tutelare locale au realizat evaluări și au aplicat măsuri de sprijin, acestea au fost orientate predominant spre îmbunătățirea condițiilor de trai; suport social și financiar; menținerea copilului în familie.

Cu 3 zile înainte de producerea tragediei, coordonatorul ANET din cadrul instituției de învățământ a expediat autorității tutelare locale Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului, din motivul lipsei copilului de la ore timp de două zile. Totodată, în Fișa de sesizare se menționează că, din spusele vecinilor, mama copiilor este agresivă și nu dorește să comunice cu nimeni.

Respectiv, în aceeași zi, membrii comisiei multidisciplinare din cadrul autorității tutelare locale au efectuat o vizită la domiciliu, precum și au realizat evaluarea inițială a copiilor. Conform raportului de vizită, membrii comisiei au constatat următoarele: copiii nu frecventau școala și grădinița din motiv de sănătate, fapt confirmat de asistenta medicală, membră a comisiei.

Potrivit fișelor de evaluare inițială a copiilor, condițiile locative și sanitaro-igienice s-au menționat a fi parțial adecvate pentru creștere și dezvoltare, lipsind condițiile de învățare conform vârstei. Totodată, în fișa de evaluare inițială se indică și asupra faptului că alimentația copiilor nu este realizată la timp, fiind nepotrivită vârstei.

Urmare a evaluării inițiale, comisia a decis luarea copiilor la evidență, menținerea copiilor în familie și evaluarea complexă a acestora, precum și includerea lor în serviciul social de sprijin familial secundar.

Aceste intervenții sunt conforme legislației naționale. Totodată, cazul demonstrează că instrumentele standard de evaluare socială nu sunt concepute pentru a identifica riscuri rare, precum violența letală în contextul unei decompensări acute a unei tulburări mintale. Prin urmare, protecția copilului a funcționat preponderent în logica prevenirii sociale generale, fără a dispune de instrumente pentru gestionarea riscurilor clinice severe. Tragedia a demonstrat însă că evaluările existente nu au identificat riscul extrem; nu a existat un mecanism de reevaluare continuă a riscului în contextul sănătății mintale.

Din răspunsurile instituțiilor medicale reiese că intervențiile sistemului de sănătate mintală au fost realizate în baza consimțământului persoanei și în conformitate cu legislația în vigoare. Afectiunea mamei nu a fost încadrată ca o tulburare psihică severă cu manifestări agresive cunoscute și nu au existat sesizări privind comportamente violente anterioare față de copii sau alte persoane. În aceste condiții nu a existat temei legal pentru internare prin constrângere; nu a fost instituit un regim de

monitorizare intensivă; nu au fost activate mecanisme de alertă sau de evaluare specializată a riscului de violență față de copil. Această situație evidențiază o limită structurală a cadrului normativ: existența unei tulburări mintale și a evidenței psihiatrice nu este corelată automat cu evaluarea riscului față de copii sau alți membri vulnerabili ai familiei.

Analiza cazului indică faptul că a existat o cooperare intersectorială formală între serviciile sociale, autoritatea tutelară și sistemul de sănătate mintală. Cu toate acestea, cooperarea nu a fost susținută de proceduri comune de evaluare a riscului de violență față de copii; mecanisme de reevaluare dinamică a riscului în situații de vulnerabilitate cumulată; resurse suficiente pentru monitorizare intensivă. Deficitul de personal, volumul mare de cazuri și lipsa unor mandate legale clare pentru intervenții proactive au limitat capacitatea instituțiilor de a acționa dincolo de cadrul minim prevăzut de lege.

Spre deosebire de cazul Cahul, analiza cazului Căușeni nu indică existența unor antecedente de violență care să fi permis anticiparea producerii faptei. În aceste condiții, prevenirea unui astfel de eveniment prin instrumentele standard ale statului apare ca fiind foarte dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Totodată, cazul evidențiază faptul că recunoașterea limitelor prevenției nu exclude necesitatea dezvoltării unor mecanisme mai sofisticate de reducere a riscului, adaptate situațiilor rare, dar cu impact sever.

Cazul din raionul Căușeni evidențiază limitele cadrului normativ și instituțional în prevenirea violenței față de copii în familiile în care există cel puțin un părinte sau îngrijitor cu tulburare mintală severă. Deși instituțiile implicate au acționat, în general, în conformitate cu competențele legale existente și au aplicat măsuri de protecție socială și monitorizare, absența unor mecanisme de evaluare și management al riscului a făcut imposibilă prevenirea tragediei. Acest caz demonstrează necesitatea recunoașterii limitelor inerente ale prevenirii absolute; dezvoltării unor instrumente de evaluare a riscului de violență față de copii în contextul sănătății mintale; consolidării cooperării funcționale între serviciile de sănătate mintală și sistemul de protecție a copilului, în vederea reducerii riscurilor rare, dar cu consecințe devastatoare.

3.10. STUDIU DE CAZ: DUBĂSARI

Încetarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și lipsa mecanismelor de management al riscului de violență în comunitate

Cazul din raioanele Dubăsari / Criuleni constituie un al treilea tip distinct de situație analizată în cadrul prezentului studiu, relevant pentru evaluarea capacității statului de a gestiona riscul de violență asociat tulburărilor mintale severe. Spre deosebire de cazul Cahul, unde riscul de violență era cunoscut și semnalat anterior în comunitate, și de cazul Căușeni, caracterizat printr-un act de violență extremă fără antecedente cunoscute, acest caz aduce în prim-plan problematica încetării măsurilor de constrângere cu caracter medical prevăzute de art. 99 - 100 Cod penal și a vidului instituțional care apare după revenirea persoanei în comunitate. Relevanța acestui caz constă în faptul că, anterior comiterii faptei grave, statul a recunoscut oficial existența unui pericol social, prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical dispuse de instanța de judecată. Cu toate acestea, după încetarea

acestor măsuri, nu a existat un mecanism funcțional de prevenire secundară sau terțiară, orientat spre gestionarea riscului de violență pe termen mediu și lung.

Conform **art. 99 Cod penal**, măsurile de constrângere cu caracter medical sunt aplicate de instanța de judecată persoanelor care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală și care, din cauza unei tulburări psihice, prezintă pericol pentru sine sau pentru alte persoane. Aceste măsuri au un caracter juridico-medical și sunt menținute atât timp cât persistă temeiurile care au stat la baza aplicării lor. În cazul analizat, aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical indică faptul că riscul de violență a fost constatat și recunoscut la nivel judiciar; intervenția statului a fost una legală și proporțională cu nivelul de pericol identificat; persoana a fost supusă unei măsuri excepționale, menite să protejeze atât persoana, cât și societatea. Totodată, cadrul normativ prevede că încetarea măsurilor de constrângere cu caracter medical are loc atunci când, în urma evaluărilor medicale, se constată dispariția temeiurilor care au justificat aplicarea acestora, decizia finală aparținând instanței de judecată.

Analiza cazului Dubăsari / Criuleni evidențiază o vulnerabilitate sistemică majoră în momentul încetării măsurilor de constrângere cu caracter medical. Deși riscul de violență fusese anterior considerat suficient de grav pentru a justifica o măsură excepțională, după încetarea acesteia persoana a revenit în comunitate fără un mecanism instituțional clar de monitorizare sau sprijin. Cadrul normativ actual nu reglementează în mod explicit evaluarea riscului de violență la momentul încetării măsurilor; notificarea obligatorie a serviciilor comunitare relevante (CCSM, autorități locale); elaborarea unui plan de management al riscului post-măsură; responsabilitățile instituțiilor implicate după revenirea persoanei în comunitate. În lipsa acestor prevederi, încetarea măsurilor de constrângere cu caracter medical generează o discontinuitate instituțională, în care riscul anterior recunoscut nu mai este gestionat în mod activ.

