



Building a Europe
for and with children
Construire une Europe
pour et avec les enfants



Studiu privind bunele practici pentru asistarea copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare¹ și abuz de substanțe

Numele organizației care a comandat raportul: Consiliul Europei - Prevenirea și protejarea copiilor
împotriva violenței, inclusiv în mediul digital

*Conținutul raportului constituie responsabilitatea consultanților și nu reflectă, în mod necesar,
punctele de vedere ale Consiliului Europei*

Decembrie 2024

**Studiu privind practicile promițătoare pentru asistarea copiilor
aflați în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală,
tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict
cu legea**

Prezentul raport a fost elaborat de către experți independenți:

Dna Netkova Bistra, expertă internațională

DI George Nikolaidis, expert internațional

Dna Arina Turcan-Donțu, expertă națională

*Conținutul raportului constituie responsabilitatea consultanților și nu reflectă, în mod necesar,
punctele de vedere ale Consiliului European*

CUPRINS

LISTA ACRONIMELOR	4
1. INTRODUCERE	5
1. Context general	5
1.1. Definiții și concepte	7
1.2. Scurtă prezentare a cadrului juridic și de politici privind copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe în situații de urgență și aflați în conflict cu legea în Republica Moldova	8
1.3. Analiza părților interesate	11
2. CADRUL METODOLOGIC	14
2.1. Scopuri, obiective și domeniu de aplicare	14
2.2. Grupuri țintă	15
2.3. Principii etice și directoare	15
2.4. Metode de colectare și eșantionare a datelor	16
3. LIMITĂRI ALE CERCETĂRII ȘI MĂSURI DE ATENUARE	17
4. STANDARDE INTERNAȚIONALE ȘI ALE CONSILIULUI EUROPEI PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA	19
5. STANDARDE PROMIȚĂTOARE PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA	30
5.1. Țările de Jos	30
5.2. Suedia	36
5.3. Germania	41
5.4. Regatul Unit	42
5.5. Macedonia de Nord	46
5.6. Alte practici promițătoare din țările membre ale Consiliului Europei	47
6. LEGISLAȚIE ȘI PRACTICĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA	49
6.1. Legislație și politică	50
6.2. Blocajele identificate și recomandările părților interesate	58
7. CONCLUZIE	61
8. RECOMANDĂRI PENTRU ACȚIUNI ULTERIOARE	62
ANEXA 1: Instrumente	65
ANEXA 2: Lista instituțiilor intervievate	71
ANEXA 3: Protocol și ghid de discuții pentru grupurile de reflecție	73

LISTA ACRONIMELOR

CoE	Consiliul Europei
ICD	Clasificarea Internațională a Bolilor (a OMS)
CCSM	Centre comunitare de sănătate mintală
IID:	Interviuri individuale
CEDO	Convenția Europeană a Drepturilor Omului
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
VMRP	Vârsta minimă de răspundere penală
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
ANSP	Agenția Națională de Sănătate Publică
IPPML	Institutul de Psihiatrie și Psihologie Medico-Legală
SIS	Statens institutionsstyrelse
TdR	Termeni de referință
CNUDC	Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului
Regatul Unit	Regatul Unit
CNUDPD	Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

1. INTRODUCERE

1. Context general

Fiecare copil are dreptul de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate și bunăstare². Realizarea acestui drept depinde de capacitatea guvernelor de a asigura medii sigure, sănătoase, favorabile și incluzive; accesul universal la îngrijirea sănătății și educație; și oportunități echitabile de participare în toate domeniile vieții³. Cu toate acestea, din cauza grupării vulnerabilităților și a eșecului societăților de a asigura incluziunea, asigurarea de sănătate universală și medii favorabile pentru toți, copiii și tinerii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sunt mai susceptibili de a se confrunta cu adversități, cum ar fi stigmatizarea, violența, sărăcia, abandonul școlar și boala mintală a părinților. De asemenea, există o mai mare probabilitate ca aceștia să se confrunte cu o sănătate precară, să aibă necesități de asistență medicală nesatisfăcute și să fie privați de oportunități de a se dezvolta⁴. De asemenea, studiile au arătat că dificultățile de sănătate mintală, factorii de adversitate din familie și din copilărie, consumul de substanțe și problemele de comportament au fost toate corelate cu comportamentul infracțional⁵.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, unul din șapte tineri cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani suferă de o tulburare mintală, la nivel global⁶ și nouă milioane de adolescenți (cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani) trăiesc cu tulburări mintale, în Europa⁷. Cauzele problemelor de sănătate mintală apar adesea în copilăria timpurie, cum ar fi experiențele nefavorabile din copilărie (violența sexuală, fizică sau emoțională, neglijarea, abandonul, tulburările mintale ale părinților, separarea familiei sau pierderea unui părinte), discriminarea, accesul inadecvat la servicii, stresul familial și mediile instabile (de ex., traiul în sărăcie, șomajul părinților, conflictele, strămutarea). Aproximativ jumătate dintre tulburările psihice încep înainte de vârsta de paisprezece ani⁸, ceea ce arată importanța acestei etape a vieții în dezvoltarea unei persoane.

Copiii care sunt în conflict cu legea se confruntă cu o prevalență disproporționat de mare a problemelor de sănătate mintală, care crește odată cu implicarea mai profundă în sistemul de justiție, unele estimări depășind 95 % din cazurile medico-legale de tineri care se confruntă cu probleme de sănătate mintală⁹. În plus, cercetările arată că o mare parte din comportamentul infracțional al tinerilor este asociat cu consumul problematic de substanțe sau cu dependența de acestea (între 25 % și 67 %)¹⁰. Deficiențele și tulburările de neurodezvoltare sunt, de asemenea, foarte prezente în rândul tinerilor care au un istoric de conflicte cu legea¹¹. Prin urmare, sunt necesare modele integrate de îngrijire pentru a implica tinerii implicați în justiție în îngrijirea sănătății mintale bazată pe dovezi.