Serviciile comunitare de sănătate mintală funcționează, în baza legislației în vigoare, pe principiul voluntarității și consimțământului informat. În lipsa unui temei juridic expres CCSM nu poate institui monitorizare obligatorie; nu poate interveni proactiv în lipsa solicitării persoanei sau a familiei; nu poate coordona intervenții cu poliția sau serviciile sociale în baza unei evaluări anterioare realizate în context judiciar. Astfel, în cazul analizat, încetarea măsurilor de constrângere cu caracter medical nu a fost urmată de o tranziție instituțională clară către intervenția comunitară, iar riscul de violență a rămas în afara unui proces structurat de gestionare.

Cazul Dubăsari / Criuleni demonstrează că problema nu rezidă în neaplicarea legii, ci în limitările cadrului normativ. Statul a acționat conform competențelor legale a recunoscut riscul; a aplicat măsuri de constrângere cu caracter medical; a încetat măsura în condițiile prevăzute de lege. Cu toate acestea, după încetarea măsurii, riscul nu mai este tratat ca o problemă de interes public, ci devine, în mod implicit, o responsabilitate individuală, fără mecanisme de prevenție secundară sau terțiară.

Cazul Dubăsari / Criuleni evidențiază o lacună structurală distinctă în sistemul național de prevenire a violenței: absența unui mecanism normativ care să asigure continuitatea managementului riscului de violență după încetarea măsurilor de constrângere cu caracter medical. Deși intervenția statului a

fost legală și justificată în faza inițială, lipsa unor prevederi clare privind monitorizarea, coordonarea și sprijinul post-măsură a creat o vulnerabilitate majoră, care a permis escaladarea ulterioară a violenței. Acest studiu de caz confirmă necesitatea reglementării tranziției de la măsurile de constrângere cu caracter medical la intervenția comunitară; instituirii unor mecanisme de evaluare și management al riscului după încetarea acestor măsuri; consolidării cooperării dintre poliție, sistemul de justiție, sănătatea mintală și serviciile comunitare, în vederea prevenirii recidivei violenței.

Constatări generale

Analiza cumulativă a cazurilor din raioanele **Cahul, Căușeni și Dubăsari / Criuleni** permite formularea unor constatări de nivel sistemic, care nu pot fi deduse din examinarea izolată a fiecărui caz. Aceste constatări evidențiază limite structurale ale cadrului normativ și instituțional în prevenirea și gestionarea riscului de violență în contextul tulburărilor mintale.

Riscul de violență este abordat ca eveniment punctual, nu ca proces continuu. În toate cele trei cazuri, riscul de violență a fost identificat fie anterior producerii faptei (Cahul, Dubăsari / Criuleni), fie imposibil de anticipat în lipsa unor semnale clasice (Căușeni), însă, în lipsa unor mecanisme de continuitate, riscul nu a fost gestionat ca un proces dinamic, care necesită monitorizare și intervenții adaptate în timp. Cadrul normativ tratează riscul preponderent în raport cu aplicarea unei măsuri legale concrete, nu în raport cu reducerea lui progresivă.

Evaluarea riscului nu este corelată cu obligații de intervenție ulterioară. Deși evaluarea riscului de violență este realizată în anumite contexte (aplicarea ordinelor de protecție, măsuri de constrângere cu caracter medical), rezultatele acestor evaluări nu generează, în mod sistematic, obligații de intervenție pentru alte instituții. Această ruptură între evaluare și intervenție explică de ce riscul identificat nu este transmis intersectorial; nu este utilizat pentru planificarea unor măsuri preventive; nu este asumat ca responsabilitate comună.

Intervențiile sunt limitate de mandatul sectorial al fiecărei instituții. Cazurile analizate confirmă că instituțiile acționează strict în limitele propriului mandat legal. În lipsa unor prevederi normative clare privind cooperarea post-intervenție, responsabilitatea pentru gestionarea riscului se fragmentează, iar nicio instituție nu are rolul explicit de coordonare. Această fragmentare produce intervenții paralele, reactive și discontinue, care nu pot asigura prevenirea eficientă a recidivei violenței.

Măsurile legale existente sunt orientate spre controlul riscului imediat, nu spre reducerea lui. Ordinele de protecție, ordinele de restricție și măsurile de constrângere cu caracter medical sunt instrumente necesare, dar sunt concepute ca măsuri temporare de control al riscului, nu ca mecanisme de reducere structurală a acestuia. În lipsa unor intervenții complementare obligatorii, încetarea acestor măsuri marchează, în practică, sfârșitul implicării instituționale, nu începutul unei faze de prevenție secundară sau terțiară.

Protecția copilului în contextul tulburărilor mintale severe rămâne insuficient conceptualizată. Cazul Căușeni evidențiază o zonă insuficient reglementată: situațiile în care copilul se află în îngrijirea a cel puțin unui părinte sau îngrijitor cu tulburare mintală severă. Actualele mecanisme de protecție nu

sunt adaptate acestui tip de risc rar, dar cu impact extrem, ceea ce limitează capacitatea statului de a interveni preventiv.

Constatarea caracterului fragmentat al intervențiilor și a lipsei unor mecanisme funcționale de cooperare intersectorială este confirmată și de autoritățile responsabile de ordinea publică. Astfel, prin răspunsul Ministerului Afacerilor Interne din 07.05.2025, adresat Avocatului Poporului, sunt semnalate explicit absența unui mecanism interinstituțional de coordonare, lipsa instrumentelor de cooperare între poliție și sistemul medical, precum și dificultăți structurale în gestionarea cazurilor ce implică persoane cu tulburări mintale. Această poziție instituțională confirmă caracterul sistemic al vulnerabilităților identificate în cadrul prezentului studiu.

Constatățile integrate demonstrează că principalele vulnerabilități ale sistemului național nu țin de lipsa intervenției sau de neglijența instituțiilor, ci de absența unui cadru normativ care să trateze riscul de violență ca responsabilitate continuă, intersectorială și orientată spre prevenție. Această lacună explică de ce intervențiile existente, deși legale și necesare, nu reușesc să prevină escaladarea sau recidiva violenței în cazurile analizate.

CAPITOLUL IV. PROTECȚIA COPILOR ÎN CONTEXTE DE VULNERABILITATE ASOCIATE TULBURĂRILOR MINTALE

Protecția copiilor aflați în situații de risc care pot fi generate de tulburări mintale ale părinților sau îngrijitorilor este reglementată printr-un cadru normativ relativ clar, care stabilește atribuții pentru mai multe autorități publice. Legea Nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți constituie actul de bază, definind situațiile de risc, mecanismele de sesizare și măsurile de protecție aplicabile. Aceasta este completată de Legea Nr. 45/2007 privind prevenirea și combaterea violenței în familie, precum și de dispozițiile Codului civil referitoare la autoritatea părintească, tutela și curatela minorilor.

În acest cadru, Legea Nr. 140/2013 reglementează identificarea copiilor aflați în situație de risc, evaluarea situației acestora și aplicarea măsurilor de protecție, consacrand la nivel formal obligații de cooperare și sesizare a autorităților competente în vederea protecției copilului. În mod special, legea stabilește obligația angajaților autorităților publice centrale și locale, ai structurilor, instituțiilor și serviciilor care activează în domeniile asistenței sociale, educației, ocrotirii sănătății, organelor de drept de a transmite autorității tutelare competente sesizările privind copiii aflați în situație de risc, precum și cele privind cazurile de abuz, neglijare sau exploatare a copiilor identificate în cadrul serviciilor sociale, ale instituțiilor medicale, educaționale sau culturale, în conformitate cu mecanismele de cooperare intersectorială aprobate de Guvern.

Instrucțiunile privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, aprobate prin Hotărârea Guvernului Nr. 270 din 08.04.2014, instituie un cadru de cooperare intersectorială orientat spre identificarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. Subiecții acestui

mecanism sunt copiii aflați sau care se pot afla în situațiile de risc enumerate în articolul 8 din Legea Nr. 140/2013: copiii supuși violenței; copiii neglijați; copiii care practică vagabondajul, cerșitul sau prostituția; copiii lipsiți de îngrijire și supraveghere din partea părinților din cauza absenței acestora de la domiciliu din motive necunoscute; copiii ai căror părinți au decedat; copiii care trăiesc în stradă, au fugit ori au fost alungați de acasă; copiii ai căror părinți refuză să-și exercite obligațiile părintești; copiii abandonați de părinți; copiii, în privința unuia din părinții căruia este instituită o măsură de ocrotire judiciară; copiii victime ale infracțiunilor, în circumstanțele enumerate supra; copiii expuși riscului de a comite infracțiuni sau se află în conflict cu legea; copiii străini sau apatrizii care au intrat pe teritoriul Republicii Moldova fără a fi însoțiți de o persoană adultă care să fie responsabilă pentru ei prin lege sau au fost lăsați pe teritoriul Republicii Moldova fără un act juridic.

Instrucțiunile asigură un cadru funcțional de cooperare intersectorială după identificarea copilului ca victimă sau potențială victimă a violenței, neglijării sau exploatării, permițând mobilizarea autorităților relevante pentru evaluarea situației copilului, dispunerea măsurilor de protecție și monitorizarea acestuia. Din această perspectivă, mecanismul este adecvat pentru un răspuns instituțional de natură reactivă, dar și pentru protecția copilului în urma apariției sau suspiciunii unor fapte ori situații care îl plasează într-o situație de risc. Totuși, acest mecanism nu prevede proceduri de corelare între intervenția de protecție a copilului și managementul stării de sănătate mintală a adultului, nefiind conceput pentru gestionarea riscului de violență generat de tulburările mintale ale părintelui sau îngrijitorului. Aplicarea mecanismului de cooperare este declanșată de manifestarea sau suspiciunea violenței, și nu de identificarea anticipată a unui risc evaluat din perspectivă clinică. În consecință, în cazurile în care riscul de violență este determinat de tulburări mintale ale părinților sau îngrijitorilor, mecanismul de cooperare instituit prin Hotărârea Guvernului Nr. 270/2014 pare să nu asigure prevenirea timpurie și nici un management integrat al riscului, funcționând ca instrument de intervenție post-identificare. Această limitare reduce capacitatea mecanismului de a contribui la asigurarea unei protecții continue a copilului în contexte familiale marcate de riscuri psihiatrice persistente.

În același context, Instrucțiunea cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, aprobată prin Hotărârea Guvernului Nr. 143 din 12.02.2018, oferă un cadru general de colaborare între instituții, fără a detalia situațiile care implică tulburări mintale severe și comportamente violente.

Din perspectiva sănătății mintale, Legea Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală reglementează drepturile persoanelor cu tulburări mintale, accesul acestora la servicii medicale și condițiile de intervenție în situații de risc, inclusiv noțiunea de pericol social iminent. Legea este orientată preponderent asupra persoanei cu tulburare mintală și asupra intervenției medicale, fără a conține prevederi specifice privind gestionarea riscului de violență asupra copiilor în situațiile în care persoana evaluată sau aflată la tratament are calitatea de părinte ori îngrijitor. Astfel, legea nu instituie obligații exprese de notificare sau cooperare cu autoritățile de protecție a copilului atunci când evaluarea stării de sănătate mintală relevă un risc de violență față de terți, inclusiv copii, și nu prevede proceduri de integrare a evaluării riscului clinic în mecanismele de evaluare a situației copilului.

Examinarea coroborată a Legii Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală, a Legii Nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți, precum și a mecanismelor de cooperare interinstituțională relevă faptul că actele normative vizate nu sunt corelate prin obligații procedurale explicite care să asigure un răspuns instituțional coerent în situațiile în care tulburarea mintală a părintelui sau îngrijitorului generează un risc de violență față de copil. În consecință, deși cadrul normativ conține reglementări relevante atât în domeniul sănătății mintale, cât și în cel al protecției copilului, acesta nu asigură un răspuns integrat, coerent și previzibil al autorităților competente în situațiile în care drepturile și siguranța copilului sunt afectate de tulburările mintale ale părintelui sau îngrijitorului.

Răspunsurile instituționale confirmă că, la nivel normativ, există obligația intervenției rapide pentru protecția copilului, însă lipsesc instrumente operaționale adaptate situațiilor în care riscul este generat de tulburări mintale și comportamente imprevizibile ale adulților responsabili de îngrijirea copilului.

Identificarea situațiilor de risc pentru copii se realizează, conform răspunsurilor MAI și MMPS, în principal în mod reactiv, în urma sesizărilor privind violența în familie sau alte situații de pericol iminent. Poliția are un rol central în aceste cazuri, intervenind conform Legii Nr. 140/2013 și Ordinilor interne, iar în situațiile în care există indicii de violență sau neglijare, autoritatea tutelară locală este informată.

MAI a precizat că, în cazurile în care copiii sunt expuși violenței sau unui pericol iminent, evaluarea inițială a situației copilului este realizată de specialistul pentru protecția drepturilor copilului sau de asistentul social comunitar, cu implicarea altor specialiști, în termen de 24 de ore sau imediat, în funcție de gravitatea situației. Totuși, evaluarea se concentrează pe starea copilului și pe existența violenței, fără o analiză structurată a riscului asociat tulburărilor mintale ale părintelui sau îngrijitorului.

Răspunsurile MMPS indică faptul că serviciile sociale identifică copiii expuși riscului în colaborare cu poliția, asistenții sociali comunitari și alte entități locale, însă nu dispun de proceduri sau instrumente proprii pentru evaluarea riscului de violență generat de tulburări mintale. În practică, evaluarea riscului este transferată către poliție sau sectorul medical, ceea ce contribuie la fragmentarea intervenției.

Autoritățile tutelare locale au un rol formal esențial în protecția copilului, fiind responsabile de dispunerea măsurilor de protecție specială, inclusiv plasamentul de urgență sau monitorizarea situației copilului în familie. Răspunsurile MAI confirmă că autoritatea tutelară este informată imediat sau în termen de 24 de ore, în funcție de existența unui pericol iminent, conform art. 9 din Legea Nr. 140/2013.

Serviciile sociale, prin asistenții sociali comunitari, participă la evaluarea situației familiale și la monitorizarea ulterioară a copilului, oferind suport social în funcție de nevoile identificate. Totuși, MMPS a subliniat că managementul riscului de violență și evaluarea comportamentelor agresive

asociate tulburărilor mintale nu intră în competența directă a serviciilor sociale, acestea acționând în principal în colaborare cu poliția.