În Republica Moldova serviciile de sănătate mintală sunt furnizate la nivel primar, secundar și terțiar, după cum urmează:

- 1) la nivelul asistenței medicale primare, medicul de familie asigură depistarea precoce a tulburărilor de dezvoltare la copii și depistarea tulburărilor din spectrul autist, diagnostichează, consultă inițial și tratează formele ușoare și moderate de anxietate și depresie;
- 2) la nivel comunitar, tratamentul este asigurat în Centrele Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM), printr-o abordare multidisciplinară, în cadrul căreia se asigură diagnosticul, tratamentul, intervențiile și reabilitarea tulburărilor psihice, precum și intervențiile în cazul stărilor acute și de criză.
- 3) serviciul spitalicesc, în spitalele de psihiatrie se efectuează tratamente de înaltă specializare, care sunt de obicei de durată mai lungă.

Cercetările arată că, în Republica Moldova, există un deficit de medici psihiatri și de personal de servicii medicale în domeniul protecției sănătății mintale, în special pentru copii. Potrivit datelor Agenției Naționale de Sănătate Publică, în 2022, existau doar 4 medici psihiatri la 100.000 de locuitori, cu un total de doar 156 de medici psihiatri care lucrau la nivelul întregii țări, unele raioane neavând niciun medic psihiatru.¹

Predominant, specialiștii în sănătate mintală sunt concentrați în spitalele de psihiatrie. În 30 raioane lipsesc psihiatri pentru copii, iar în majoritatea raioanelor aceștia activează prin cumul, locul de muncă de bază fiind în alte subdiviziuni.

Rata ridicată a tulburărilor mintale și a comportamentelor dificile ale copiilor și adolescenților constatăată în Republica Moldova este destul de alarmantă. În 2022, prevalența totală a bolilor mintale în Republica Moldova, conform datelor furnizate de Agenția Națională pentru Sănătate Publică, a fost de 79.473 de persoane, dintre care 9.900 (12%) erau copii cu vârsta cuprinsă între 0 și 17 ani¹².

Tabelul nr. 1 Prevalența și incidența bolilor mintale în total și la copii în perioada 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Prevalența totală a bolilor mintale identificate (în cifre absolute)	88.765	84.322	79.951	78.394	79.473
Prevalența bolilor mintale la copiii cu vârsta cuprinsă între 0-17 ani, 11 luni și 29 de zile (în cifre absolute)	10.706	9.977	9.915	9.378	9.900
Prevalența totală a bolilor mintale la 100.000 de persoane	2.501	2.378.5	2.255.2	2.211.3	2.239.18
Prevalența bolilor mintale la copiii cu vârsta cuprinsă între 0-17 ani, la 100.000 de copii	1.577,6	1,483	1.473,8	1,394	1.458,82

Potrivit ANSP, numărul absolut de cazuri de suicid, în 2022, este de 486, reprezentând 1,2% din totalul celor 40.466 de persoane decedate în anul respectiv; 9 cazuri (1,9%) din cele 486 au vizat copii cu vârste cuprinse între 0-17 ani, 11 luni și 29 de zile.

¹ Programului național privind sănătatea mintală pe anii 2023-2027. Disponibil online: <https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-24-nu-517-ms-2023.pdf>

Deși cifrele sunt în scădere, după cum reiese din tabelul de mai sus, acestea indică în continuare un număr semnificativ de copii afectați, care necesită acces la servicii adecvate, deoarece, chiar dacă s-au depus eforturi semnificative pentru a crea servicii suplimentare de sănătate mintală în comunitățile din întreaga țară, ca parte a reformei sociale și de sănătate în curs, accesul la astfel de servicii rămâne în continuare o provocare.

În conformitate cu standardele internaționale relevante (a se vedea Anexa 3), este necesar să se acorde o atenție specială sănătății mintale a copiilor și adolescenților, în special având în vedere faptul că COVID-19 a exacerbato problemele de sănătate mintală în rândul acestei populații.

În ciuda impulsului politic și a reformei puternice în curs de desfășurare a sistemului de sănătate din Republica Moldova, necesitatea de a realiza dreptul la sănătate mintală pentru toți este tardivă, mulți copii și tineri fiind afectați de probleme de sănătate mintală. Această problemă este deosebit de presantă prin prisma deciziei recente a CtEDO în cauza V.I. împotriva Republicii Moldova¹³, privind internarea nevoluntară într-un spital de psihiatrie și tratamentul involuntar ale unui copil, în care instanța a constatat încălcări ale articolului 3 din CEDO, dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante, precum și ale articolului 14, dreptul la nediscriminare.

Există un număr mare de state membre ale Consiliului Europei care s-au confruntat cu aceeași problemă și care au abordat acest aspect prin crearea de programe și servicii la mai multe niveluri de prevenție. Astfel de programe și servicii urmăresc să ajute copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, precum și părinții acestora să prevină victimizarea și infracționalitatea acestora și să îmbunătățească bunăstarea copiilor, prin **tratament specializat și servicii bine organizate**. Deși practicile și legislația sunt diferite în diferitele state membre ale Consiliului Europei, pot fi identificate practici promițătoare ale serviciilor care oferă îngrijire acestei categorii de copii. Aceste practici ar putea fi utilizate pentru a informa părțile interesate naționale relevante din Republica Moldova cu privire la diferite abordări și modalități eficiente de protecție și tratament al copiilor care suferă de tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, în conformitate cu standardele internaționale și ale Consiliul Europei.