Instituțiile medicale intervin preponderent în evaluarea stării de sănătate mintală a adultului și în gestionarea situațiilor de criză. Răspunsurile MS indică faptul că intervențiile medicale sunt limitate de necesitatea consimțământului și de lipsa unor mecanisme de monitorizare nevoluntară în comunitate, ceea ce reduce capacitatea sectorului medical de a contribui la protecția continuă a copilului în afara situațiilor de urgență.

Analiza răspunsurilor instituționale evidențiază o serie de lacune structurale în protecția copiilor în contexte de vulnerabilitate asociate tulburărilor mintale. Una dintre principalele dificultăți este lipsa unei evaluări integrate a riscului, care să coreleze violența, starea de sănătate mintală a adultului și impactul asupra copilului.

Fragmentarea responsabilităților între poliție, servicii sociale și instituții medicale conduce la situații în care fiecare actor intervine limitat la propriul mandat, fără asumarea unei responsabilități continue pentru protecția copilului. De asemenea, răspunsurile MMPS și MS indică lipsa unor servicii specializate adaptate situațiilor în care părinții prezintă tulburări mintale severe și comportamente violente, precum și insuficiența resurselor umane și a instruirilor specializate.

Un alt obstacol major îl constituie revenirea copilului în același mediu familial, în lipsa unor mecanisme de monitorizare post-intervenție și a unor condiții clare de siguranță, ceea ce crește riscul repetării situațiilor de violență.

Traseul instituțional al cazurilor care implică copii expuși riscului în contexte asociate tulburărilor mintale este, în practică, unul discontinuu. Sesizarea este realizată, de regulă, prin poliție sau alte instituții locale, urmată de o intervenție de urgență atunci când există pericol iminent. Autoritatea tutelară dispune evaluarea inițială și, după caz, măsuri de protecție imediată.

Cu toate acestea, etapele ulterioare – reintegrarea copilului în familie sau plasamentul alternativ – nu sunt întotdeauna susținute de un plan interinstituțional coerent care să includă monitorizarea stării de sănătate mintală a părintelui, evaluarea continuă a riscului și suportul social necesar. Răspunsurile instituționale indică faptul că, în lipsa unui mecanism integrat de management al riscului, traseul copilului depinde în mare măsură de intervenții punctuale și de capacitatea locală a actorilor implicați.

În concluzie, protecția copiilor în contexte de vulnerabilitate asociate tulburărilor mintale este reglementată normativ, însă implementarea practică este afectată de lipsa unei abordări integrate, de fragmentarea responsabilităților și de absența unor mecanisme clare de monitorizare și prevenire a recidivei situațiilor de risc. Aceste lacune limitează eficiența măsurilor de protecție și expun copiii riscului de revenire în medii familiale nesigure.

CAPITOLUL V. IMPLEMENTAREA PRACTICĂ A CADRULUI NORMATIV ȘI A MECANISMELOR INSTITUȚIONALE

Analiza răspunsurilor furnizate de instituțiile medicale evidențiază faptul că, deși cadrul normativ național prevede proceduri și responsabilități în cazurile de violenței domestice și față de femei, care pot fi utilizate inclusiv și în cazurile de violență asociate tulburărilor mintale, totuși implementarea acestora în practică este fragmentară și neuniformă. Instituțiile medico-sanitare au indicat că, în cazurile de comportament auto- sau heteroagresiv, se conduc de acte normative precum Ordinul ministrului sănătății Nr. 1167/2019 privind intervenția în cazurile de violență în familie și Ghidul de intervenții în urgențe psihiatrice, însă aceste documente nu sunt susținute de instrumente standardizate și obligatorii de evaluare a riscului de violență aplicabile tuturor nivelurilor de asistență.

Spitalele de psihiatrie și Centrele Comunitare de Sănătate Mintală au confirmat că evaluarea riscului de violență este realizată în principal în contextul internării sau al urgențelor psihiatrice, iar în lipsa unei crize evidente, nu există proceduri clare pentru identificarea timpurie a riscului în comunitate. Deși PCN 9 Schizofrenie și Primul Episod Psihotic are inclus instrumente precum Lista de verificare Brøset (BVC), acestea nu sunt aplicate nici în mediul spitalicesc și nici la nivel de CCSM, nu sunt integrate într-un sistem unitar de evaluare și management al riscului care să continue după externare.

Această situație indică o conformitate formală cu standardele internaționale, dar o implementare incompletă a acestora, în special în ceea ce privește evaluarea continuă a riscului, coordonarea interinstituțională și asigurarea continuității îngrijirii.

Răspunsurile instituțiilor medicale arată că fluxurile de comunicare între sănătate, justiție și servicii sociale sunt limitate și, în majoritatea cazurilor, activate doar în situații de criză. Spitalele de psihiatrie au menționat că, la momentul internării nevoluntare sau al intervențiilor de urgență, colaborarea cu poliția este funcțională, însă această cooperare nu este formalizată într-un mecanism de comunicare continuă după stabilizarea pacientului.

Centrele Comunitare de Sănătate Mintală au subliniat că oferă servicii „doar persoanelor care se adresează de sine stătător” și că, în conformitate cu Legea Nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală, intervențiile în comunitate se realizează exclusiv cu consimțământul beneficiarului. În lipsa acestuia, CCSM nu dispun de instrumente legale pentru a asigura monitorizarea sau gestionarea riscului, iar colaborarea cu poliția sau serviciile sociale are un caracter punctual, neformalizat și dependent de inițiativa individuală a profesioniștilor.

Medicii de familie au indicat că nu sunt integrați într-un flux instituțional clar privind cazurile cu risc de violență. Aceștia nu primesc informații sistematice despre internările sau externările pacienților cu tulburări mintale severe și nu dispun de instrumente sau proceduri pentru evaluarea riscului de violență în comunitate, rolul lor fiind limitat la asistența medicală generală și la referirea către serviciile specializate atunci când situația o impune.

În ansamblu, răspunsurile confirmă lipsa unui mecanism funcțional de transfer al responsabilității între instituții și absența unor protocoale clare care să reglementeze comunicarea riscului între sectoarele sănătate, poliție, asistență socială și autoritățile publice locale.

Gestionarea riscului de violență este descrisă de instituțiile medicale ca fiind concentrată aproape exclusiv pe faza acută a intervenției. Spitalele de psihiatrie au confirmat că decizia privind internarea nevoluntară aparține serviciilor medicale, iar poliția oferă sprijin în transport și imobilizare, însă după externare nu există mecanisme instituționale clare de monitorizare a riscului.

Ministerul Sănătății a indicat că legislația națională nu prevede forme de intervenție nevoluntară în ambulatoriu, iar serviciile comunitare pot fi oferite doar cu consimțământul persoanei. În consecință, după externare, pacienților li se propun serviciile CCSM, inclusiv centrul de zi sau asistența la domiciliu, însă acceptarea acestora rămâne voluntară, fără posibilitatea impunerii unui plan de management al riscului în cazurile cu risc ridicat documentat.

Această realitate conduce la situații în care persoane cu antecedente de comportament violent pot reveni în mediul familial sau comunitar fără un cadru de supraveghere, fără coordonare interinstituțională și fără mecanisme clare de prevenire a recidivei, aspect semnalat inclusiv în răspunsurile instituționale ca o vulnerabilitate majoră a sistemului.

Răspunsurile CCSM, spitalelor de psihiatrie și medicilor de familie indică existența unor provocări persistente în implementarea mecanismelor de prevenire și gestionare a riscului de violență. Printre acestea se numără stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale, reticența comunității și a familiilor de a coopera cu serviciile specializate, precum și lipsa resurselor umane suficiente, în special în serviciile comunitare.