1.1. Definiții și concepte

Următoarele definiții descriu categoriile generale de copii care fac obiectul prezentului raport. Conform ICD-11¹⁴, tulburările mintale, comportamentale și de neurodezvoltare sunt sindroame caracterizate prin tulburări semnificative din punct de vedere clinic ale cogniției, reglării emoționale sau comportamentului unei persoane, care reflectă o disfuncție a proceselor psihologice, biologice sau de dezvoltare, care stau la baza funcționării mentale și comportamentale. Aceste tulburări sunt, de

obicei, asociate cu suferință sau afectare în domeniul personal, familial, social, educațional, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

Tulburările de neurodezvoltare sunt un subset al grupului mai larg de afecțiuni denumite „dizabilități de dezvoltare”. În ICD-11¹⁵, „tulburările de neurodezvoltare” sunt definite ca tulburări comportamentale și cognitive care apar în timpul perioadei de dezvoltare și determină dificultăți semnificative în dobândirea și executarea unor funcții intelectuale, motorii, lingvistice sau sociale specifice. Etiologia presupusă a tulburărilor de neurodezvoltare este complexă și, în multe cazuri, este necunoscută. Categoria ICD-11 de tulburări de neurodezvoltare include următoarele diagnostice: tulburări de dezvoltare intelectuală, tulburări de dezvoltare a vorbirii sau a limbajului, tulburări din spectrul autist (TSA), tulburări de dezvoltare a învățării, tulburări de dezvoltare a coordonării motorii, tulburări de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) și tulburări de mișcare stereotipă.

O **tulburare mintală** se caracterizează printr-o perturbare semnificativă din punct de vedere clinic a cogniției, a reglării emoționale sau a comportamentului unei persoane. Aceasta este, de obicei, asociată cu suferință sau afectare în domenii importante de funcționare. Există multe tipuri diferite de tulburări mintale. Tulburările mintale pot fi denumite și afecțiuni ale sănătății mintale. Acesta din urmă este un termen mai larg care acoperă tulburările mintale, dizabilitățile psihosociale și (alte) stări psihice asociate cu suferință semnificativă, afectarea funcționării sau riscul de automutilare¹⁶.

Abuzul de substanțe, se referă la utilizarea nocivă sau periculoasă a substanțelor psihoactive, inclusiv a alcoolului și a drogurilor ilicite¹⁷.

Copiii aflați în conflict cu legea: „Copil aflat în conflict cu legea” - Un copil presupus, acuzat sau recunoscut că a încălcat legislația penală¹⁸.

1.2. Scurtă prezentare a cadrului juridic și de politici privind copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe în situații de urgență și aflați în conflict cu legea în Republica Moldova

Cadrul juridic care reglementează gestionarea problemelor de sănătate mintală ale adolescenților și tinerilor cuprinde diverse acte normative și documente de politici. Cu toate acestea, câteva instrumente juridice primare sunt deosebit de relevante pentru sănătatea mintală și bunăstarea adolescenților și tinerilor.

Domeniul sănătății mintale în Republica Moldova este reglementat, în principal, de Legea nr. 114 adoptată la 16.05.2024 privind sănătatea mintală și bunăstarea în vigoare la data de 13.12.2024, care vine să abroge Legea nr.1402/1997 privind sănătatea mentală. Scopul legii este de a stabili și organiza un sistem de garanții privind protecția sănătății mintale a cetățenilor, care asigură cea mai bună calitate a vieții, susține creșterea și dezvoltarea persoanei la potențialul său maxim.

Legea nr. 114/2024 prevede, printre altele, definiții cuprinzătoare ale tulburărilor mintale, prezintă drepturile și protecția persoanelor cu probleme de sănătate mintală și stabilește orientări privind spitalizarea voluntară și involuntară; de asemenea, aceasta abordează protecția persoanelor cu probleme de sănătate mintală și specifică condițiile în care pot fi aplicate măsuri medicale coercitive.

Obiectivul principal al Legii nr. 114 din 16.05.2024 privind sănătatea mintală și bunăstarea este de a reglementa mijloacele de protecție a sănătății și bunăstării mintale a cetățenilor.

Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, definește responsabilitățile autorității centrale pentru protecția copilului și ale autorităților tutelare teritoriale/locale. Aceste responsabilități includ identificarea, evaluarea, asistența, referirea, monitorizarea și documentarea încălcărilor drepturilor copiilor aflați în situație de risc, inclusiv a celor ai căror părinți lucrează în străinătate¹⁹.

Hotărârea Guvernului nr. 270 din 08.04.2014 „Instrucțiuni privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului” operaționalizează aplicarea Legii nr. 140/2013. Aceasta oferă un mecanism de referință pentru abordarea diferitelor situații de risc ridicat, inclusiv tentativa de suicid²⁰.

S-au înregistrat progrese la nivel local în ceea ce privește problemele de sănătate mintală, ceea ce a dus la o consolidare a sistemului de sprijin disponibil. La nivel comunitar, care include aproximativ 900 de comunități, sistemul implică Ministerul Educației (care pune la dispoziție profesori, psihologi în licee și asistenți școlari), Ministerul Sănătății (medici de familie), administrația publică locală și Ministerul Muncii și Protecției Sociale (asistenți sociali comunitari), autoritatea tutelară locală și Ministerul Afacerilor Interne (serviciul de poliție comunitară). La nivel raional, care include 32 de raioane și două municipii (Chișinău și Bălți), sistemul este extins pentru a include centrele de sănătate prietenoase tinerilor, adaptate nevoilor tinerilor și centrele comunitare de sănătate mintală operate de Ministerul Sănătății, Serviciul de asistență psihopedagogică, centrele de tineret și consiliile de tineret furnizate de Ministerul Educației și Cercetării, autoritățile tutelare teritoriale și inspectoratele de poliție ale Ministerului Afacerilor Interne.

La nivel regional, au fost create centre comunitare de sănătate mintală; aceste centre sunt servicii medico-sociale care oferă asistență medicală, reabilitare psihosocială, sprijin și mediere în relațiile familiale și comunitare. În prezent, funcționează 40 de centre în toate raioanele și municipalitățile țării. Medicii psihiatrii, psihologii, asistenții sociali și asistenții medicali de psihiatrie fac parte dintr-o echipă multidisciplinară, instruită să identifice și să trateze problemele de sănătate mintală în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale.