Instituțiile medicale au menționat, de asemenea, lipsa instruirilor specializate și a ghidajului practic privind utilizarea instrumentelor de evaluare a riscului și colaborarea intersectorială. Acești factori contribuie la menținerea unui model de intervenție reactiv, centrat pe gestionarea crizelor, în detrimentul prevenirii și reintegrării durabile în comunitate.

Implementarea practică a cadrului normativ și a mecanismelor instituționale demonstrează că, în pofida existenței unor reglementări relevante, prevenirea, identificarea timpurie și gestionarea integrată a riscului de violență asociat tulburărilor mintale rămân limitate. Fragmentarea responsabilităților, lipsa continuității post-tratament și cooperarea interinstituțională insuficient formalizată afectează atât protecția comunității, cât și respectarea drepturilor persoanelor cu tulburări mintale.

CAPITOLUL VI. MODELE COMPARATIVE ȘI BUNE PRACTICI INTERNAȚIONALE

Analiza practicilor internaționale arată că, în statele europene care au dezvoltat mecanisme funcționale de prevenire și gestionare a violenței, riscul asociat tulburărilor mintale nu este tratat exclusiv ca o problemă medicală. Dimpotrivă, aceste sisteme se bazează pe o distribuție clară a

responsabilităților între sectorul sănătății, organele de aplicare a legii și serviciile sociale, cu mecanisme formale de comunicare și transfer al responsabilității.

Norvegia este frecvent citată ca exemplu de bună practică în ceea ce privește utilizarea evaluării structurate a riscului de violență în contexte medico-legale și de justiție penală. Un instrument central utilizat în acest context este HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management), un instrument de evaluare profesională structurată a riscului de violență, utilizat la nivel internațional în evaluări medico-legale și decizii judiciare.

HCR-20 nu funcționează ca un instrument de predicție doar, ci ca un cadru de analiză profesională care integrează factori istorici (de exemplu, violență anterioară, abuz de substanțe), factori clinici dinamici (simptome actuale, impulsivitate, lipsa insight-ului) și factori de management al riscului (suport social, aderența la tratament, condițiile de viață în comunitate). Scopul instrumentului este de a sprijini decizii informate privind supravegherea, condițiile de liberare, măsurile de siguranță și planificarea intervențiilor ulterioare.

În practica norvegiană, evaluările bazate pe HCR-20 sunt utilizate preponderent în cadrul expertizelor psihiatrice medico-legale, fiind solicitate de instanțe și utilizate în cooperare cu sistemul de justiție și serviciile de probațiune. Evaluarea riscului nu este un act izolat al psihiatrului, ci face parte dintr-un proces interdisciplinar, în care concluziile au consecințe instituționale clare și sunt utilizate de mai multe autorități implicate în managementul riscului în comunitate.

Elementul definitoriu al acestui model nu este instrumentul în sine, ci faptul că rezultatele evaluării sunt recunoscute instituțional și integrate în decizii administrative și judiciare, prevenind fragmentarea responsabilității între sănătate, poliție și alte structuri relevante.

În **Regatul Unit**, deși sistemul de sănătate mintală joacă un rol important în evaluarea clinică, gestionarea riscului de violență este reglementată prin mecanisme interinstituționale care implică explicit poliția și autoritățile locale. În cazurile considerate cu risc ridicat, responsabilitatea pentru coordonarea intervenției este clar atribuită, iar instituțiile nu pot invoca lipsa de competență pentru a se retrage din proces. Lecția relevantă pentru Republica Moldova nu este extinderea obligațiilor clinice, ci existența unor proceduri clare care previn „dizolvarea responsabilității” între instituții.

În **Țările de Jos**, intervențiile în comunitate sunt organizate astfel încât riscul de violență să fie gestionat prin cooperare formalizată între sănătate, poliție și servicii sociale, în special în situațiile de criză sau de recurență a comportamentelor periculoase. Accentul este pus pe continuitatea responsabilității instituționale după externare și pe evitarea situațiilor în care persoana revine în comunitate fără un cadru minim de monitorizare sau sprijin coordonat.

Analiza acestor exemple arată că bunele practici europene nu constau în „mai multă psihiatrie”, ci în mecanisme clare de guvernare a riscului, care distribuie sarcinile între instituții și reduc dependența exclusivă de intervenția medicală.

Recomandările internaționale susțin în mod constant necesitatea unei abordări integrate a riscului de violență, în special în contextul violenței domestice și al protecției persoanelor vulnerabile.

Comitetul de experți GREVIO, în cadrul evaluării de bază privind implementarea Convenției de la Istanbul în Republica Moldova, a subliniat lipsa unui proces standardizat de evaluare a riscului aplicabil tuturor instituțiilor implicate. GREVIO a evidențiat faptul că diferite sectoare utilizează instrumente distincte, fără interoperabilitate și fără standarde minime comune de calitate, ceea ce limitează capacitatea statului de a preveni violența repetată sau escaladarea acesteia. Totodată, a fost accentuată necesitatea documentării sistematice a tuturor incidentelor și raportărilor de violență, pentru a permite evaluarea cumulativă a riscului (GREVIO, *Baseline Evaluation Report on the Republic of Moldova*, par. 263).

Organizația Mondială a Sănătății recomandă dezvoltarea serviciilor comunitare integrate și a echipelor multidisciplinare, precum și elaborarea planurilor individuale de management al riscului, în special în perioada de tranziție de la spital la comunitate. OMS subliniază însă că aceste mecanisme trebuie să fie susținute de politici publice coerente și de cooperare intersectorială, nu doar de intervenții clinice izolate (WHO, *Guidance on community mental health services*, 2021).

În mod convergent, mecanismele ONU și ale Consiliului Europei pun accent pe obligațiile pozitive ale statului de a proteja viața și integritatea persoanelor, inclusiv prin prevenirea situațiilor previzibile de violență, ceea ce presupune coordonare efectivă între toate autoritățile relevante.

Raportarea răspunsurilor instituționale din Republica Moldova la practicile internaționale relevă un decalaj semnificativ între existența cadrului normativ și funcționarea efectivă a mecanismelor intersectoriale. Deși MAI dispune de proceduri și instrumente standardizate pentru evaluarea riscului în situații de violență, acestea nu sunt utilizate ca instrumente comune la nivel interinstituțional. MS utilizează instrumente clinice relevante, însă limitate în principal la contextul de criză și fără mecanisme de continuitate post-externare. MMPS, la rândul său, delimitează formal competențele, ceea ce contribuie la fragmentarea responsabilității.

În acest context, elementele adaptabile din bunele practici internaționale nu vizează introducerea unor noi instrumente clinice sau extinderea obligațiilor sistemului de sănătate mintală, ci:

- definirea clară a responsabilităților fiecărei instituții în managementul riscului de violență;
- instituirea unor mecanisme formale de comunicare și transfer al responsabilității între sănătate, poliție și servicii sociale;
- utilizarea coerentă și intersectorială a informațiilor privind riscul, inclusiv după externare;
- prevenirea retragerii instituționale prin invocarea limitelor de competență.

Aceste măsuri sunt compatibile cu standardele internaționale privind drepturile omului și permit consolidarea protecției comunității fără a medicaliza excesiv fenomenul violenței și fără a suprasolicita sistemul de sănătate mintală.