La 6 decembrie 2023, Programul național privind sănătatea mintală pentru anii 2023-2027 a fost aprobat de Guvernul Republicii Moldova impulsionat de inițiativa Ministerului Sănătății.

Documentul își propune să consolideze sistemul de sănătate mintală la toate nivelurile de asistență medicală. Aceasta urmărește alinierea la bunele practici și la standardele internaționale, prin dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală cât mai aproape posibil de locul de trai și în

funcție de necesitățile populației, precum și prin creșterea numărului de cadre medicale angajate în astfel de servicii.

Programul național include acțiuni pentru pregătirea unui sistem de sănătate mintală rezilient, care să asigure accesul universal pentru persoanele afectate de aceste tulburări, în toate etapele vieții, reducerea numărului de spitalizări în spitalele de psihiatrie cu 25%, până în 2027, și creșterea numărului de persoane consultate în Centrele Comunitare de Sănătate Mintală cu 25%, promovarea sănătății mintale și a pregătirii psiho-emoționale a populației în situații de urgență pentru a depăși crizele comunitare, precum și reducerea ratei generale a mortalității prin suicid.

Programul reflectă și reprezintă angajamentele formulate în Strategia națională de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”. Punerea în aplicare a acestora va promova sănătatea mintală și bunăstarea, permițând persoanelor să își atingă potențialul, să gestioneze stresul, să lucreze și să contribuie, în mod activ, la viața comunității.

- **Vârsta minimă de răspundere penală**

În Republica Moldova, conform legislației, copilul este persoana care nu a împlinit vârsta de 18 ani. Legiuitorul a stabilit că subiectul care face obiectul răspunderii penale este persoana care a împlinit vârsta de 16 ani.²¹ Cu toate acestea, ca o excepție, pentru unele categorii de infracțiuni, copiii cu vârsta cuprinsă între 14 și 16 ani sunt considerați ca având răspundere penală limitată, astfel cum este descrisă de Codul Penal al Republicii Moldova.²² Astfel, copiii cu vârste între 14-18 ani fac obiectul răspunderii penale numai dacă se dovedește că aceștia erau conștienți de semnificația faptei pe care o săvârșeau, la momentul săvârșirii infracțiunii²³. Astfel, în Republica Moldova, vârsta minimă de răspundere penală (VMRP) este de 14 ani, iar 16 ani este vârsta minimă pentru răspunderea penală limitată.

1.3. Analiza părților interesate

Următoarea secțiune prezintă părțile interesate care sunt considerate a avea o importanță sporită ca părți care joacă un rol crucial în sistemul moldovenesc de servicii furnizate copiilor și, prin urmare, sunt considerate a fi esențiale pentru a fi incluse în acest studiu. Această secțiune reflectă lista **instituțiilor și organizațiilor cheie (informatori cheie)** care sunt cuprinse în Studiu:

Instituții de stat:

- **Direcția pentru Protecția Drepturilor Copiilor și Familiilor cu Copii din cadrul Ministerului Muncii și Protecției Sociale** - *principala instituție care creează și pune în aplicare documentele de politici și legislația în domeniul protecției copilului, în cooperare cu autoritățile centrale și locale și societatea civilă;*
- **Ministerul Sănătății** - *creează și pune în aplicare documentele de politici în sănătate, este principala instituție pentru furnizarea de servicii de sănătate la nivel primar, secundar și terțiar, inclusiv pentru copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare²⁴ și abuz de substanțe.*
- **Comisia protecție socială, sănătate și familie** - *Parlamentul Republicii Moldova - Protecția socială; acordarea ajutorului social de stat; îngrijirea sănătății și asistența medicală; probleme referitoare la familie, mama și copilul, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități; relații de muncă și salarii;*
- **Avocatul Poporului pentru Drepturile Copilului (Ombudsman)** – *Avocatul Poporului pentru Drepturile Copilului este unul dintre cei doi Avocați ai Poporului numiți de Parlament; acesta monitorizează punerea în aplicare a drepturilor copiilor și posibilele încălcări ale acestora.*
- **Ministerul Justiției** - *Domeniile de activitate ale Ministerului Justiției sunt: elaborarea proiectelor de legi și hotărâri ale Guvernului în domeniul justiției, drepturilor omului, precum și a proiectelor celor mai importante legi din alte domenii socio-economice; îmbunătățirea legislației, sistematizarea legislației și pregătirea propunerilor pentru codificarea acesteia; coordonarea activității privind realizarea reformei judiciare.*
- **Ministerul Afacerilor Interne** - *asigură ordinea și securitatea publică și respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, precum și apărarea proprietății publice și private.*
- **Inspectoratul General al Poliției** - *instituție de stat din subordinea Ministerului Afacerilor Interne, care are misiunea de a apăra libertatea și drepturile și fundamentale ale omului prin activități de menținere, asigurare și restabilire a ordinii și securității publice, precum și de prevenire și combatere a infracțiunilor și contravențiilor.*
- **Direcția Generală pentru Protecția Drepturilor Copilului mun. Chișinău** – *își desfășoară activitatea în monitorizarea și supravegherea drepturilor copilului și asigură respectarea drepturilor copilului.*
- **Inspectoratul Național de Probațiune** - *structură specializată, care, prin intermediul Birourilor de Probațiune pun în executare hotărârile judecătorești contravenționale și sentințele penale*

pentru persoanele care au fost condamnate și li s-a stabilit o pedeapsă non privativă de libertate.

- **Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat** - și cele patru oficii teritoriale ale sale gestionează acordarea de asistență juridică garantată de stat. Serviciile sunt oferite cetățenilor Republicii Moldova, în mod gratuit, în conformitate cu cadrul juridic existent.

ONG-uri și OI:

- **Asociația pentru Justiție Penală Participativă** - o organizație neguvernamentală care promovează reforme pentru îmbunătățirea dreptului penal, a justiției penale în ansamblu și a dezvoltării elementelor justiției restaurative. Obiectivele AJPP includ sprijinirea colaborării intersectoriale între profesioniștii din domeniul juridic și cei din cadrul serviciilor sociale din domeniul justiției penale, inclusiv justiția pentru minori.
- **Adăpost și Alinare** - sprijinirea copiilor orfani și a copiilor rămași fără îngrijire părintească; Acordarea de asistență socială familiilor socio-vulnerabile, celor care au copii în tutelă și celor care necesită sprijinul statului; Sprijinirea familiilor monoparentale, în special a femeilor singure care își îngrijesc și își educă copiii; Dezvoltarea de programe de protecție socială și de recuperare, în special pentru femeile care au consumat alcool/droguri, femeile abuzate sexual și femeile care au fost alungate de acasă.
- **CCF/HHC Moldova – Copil, Comunitate, Familie** - Sprijin pentru familiile cu risc de separare cu copii care nu au împlinit vârsta de 18 ani; Prevenirea separării copiilor de familiile lor biologice; Reintegrarea copiilor în familiile lor biologice sau în servicii alternative create după părăsirea instituțiilor de tip rezidențial.
- **Institutul de Reforme Penale** - Promovarea de bune practici în domeniul Justiției pentru minori, bazate pe interesul superior al copilului; Promovarea serviciilor de asistență juridică, parajuridică și psiho-socială, care să asigure interesul superior al copilului; Elaborarea standardelor pentru formarea inițială și continuă a specialiștilor în domeniul justiției pentru minori; Efectuarea de formare specializată participativă în domeniul justiției pentru minori; Promovarea conceptului de instanțe specializate; Elaborarea și dezvoltarea Strategiei de prevenire a delincvenței juvenile; Crearea Centrelor de Reintegrare Socială pentru Minori.
- **„Clinica Juridică din Bălți”** - Răspunde necesităților categoriilor defavorizate ale populației prin facilitarea accesului la justiție și promovarea metodelor moderne de formare juridică universitară.
- **Terre des Hommes Moldova** - Promovarea metodologiilor și a creării de servicii participative și prietenoase cu copiii; Consolidarea capacității profesioniștilor specializați în protecția copilului (specialiști în protecția copilului, asistenți sociali, profesori, agenți de poliție, medici, lucrători ONG etc.); Îmbunătățirea sistemului de identificare, sesizare și gestionare a cazurilor de abuz, neglijare și exploatare a copiilor; Consolidarea mecanismelor de protecție intersectorială la nivel local; Îmbunătățirea disponibilității informațiilor, precum și creșterea gradului de conștientizare cu privire la drepturile și nevoile copiilor.
- **Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului** - Stabilirea copiilor ca subiecți ai drepturilor / copiilor ca titulari de drepturi; De asemenea, dezvoltarea de activități pe teme privind mediul familial (și îngrijirea alternativă); Educația; Protecția copiilor împotriva tuturor formelor de violență.
- **UNICEF** - Ca organizație a ONU, aceasta are mandatul de a proteja drepturile tuturor copiilor, pretutindeni. Acest mandat este fundamentat pe Convenția cu privire la drepturile copilului (CDC) din 1989, care stabilește drepturile universale și indivizibile care se aplică fiecărui copil; Activitatea sa este ghidată de Obiectivele de Dezvoltare Durabilă Universale (ODD-uri)

adoptate de liderii mondiali în 2015, care se aplică în fiecare țară, cu accent pe copiii care sunt trecuți cu vederea și lăsați în urmă de progresul economic și social

2. CADRUL METODOLOGIC

În această secțiune sunt explorate scopurile, obiectivele, publicul țintă și domeniul de aplicare al „Raportului de studiu”. Informațiile prezentate aici se bazează pe consultări cu echipa Consiliului Europei; analiza documentelor internaționale și naționale relevante privind sistemele de servicii care se aplică și bunele practici în domeniul furnizării de servicii pentru copiii care necesită îngrijire; și cercetările existente privind copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe cu risc de a intra în conflict cu legea și răspunsul sistemului social și de sănătate din Republica Moldova.

2.1. Scopuri, obiective și domeniu de aplicare

Scopul „Studiului privind practicile promițătoare pentru asistarea copiilor aflați în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea” este de a efectua o analiză a practicilor promițătoare din statele membre ale Consiliului Europei privind serviciile pentru grupul țintă special de copii, cadrul normativ, documentele de politici, regulamentele, procedurile operaționale, împreună cu dezvoltarea serviciilor, formarea inițială și continuă a personalului, precum și de a compara bunele practici în domeniul respectiv cu practica curentă din Republica Moldova pentru a veni cu propuneri de aliniere a prevederilor legislative și administrative din Republica Moldova la standardele internaționale și ale Consiliul Europei.

Obiectivul principal este:

„Să identifice practicile promițătoare din statele membre ale Consiliului Europei, standardele internaționale și jurisprudența CtEDO, toate serviciile disponibile oferite de instituțiile naționale, precum și ONG-urile din toate regiunile țării pentru copiii cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea în Republica Moldova și să ofere o prezentare analitică cu recomandări.”

Obiectivul principal este realizat prin:

1. Revizuirea standardelor internaționale/Consiliului Europei și a jurisprudenței relevante a CtEDO în domeniul protecției copiilor cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe și aflați în conflict cu legea, a copiilor lipsiți de îngrijire părintească sau cu îngrijire părintească insuficientă, care au fost tratați prin intermediul serviciilor/în cadrul sistemelor pentru protecția copilului;
2. Prezentarea practicilor promițătoare din statele membre ale Consiliului Europei în ceea ce privește protecția copiilor cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe și aflați în conflict cu legea, care sunt fără îngrijire parentală sau cu îngrijire parentală insuficientă. Accentul principal al studiului se va pune pe cele trei state membre, și anume, Țările de Jos, Suedia și Germania, care au fost cuprinse în raportul anterior intitulat „Cartografierea serviciilor pentru copiii care riscă să intre în conflict cu legea care nu au împlinit VMRP”, elaborat în 2023 în cadrul proiectului Consiliului Europei implementat anterior.