CAPITOLUL VII. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

7.1. Concluzii

Analiza cadrului normativ evidențiază că disfuncționalitățile constatate în practică privind gestionarea violenței asociate tulburărilor mintale nu sunt determinate de un vid legislativ, ci de lipsa unei corelări funcționale între normele existente și mecanismele de aplicare a acestora. Republica Moldova dispune de un ansamblu relativ coerent de norme juridice care consacră drepturi, principii și obligații în domeniul sănătății mintale, prevenirii violenței și protecției persoanelor vulnerabile. Cu toate acestea, funcționarea efectivă a acestui cadru normativ este afectată de fragmentarea instituțională și lipsa unor proceduri comune de intervenție și coordonare.

Normele internaționale și naționale analizate impun statului obligații pozitive de prevenire, identificare timpurie și gestionare a situațiilor de risc, obligații care presupun nu doar existența formală a unui cadru normativ, ci și capacitatea instituțională de a acționa coordonat, previzibil și proporțional, în funcție de nivelul de risc identificat.

În practică, mecanismele instituționale funcționează predominant sectorial, fiecare autoritate intervenind în limitele propriului mandat, fără o viziune integrată asupra riscului și fără un sistem comun de evaluare și management al cazurilor. Această disfuncționalitate determină situații în care semnalele de risc sunt cunoscute fragmentar de diferite autorități, fără a fi integrate într-o evaluare globală a pericolului și fără a declanșa intervenții coordonate și adecvate.

Eșecurile de colaborare interinstituționale și intersectorială devin evidente în etapa post-externare din instituțiile psihiatrice. Deși cadrul normativ consacră necesitatea continuității îngrijirii și a reintegrării în comunitate, lipsa unor mecanisme obligatorii de monitorizare și supraveghere conduce la situații în care persoanele cu tulburări mintale sunt externate fără planuri individualizate funcționale, fără implicarea sistematică a serviciilor comunitare și fără evaluarea dinamică a riscului de violență. Analiza traseului persoanei (Capitolul III) arată că tranziția dintre internare și revenire în comunitate reprezintă un punct critic, în care responsabilitatea instituțională devine difuză și neasumată.

În mod similar, protecția copiilor în contexte familiale marcate de tulburări mintale și comportamente violente poate fi afectată de necorelarea dintre legislația în domeniul sănătății mintale și cea privind protecția copilului. Deși obligația de protecție a copilului este consacrată atât în dreptul intern, cât și în instrumentele internaționale, procedurile și mecanismele de cooperare intersectorială pe alocuri mai puțin clare determină intervenții tardive sau predominant reactive, adesea declanșate doar după producerea unor incidente grave. Concluziile din Capitolul IV relevă că mecanismele de protecție a copilului sunt declanșate preponderent în consecința manifestării violenței sau a suspiciunii de existență a acesteia, și nu ca urmare a identificării timpurii a unui risc asociat tulburărilor mintale ale părintelui sau îngrijitorului.

În ansamblu, analiza cadrului normativ, a mecanismelor instituționale și a practicilor raportate de autoritățile publice evidențiază că gestionarea riscului de violență asociat tulburărilor mintale în Republica Moldova este caracterizată de o abordare preponderent reactivă și sectorială. Deși există reglementări și proceduri relevante în domeniul sănătății, ordinii publice și asistenței sociale, acestea nu sunt integrate într-un sistem coerent de management al riscului, aplicabil pe întreg traseul persoanei, de la identificarea timpurie a vulnerabilităților până la monitorizarea în comunitate după externare.

Constatările indică faptul că evaluarea riscului de violență este realizată fragmentar, cu utilizarea unor instrumente diferite, în funcție de sector și de contextul intervenției. În sectorul sănătății, instrumentele clinice sunt utilizate cu precădere în situații de criză sau în context instituțional, fără a fi însoțite de proceduri standardizate pentru documentarea și managementul riscului pe termen mediu și lung în comunitate. În paralel, structurile de ordine publică dispun de propriile instrumente și proceduri de evaluare operațională a riscului, care nu sunt concepute pentru a susține un management continuu al riscului și nu sunt integrate într-un mecanism intersectorial de urmărire a cazurilor. Serviciile sociale, la rândul lor, nu își asumă un rol formal în evaluarea sau gestionarea riscului de violență, limitându-se la sesizare și colaborare punctuală.

Această fragmentare instituțională reconfirmă lipsa unui cadru comun de referință privind gestionarea riscului de violență, în care să fie clar definite responsabilitățile fiecărei instituții, tipurile de risc avute în vedere, instrumentele utilizate și consecințele administrative, clinice sau sociale ale identificării unui risc crescut. În absența unui astfel de cadru, intervențiile rămân dependente de apariția unor incidente sau crize, iar continuitatea îngrijirii și a supravegherii în comunitate este insuficient asigurată.

Analiza comparativă relevă că în alte state europene gestionarea riscului de violență nu este limitată la evaluarea punctuală, ci presupune un ansamblu de măsuri integrate, care includ planificarea managementului riscului, monitorizarea în comunitate și cooperarea formalizată între sectorul sănătății, poliție și servicii sociale. În acest context, unele state au dezvoltat mecanisme legale de supraveghere obligatorie în comunitate, precum Ordin de Tratat Comunitar³⁷, utilizate ca instrumente de continuitate a intervenției după externare, în condiții strict reglementate și cu garanții procedurale. Alte state pun accent pe coordonarea intersectorială și pe managementul voluntar intensificat al cazurilor în comunitate, cu implicarea activă a mai multor autorități.

Raportat la aceste practici, principalul deficit identificat în Republica Moldova nu constă în absența unui anumit instrument sau mecanism specific, ci în lipsa unei viziuni sistemice asupra managementului riscului de violență, în special la nivel comunitar, care să permită transformarea mecanismelor existente în mecanisme operaționale funcționale și să asigure respectarea efectivă a obligațiilor pozitive ale statului în domeniul drepturilor omului.

³⁷ Ordin de Tratat Comunitar în Marea Britanie (Community Treatment Order) - https://www.mentalhealthlaw.co.uk/Community_Treatment_Order

7.2. Direcții strategice și principii transversale pentru dezvoltarea unui cadru național de management al riscului

Analiza cadrului normativ, instituțional și a practicilor existente evidențiază necesitatea depășirii abordării predominant reactive în gestionarea riscului de violență asociat tulburărilor mintale și orientarea politicilor publice către un model integrat, preventiv și continuu. În acest sens, recomandările prezentului studiu sunt subsumate obiectivului general de dezvoltare și implementare a unui cadru național coerent de management al riscului, care să articuleze într-o manieră sistemică prevenirea, intervenția și monitorizarea pe termen scurt, mediu și lung.

Un asemenea cadru trebuie să permită diferențierea clară între riscul iminent, riscul pe termen scurt și riscul pe termen mediu, precum și să stabilească modalități distincte și proporționale de evaluare și gestionare a fiecăruia dintre aceste tipuri de risc, în funcție de contextul instituțional în care este identificat. Claritatea conceptuală și procedurală în privința riscului reprezintă o condiție esențială pentru evitarea abordărilor arbitrare, pentru creșterea previzibilității intervențiilor și pentru protejarea drepturilor persoanelor cu tulburări mintale.

Totodată, se impune clarificarea, la nivel normativ și procedural, a instrumentelor de evaluare a riscului de violență utilizabile de diferitele instituții, precum și a situațiilor în care utilizarea acestora este recomandată sau obligatorie. O delimitare funcțională între instrumentele destinate evaluării riscului iminent și cele utilizate pentru planificarea managementului riscului pe termen mai lung ar contribui la o mai bună corelare a intervențiilor medicale, sociale și de ordine publică și la reducerea fragmentării instituționale constatate.