Pe baza celor de mai sus, a fost realizată o selecție a trei state membre principale - Germania, Țările de Jos și Suedia, pe baza:

- a. Comparabilitatea cu Republica Moldova în ceea ce privește sistemele juridice;
- b. Existența unor bune practici foarte bine stabilite și consolidate la nivel sistemic - în ceea ce privește specializarea și organizarea generală a sistemelor de justiție pentru minori/sistemelor de

sănătate și protecție socială- și, la nivel operațional - în ceea ce privește practicile și metodele în vigoare privind prevenirea, intervenția timpurie și protecția;

c. Existența unor practici promițătoare, în special în ceea ce privește răspunsurile specializate pentru tratarea *copiilor cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea, care sunt lipsiți de îngrijire părintească sau cu îngrijire părintească insuficientă*;

Cu toate acestea, consultanții vor implica alte state membre ale Consiliului Europei, dacă este necesar, în scopul finalizării cu succes a „Raportului de studiu”.

3. Accesarea căror servicii sunt disponibile pentru *copiii cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, care sunt lipsiți de îngrijire părintească sau cu îngrijire părintească insuficientă* în Republica Moldova, la nivel național, care vizează copiii, părinții/tutorii și comunitatea:

- Evaluarea faptului dacă serviciile sunt disponibile în toate regiunile și accesibile tuturor copiilor;
- Evaluarea faptului dacă aceste servicii sunt furnizate de instituții de stat sau ONG-uri, precum și finanțarea și durabilitatea acestora;
- Stabilirea căror servicii, ce ar fi necesare (în conformitate cu standardele Consiliului Europei și internaționale, precum și cu bunele practici în domeniu, la nivel global) lipsesc, în prezent, în Republica Moldova;

2.2. Grupuri țintă

Cercetarea a vizat următoarele grupuri de copii:

- copii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, care se află în conflict cu legea și care, în momentul situațiilor de criză și de urgență, nu au dispun de control/autoritate parentală/juridică sau aceasta este insuficientă.

2.3. Principii etice și directoare

Principiile directoare pe care se bazează prezentul studiu:²⁵

- ✓ interesul superior al copilului este un aspect primordial;
- ✓ pledarea pentru nediscriminare pe criterii de rasă, culoare, sex, limbă, religie, politică sau de altă natură (opinie, origine socială, dizabilitate, naștere);
- ✓ evidențierea dreptului la viață, supraviețuire și dezvoltare, inclusiv dreptul acestora de a fi protejați de violență, abuz, neglijare, exploatare și orice fel de victimizare;
- ✓ exprimarea liberă a opiniilor copiilor - participarea copilului;
- ✓ protejarea dreptului copilului la viață privată și asigurarea confidențialității procedurilor.
- ✓ Dreptul copiilor de a participa la procesul decizional la toate nivelurile în ceea ce privește deciziile care îi privesc.

2.4. Metode de colectare și eșantionare a datelor

Cercetătorii au adoptat o **abordare participativă** a colectării datelor. Cercetarea a adoptat în principal **metoda de colectare a datelor calitative**. Datele statistice au fost utilizate ori de câte ori au fost disponibile pentru a sprijini obiectivele Studiului.

Analiza literaturii de specialitate

Analiza literaturii de specialitate a permis echipei să adune informații contextuale. Literatura de specialitate a inclus, printre altele:

- Legislația națională și documentele de politică;
- Rapoarte, evaluări și analize privind situația *copiilor cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe și cu risc de a intra în conflict cu legea* în Republica Moldova;
- Statistica națională;
- Documente internaționale privind drepturile omului, inclusiv: Recomandările Consiliului Europei, CNUDC, Observațiile generale ale Comitetului CNUDC, Convenția pentru persoanele cu dizabilități, directivele UE, jurisprudența CtEDO privind tratamentul și protecția *copiilor cu tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe și care riscă să intre în conflict cu legea*.
- Orice alte documente considerate relevante pentru cercetare.

Interviuri semi-structurate cu informatorii cheie

Au fost realizate interviuri semi-structurate cu cinci experți în domeniul drepturilor copilului (angajat al Biroului Siguranța Copilului, angajat al Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului, angajat al Direcției Asistență Socială și Protecția Familiei Bălți, angajat al Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică, reprezentant al ONG Terre des hommes Moldova) din Republica Moldova. De asemenea, au fost realizate interviuri cu profesioniști din cele cinci țări care au făcut obiectul cercetării pentru practici promițătoare. (Anexa 1)

Pentru a primi informații cu privire la practicile promițătoare, a fost elaborat un chestionar (Anexa 1) care a fost trimis profesioniștilor identificați de către Consiliul Europei (Anexa 3).

Interviuri ale grupurilor de reflecție cu informatorii cheie

Au fost organizate cinci grupuri de reflecție la care au participat următoarele părți interesate la nivel național (Anexa 1 la Chestionar)

- un grup țintă cu participarea angajaților Direcțiilor Asistență Socială și Protecția Familiei (autoritatea teritorială de tutelă);
- un grup țintă cu participarea profesioniștilor care asistă copiii aflați în contact cu sistemul de justiție (avocați, consilieri de probațiune, Biroul Avocatului Poporului, reprezentanți ai mediului academic);
- un grup țintă cu participarea angajaților poliției (ofițeri de poliție raionali, ofițeri de cercetări penale);

- un grup țintă cu participarea angajaților Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică și ai Serviciului de Asistență Psihopedagogică;
- un grup țintă cu participarea ONG-urilor active în domeniul asistenței cuplurilor.

(Datele de contact ale instituțiilor și ONG-urilor care au fost incluse în lista de interviuri sau grupuri țintă în Anexa 3)

3. LIMITĂRI ALE CERCETĂRII ȘI MĂSURI DE ATENUARE

Mai multe limitări ale cercetării au fost proiectate în timpul pregătirii metodologiei și acestea sunt prezentate în tabelul de mai jos, care include posibile soluții pentru a aborda limitările identificate:

Tabel 7: Limitări și măsuri de atenuare

Limitare	Măsuri de atenuare propuse de echipa de cercetare
Disponibilitatea informatorilor cheie poate fi o problemă în faza de interviuri	Pentru a asigura participarea, echipa va contacta în prealabil respondenții selectați, pentru a confirma disponibilitatea acestora.
Timp scurt alocat pentru punerea în aplicare a misiunii	Echipa de experți se va baza pe informațiile colectate prin intermediul interviurilor și pe datele disponibile, precum și pe datele furnizate echipei de către Consiliului Europei.
Răspuns inadecvat la chestionarul trimis statelor membre selectate ale Consiliului Europei	În cazul lipsei sau a răspunsului necorespunzător din partea statelor membre selectate, consultanții se vor baza pe sursele deschise disponibile
Dezechilibru în ceea ce privește răspunsurile primite din partea statelor membre ale Consiliului Europei (cu mai multe răspunsuri din partea statelor membre, cu caracteristici specifice, ceea ce face ca feedback-ul din partea acestora să fie mai puțin relevant pentru contextul din Republica Moldova)	Va avea loc o evaluare calitativă aproximativă a răspunsurilor primite din partea statelor membre ale Consiliului Europei, evaluându-se relevanța și importanța răspunsurilor pentru contextul din Republica Moldova („arhitectura” sistemului juridic, formatul administrației publice și al serviciilor conexe, dimensiunea și alte caracteristici ale fiecărei țări etc.). Ulterior, răspunsurile vor fi luate în considerare cu o anumită priorizare relativă.

De asemenea, limita acestui studiu este reprezentată de varietatea contextelor, prevederilor și practicilor care fac ca fiecare țară și fiecare sistem să fie foarte diferit de celălalt și fac ca comparațiile să fie adesea nepotrivite. Acest studiu nu propune, de fapt, o comparație substanțială între statele membre, ci urmărește mai ales să descrie modul în care sistemele selectate au introdus practici

promițătoare și modul în care acestea pot oferi informații utile părților interesate din Republica Moldova.

Limba, engleza, este, de asemenea, un obstacol în ceea ce privește înțelegerea în profunzime a punerii în aplicare a practicilor în diferite state membre selectate. În ciuda resurselor limitate disponibile și a intervalului de timp, studiul oferă o colecție rezonabilă de exemple de practici și servicii care sunt în vigoare sau au fost experimentate în Europa, cu rezultate pozitive. Se speră că aceasta va oferi părților interesate din Republica Moldova puncte de discuție și recomandări relevante, precum și o privire asupra unor soluții deosebit de interesante și aplicabile din alte state membre, care ar putea fi apoi explorate și cercetate în continuare.

4. STANDARDE INTERNAȚIONALE ȘI ALE CONSILIULUI EUROPEI PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA

Standardele internaționale și ale Consiliului Europei creează obligații pentru statele părți în ceea ce privește protecția copiilor aflați în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea și, de asemenea, creează orientări privind modul de abordare a acestei probleme, la nivel național. Convenția Organizației Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului, Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Convenția Europeană a Drepturilor Omului și o serie de Recomandări ale Consiliului Europei oferă statelor baze solide pe care să își dezvolte sistemele sociale și de sănătate și să răspundă nevoilor acestor copii. În textul următor vom trece în revistă pe scurt standardele prezentate de aceste documente. În sensul prezentului document, categoria de copii care constituie grupul țintă al cercetării va fi denumită: copii cu dizabilități și copii cu abuz de substanțe, pe baza definiției din Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități: „Persoanele cu dizabilități includ acele persoane care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți” și terminologia utilizată în alte documente internaționale și ale Consiliului Europei.

1. Interesul superior al copilului

CNUDC, la articolul 3, și Comentariul general nr. 9 al Comitetului CDC privind drepturile copiilor cu dizabilități²⁶ prevăd că: „În toate acțiunile care îi privesc pe copiii... interesele superioare ale copilului trebuie să fie luate în considerare cu prioritate”. Domeniul de aplicare larg al acestui articol vizează acoperirea tuturor aspectelor de îngrijire și protecție a copiilor în toate mediile. Articolul 3 trebuie să constituie baza pe care se stabilesc programele și politicile și trebuie să fie luat în considerare, în mod corespunzător, în toate serviciile furnizate copiilor cu dizabilități și în orice altă acțiune care îi afectează. Interesul superior al copilului are o relevanță deosebită în instituțiile și alte facilități care furnizează servicii pentru copiii cu dizabilități, deoarece se așteaptă ca acestea să se conformeze standardelor și reglementărilor și trebuie să aibă în vedere, în primul rând, siguranța, protecția și îngrijirea copiilor, iar acest considerent trebuie să prevaleze asupra oricărui altul și în toate circumstanțele, de exemplu, la alocarea bugetelor²⁷.

CNUDC, în calitate de organism de monitorizare al ONU pentru implementarea Convenției ONU pentru Drepturile Copilului, a declarat că „asigurarea faptului că în toate acțiunile care îi privesc pe copii interesele superioare ale copilului sunt luate în considerare cu prioritate (art. 3 alin. (1)) și că toate prevederile Convenției sunt respectate în legislație și în elaborarea și punerea în aplicare a politicilor la toate nivelurile de guvernare, necesită un proces continuu de evaluare a impactului asupra copilului.

Acest proces trebuie să fie integrat în guvernare la toate nivelurile și cât mai devreme posibil în elaborarea politicilor”²⁸.