Gestionarea eficientă a riscului de violență presupune, de asemenea, integrarea explicită a componentelor de management de caz și de monitorizare comunitară, cu accent deosebit pe perioada post-externare din instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală. În lipsa unor mecanisme clare de continuitate a îngrijirii și de monitorizare a evoluției persoanei în comunitate, riscul este tratat ca un eveniment punctual, și nu ca un proces dinamic, ceea ce limitează eficiența prevenirii și crește probabilitatea recurenței situațiilor de criză.

La nivel sectorial, aceste direcții strategice presupun consolidarea capacităților instituționale și clarificarea rolurilor.

În domeniul sănătății, este necesară dezvoltarea unor proceduri standardizate care să reglementeze nu doar evaluarea riscului de violență în situații de criză, ci și managementul acestuia în comunitate, inclusiv prin planuri individualizate corelate cu traseul de îngrijire a pacientului și cu mecanisme clare de informare și colaborare interinstituțională.

În domeniul ordinii publice, este esențială consolidarea schimbului de informații cu sectorul sănătății și serviciile sociale, astfel încât evaluările de risc realizate în context operațional să poată contribui la un management continuu al cazurilor, dincolo de intervenția punctuală.

În domeniul asistenței sociale, se impune reevaluarea și întărirea rolului serviciilor sociale în gestionarea riscului de violență, cu accent pe implicarea acestora în monitorizarea comunitară și în sprijinirea implementării măsurilor stabilite prin planurile de management de caz.

În domeniul educației, se recomandă consolidarea rolului instituțiilor de învățământ în identificarea timpurie a semnelor de vulnerabilitate și a situațiilor care pot indica un risc de violență asupra copilului sau din partea acestuia, inclusiv în contexte familiale marcate de tulburări mintale ale părinților sau îngrijitorilor. Având în vedere contactul zilnic cu copiii, cadrele didactice pot observa modificări comportamentale, absențe nejustificate sau alte semnale îngrijorătoare, care necesită mecanisme clare de raportare și integrare în sistemul intersectorial de management al cazului, în baza unor proceduri standardizate și a unor instrumente de evaluare adecvate.

În mod transversal, prezentul studiu subliniază necesitatea instituirii unor mecanisme formale de coordonare intersectorială, de documentare și de monitorizare a cazurilor cu risc crescut de violență, în concordanță cu recomandările organismelor internaționale de monitorizare, inclusiv GREVIO³⁸. Standardizarea evaluării riscului, interoperabilitatea instituțională și continuitatea intervenției constituie premise esențiale pentru un sistem capabil să răspundă adecvat atât cerințelor de siguranță publică, cât și obligațiilor statului în materia protecției drepturilor omului.

7.3. Recomandări instituționale

Guvernul Republicii Moldova

Guvernul este chemat să asigure cadrul strategic și normativ necesar pentru implementarea coerentă a reformelor în domeniul sănătății mintale și prevenirii violenței asociate tulburărilor mintale și de comportament. În acest sens se recomandă:

1. Asigurarea conformității actelor normative în concordanță cu Legea privind sănătatea și bunăstarea mintală Nr. 114 din 16.05.2024.
2. Integrarea prevenirii violenței asociate tulburărilor mintale ca obiectiv distinct în politicile naționale de sănătate publică și siguranță comunitară, în concordanță cu Planul de Acțiune al OMS pentru Sănătatea Mintală 2013-2030.
3. Crearea și operaționalizarea unui mecanism permanent de cooperare intersectorială (sănătate, educație, asistență și protecție socială, ordine publică, justiție), cu împuterniciri clare de coordonare, armonizare a politicilor și monitorizare a implementării standardelor internaționale în cazurile care implică persoane cu tulburări mintale și risc de violență.
4. Asigurarea dezvoltării serviciilor de prevenire și intervenție timpurie în cazurile de violență asociate cu persoanele cu probleme de sănătate mintală, cu prioritate pentru grupurile de persoane aflate în situații vulnerabile.

³⁸ GREVIO Baseline Evaluation Report Republic of Moldova, pag 60 Risk Assessment and Risk management (article 51) - <https://rm.coe.int/grevio-s-baseline-evaluation-report-on-legislative-and-other-measures-/1680ad46a1>

5. Asigurarea elaborării și implementării unui instrument unic de evaluare a riscului de violență, utilizabil de toate instituțiile relevante, precum și stabilirea unor reguli clare privind documentarea, actualizarea și comunicarea interinstituțională a evaluărilor de risc.
6. Asigurarea organizării, funcționării și finanțării adecvate a unităților specializate pentru tratamentul prin aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, inclusiv dotarea acestora în conformitate cu necesitățile reale de reabilitare psihosocială, astfel încât să fie respectată demnitatea umană și dreptul persoanelor la cele mai bune standarde de tratament posibile, fără discriminare.

Ministerul Sănătății

Având rolul central în implementarea politicilor de sănătate, Ministerului Sănătății i se recomandă:

1. Elaborarea, în colaborare cu MAI și alte autorități publice și părți interesate, a unui mecanism interinstituțional eficient de asigurare a securității personalului medical implicat în acordarea asistenței în domeniul sănătății mintale, precum și a pacienților, vizitatorilor și comunității.
2. Elaborarea și operaționalizarea unui mecanism clar de cooperare interinstituțională în colaborare cu MAI și MMPS și alte autorități relevante, în ceea ce privește prevenirea, depistarea timpurie, și gestionarea violenței asociate cu persoanele cu probleme de sănătate mintală.
3. Elaborarea și asigurarea implementării unei proceduri obligatorii de evaluare standardizată a riscului de violență și a factorilor de vulnerabilitate la momentul externării din instituțiile medicale specializate în sănătate mintală.
4. Elaborarea, în colaborare cu MAI, MMPS și alte autorități publice și părți interesate, a unui mecanism formalizat de comunicare interinstituțională post-externare din instituția medico-sanitară specializată în sănătate mintală, aplicabil în cazurile cu risc sporit de violență, cu respectarea cerințelor de protecție a datelor cu caracter personal.
5. Instituirea, în colaborare cu MAI, MMPS și alte autorități publice și părți interesate, a unui mecanism de colectare a datelor privind traseul persoanelor după externarea din instituțiile psihiatrice, inclusiv recurența spitalizărilor și incidentele de violență post-externare, utilizat pentru evaluarea impactului politicilor publice, ajustarea programelor de prevenire a violenței și fundamentarea deciziilor bugetare.
6. Dezvoltarea serviciilor de post-monitorizare în comunitate, ca element esențial al continuității îngrijirii și prevenirii recurenței situațiilor de violență.
7. Consolidarea cooperării interinstituționale dintre Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne în vederea asigurării executării efective a încheierilor judecătorești privind internarea pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice, inclusiv prin clarificarea rolurilor instituționale, asigurarea măsurilor adecvate de securitate și protecție și adaptarea infrastructurii și procedurilor spitalelor de psihiatrie la acest tip de internare.
8. Secții distincte pentru MCCM (bărbați și femei). Se recomandă dezvoltarea, în toate spitalele de psihiatrie relevante, a unor secții distincte și adecvat securizate pentru persoanele supuse măsurilor de constrângere cu caracter medical, separate pe criteriul sexului, astfel încât

acestea să nu fie plasate în secții generale în lipsa condițiilor corespunzătoare de siguranță și personal calificat. Această măsură este necesară pentru gestionarea proporțională a riscului și pentru protejarea atât a celorlalți pacienți, cât și a personalului medical, cu respectarea drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate.

9. Secții distincte pentru expertiză psihiatrică. Se recomandă instituirea unor secții separate și securizate pentru persoanele internate în vederea efectuării expertizei psihiatrice, distincte de secțiile de tratament curent și de cele destinate executării MCCM. O astfel de organizare ar asigura claritatea regimului juridic aplicabil, condiții adecvate de evaluare medico-legală și prevenirea amestecării persoanelor aflate în stadii procesuale diferite.
10. Instituirea unor soluții distincte pentru internarea copiilor supuși măsurilor de constrângere cu caracter medical, astfel încât aceștia să nu fie plasați în secții generale de psihiatrie pediatrică, în lipsa unor condiții adecvate de securitate și a personalului special instruit pentru gestionarea comportamentelor cu risc ridicat, având în vedere riscurile semnificative pentru siguranța celorlalți copii internați și a personalului medical.
11. Extinderea și consolidarea serviciilor comunitare de sănătate mintală, în colaborare cu MAI, MMPS și alte autorități publice și părți interesate, ca măsură structurală de prevenire a escaladării comportamentelor violente și de reducere a instituționalizării.
12. Elaborarea și introducerea unor standarde naționale obligatorii privind calitatea serviciilor și respectarea drepturilor omului în instituțiile psihiatrice, în conformitate cu Trusa de instrumente a OMS, QualityRights, utilizată ca instrument de evaluare periodică și îmbunătățire a serviciilor de sănătate mintală.
13. Elaborarea de ghiduri operaționale distincte care să descrie temeiurile legale, autoritățile competente, procedurile aplicabile, regimul consimțământului pentru: internarea voluntară, internarea nevoluntară, internarea pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice și internarea pentru asigurarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.
14. Dezvoltarea programelor de tranziție de la măsurile de constrângere cu caracter medical spre forme mai puțin restrictive, inclusiv tratament ambulatoriu, suport comunitar, monitorizare post-externare.
15. Introducerea obligativității evaluării impactului stării de sănătate mintală a părintelui sau îngrijitorului asupra copilului, ca parte a evaluării riscului de violență, inclusiv prin mecanisme formale de sesizare a serviciilor de protecție a copilului în cazurile cu risc sporit.
16. Se recomandă instituirea unui sistem funcțional de management al riscului post-externare, care să includă posibilitatea monitorizării comunitare proporționale cu nivelul de risc, în situații bine definite, însoțite de garanții juridice și revizuire periodică. În acest sens, pot fi analizate modele comparative existente în alte state europene, care prevăd măsuri de monitorizare comunitară sau obligații terapeutice în anumite condiții, cu respectarea standardelor CEDO și CRPD.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale

Pentru consolidarea dimensiunii sociale a prevenirii violenței, se recomandă:

1. Dezvoltarea serviciilor de suport comunitar destinate persoanelor cu probleme de sănătate mintală cu risc sporit de violență.
2. Implicarea activă a serviciilor sociale în planificarea externării din instituțiile medico-sanitare specializate în sănătate mintală și în asigurarea continuității suportului post-externare.
3. Consolidarea capacităților profesionale ale asistenților sociali pentru identificarea timpurie a vulnerabilităților și pentru colaborarea efectivă cu sistemul medical și structurile de menținere a ordinii publice
4. Instituirea unor proceduri obligatorii de cooperare între serviciile de asistență socială și sistemul de sănătate mintală în cazurile în care copiii trăiesc în familii unde un părinte sau îngrijitor prezintă tulburări mintale și în același timp prezintă risc de violență, inclusiv prin evaluarea periodică a siguranței copilului și implementarea măsurilor de protecție adecvate.

Ministerul Afacerilor Interne

În vederea unei abordări proporționale, preventive și coordonate a riscului de violență asociat tulburărilor mintale, se recomandă:

1. Implicarea activă a Ministerului Afacerilor Interne în elaborarea și operaționalizarea mecanismelor interinstituționale de asigurare a securității în procesele de depistare timpurie, escortare, trimitere pentru tratament, internare nevoluntară și internare pentru efectuarea expertizei judiciare psihiatrice, inclusiv prin clarificarea responsabilităților MAI în raport cu instituțiile medico-sanitare.
2. Asigurarea participării structurilor MAI la punerea în executare a încheierilor judecătorești privind internarea persoanelor pentru expertiza judiciară psihiatrică sau aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, prin furnizarea suportului de securitate necesar și prevenirea refuzurilor de executare motivate exclusiv prin lipsa condițiilor de siguranță în instituțiile medicale.
3. Dezvoltarea și implementarea programelor de instruire continuă pentru polițiști și carabinieri privind:
 - evaluarea riscului de violență asociat tulburărilor mintale;
 - gestionarea situațiilor de criză psihiatrică;
 - prevenirea escaladării comportamentelor violente;
 - cooperarea cu serviciile de sănătate mintală și asistență socială, cu accent pe respectarea drepturilor omului și utilizarea proporțională a forței.
4. Clarificarea, prin acte normative sau proceduri interinstituționale, a rolului MAI în lanțul de prevenire și gestionare a riscului de violență, inclusiv în etapa post-externare, astfel încât intervențiile de ordine publică să poată contribui la un management continuu al cazurilor și nu doar la reacții punctuale în situații de criză.
5. Consolidarea rolului polițistului de sector ca actor-cheie de prevenire, prin:
 - facilitarea schimbului de informații relevante cu serviciile medicale și sociale;
 - participarea la mecanismele locale de cooperare intersectorială;

- sesizarea timpurie a situațiilor de risc în comunitate, inclusiv în familiile cu copii expuși riscului asociat tulburărilor mintale ale părinților sau îngrijitorilor.
6. Revizuirea și actualizarea cadrului normativ sectorial (Ordinele IGP din 2016) și racordarea prevederilor acestora la noile standarde aplicabile segmentului sănătății mintale.

Ministerul Educației și Cercetării

1. Continuarea eforturilor de consolidare a capacităților personalului instituțiilor de învățământ în vederea identificării timpurii a copiilor expuși violenței în mediul familial și sesizării imediate a cazurilor suspecte autorității tutelare, în conformitate cu mecanismul de cooperare intersectorială instituit prin HG Nr. 270/2014.

Autoritățile Administrației Publice Locale

În conformitate cu principiul descentralizării serviciilor, se recomandă:

1. Implicarea activă în dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală, inclusiv a serviciilor de sprijin și intervenție în criză, ca alternative reale la instituționalizare.
2. Dezvoltarea și implementarea serviciilor de suport și asistență acordate rudelor și familiei persoanelor cu tulburări mintale în gestionarea cazurilor de violență și asigurare a continuității administrării tratamentului.
3. Crearea unor mecanisme locale de cooperare intersectorială, care să permită identificarea timpurie a situațiilor de risc de violență și intervenția coordonată înainte de escaladarea acestora în sfera penală.
4. Dezvoltarea, la nivel local, a unor mecanisme de identificare timpurie și monitorizare a copiilor expuși riscului de violență în contexte familiale marcate de tulburări mintale, prin cooperare între serviciile sociale, educaționale, medicale și de ordine publică.

Ministerul Justiției

Pentru consolidarea capacității sistemului judiciar, se recomandă:

1. Susținerea extinderii programelor de formare profesională continuă pentru judecători, procurori, personalul din sistemul penitenciar, cu accent pe intersecția dintre dreptul penal, sănătatea mintală și drepturile omului.
2. Identificarea de comun acord cu alte autorități publice a soluțiilor legale pentru informarea instituțiilor medicale despre măsurile de ocrotire judiciară instituite.