În plus, CNUDC a elaborat o metodologie specifică pentru evaluarea protecției drepturilor copilului în diferite circumstanțe, care este promovată, de asemenea, și de REOC²⁹ (Rețeaua Europeană a Ombudsmanilor Copiilor). Metodologia pentru o astfel de evaluare este, adesea, denumită *Aprecierea Impactului asupra Drepturilor Copilului (AIDC)* sau *Evaluarea Impactului asupra Drepturilor Copilului (EIDC)*, care corespunde unui exercițiu de monitorizare efectuat ex ante și, respectiv, ex post. Comitetul indică, de asemenea, că cerințele importante pentru efectuarea unui astfel de tip de evaluare sunt:

„1. CNUDC și protocoalele opționale la aceasta trebuie să fie utilizate drept cadru pentru apreciere și evaluare;

2. Efectuată la nivelul întregului guvern, nu doar la nivelul departamentelor pentru copii;

3. Luarea în considerare a impactului direct și indirect asupra copiilor;

4. Identificarea impactului diferit asupra copiilor în comparație cu adulții sau cu diferite grupuri de copii;

5. AIDC trebuie să fie efectuată cât mai devreme posibil, iar EIDC după o perioadă convenită după implementare;

6. Să se bazeze pe dovezi, cu contribuții din partea copiilor;

7. Furnizarea de recomandări pentru a asigura conformitatea cu CNUDC și luarea în considerare a modului în care decizia poate favoriza realizarea drepturilor copilului;

8. Publicarea aprecierilor și evaluărilor”³⁰.

Elementele esențiale pentru realizarea cu succes a unui astfel de proces de evaluare par a fi următoarele:

- O țintă, un scop și un obiectiv clare ale evaluării impactului;
- Un mandat clar și transparent pentru realizarea evaluării, precum și stabilirea sprijinului de la nivelurile superioare de guvernare pentru întregul efort;
- Un moment potrivit și resurse adecvate;
- Claritatea, simplitatea și uniformitatea modelelor de investigație și raportare pentru o ghidare clară, pas cu pas, a procesului, în special în cazul în care efortul se desfășoară, în mod simultan, în diferite țări, regiuni sau teritorii, care implică diferite guverne;
- Asigurarea unei formări intense și cuprinzătoare pentru toate părțile implicate în realizarea evaluării;
- Un concept clar al evaluării, cu o flexibilitate adecvată în ceea ce privește combinarea contribuțiilor din resurse preexistente (de ex., mecanisme de colectare periodică a datelor, analize documentare, literatură științifică sau „gri”) cu date generate chiar de la început pentru realizarea evaluării;
- Includerea tuturor dimensiunilor protecției drepturilor copilului, inclusiv a influențelor cauzale indirecte, care ar putea avea un impact potențial asupra copiilor;
- Concentrarea, în mod special, asupra celor mai marginalizate și vulnerabile subgrupuri de copii, cu module specifice de investigație adaptate la particularitățile acestora;
- Implicarea tuturor părților interesate relevante și a părților societății în furnizarea de feedback și sprijin pentru întregul proces;
- Implicarea copiilor și a tinerilor ca sursă indispensabilă de informații privind relevanța, eficacitatea, exhaustivitatea și utilitatea oricăror măsuri de politici pentru care se evaluează impactul;
- Publicitatea și transparența/examinarea publică a evaluării, a rezultatelor acesteia și a recomandărilor care decurg din evaluare (respectând, în același timp, limitările care ar putea

apărea în ceea ce privește deschiderea și punerea la dispoziția publicului a tuturor informațiilor generate de evaluare, pentru a evita prejudicii secundare) și;

- Monitorizarea ulterioară (o AIDC/EIDC trebuie înțeleasă mai degrabă ca stabilirea unei monitorizări continue, decât ca un efort punctual care realizează o „fotografie instantanee” a unui anumit moment în timp)³¹.

2. Dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare

Dreptul inerent la viață, supraviețuire și dezvoltare este un drept care merită o atenție deosebită în ceea ce privește copiii cu dizabilități. În Comentariul său general nr. 4,³² Comitetul constată că tulburările mintale și bolile psihosociale sunt relativ frecvente în rândul copiilor și adolescenților; simptome precum depresia, tulburările de alimentație și comportamentele autodistructive, care duc uneori la răni autoprovocate și sinucidere, sunt în creștere și solicită statelor părți să asigure acestor adolescenți toate serviciile necesare. Statele părți sunt îndemnate să întreprindă toate măsurile necesare pentru sensibilizarea opiniei publice, stabilirea unei legislații adecvate și aplicarea legilor care să asigure pedepsirea corespunzătoare a tuturor celor care încalcă, în mod direct sau indirect, dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare al copiilor cu dizabilități³³.

3. Respectarea opiniilor copilului

Articolul 12 din CDC recunoaște că copiii înșiși au un interes în toate chestiunile care îi afectează, inclusiv în ceea ce privește procesele juridice: „... se va da copilului, în special, posibilitatea de a fi ascultat în orice procedură judiciară sau administrativă care-l privește, fie direct, fie printr-un reprezentant sau instituție corespunzătoare”³⁴. Astfel, este esențial ca copiii cu dizabilități să fie audiați în toate procedurile care îi afectează și ca opiniile lor să fie respectate în funcție de evoluția capacităților lor³⁵. Copiilor trebuie să li se pună la dispoziție orice mod de comunicare de care au nevoie pentru a le facilita exprimarea opiniilor lor. Copiii cu dizabilități necesită, adesea, servicii speciale în domeniul sănătății și al educației pentru a le permite să își atingă potențialul maxim. Participarea semnificativă și efectivă a copiilor și tinerilor cu dizabilități de dezvoltare trebuie să își aducă contribuția la politicile și planurile de sănătate care abordează drepturile lor, deoarece aceștia sunt cei mai familiarizați cu obstacolele cu care se confruntă. De asemenea, articolul 7 din CNUDPD prevede că toate acțiunile întreprinse în numele unui copil sunt în interesul superior al copilului și trebuie să includă opiniile copilului ori de câte ori este posibil³⁶.

În mod similar, Recomandarea Consiliului Europei (2004) 10 prevede că opinia minorului trebuie luată în considerare în toate cazurile de plasament și tratament voluntar sau nu³⁷. De asemenea, recomandarea prevede că un minor care a făcut obiectul unui plasament involuntar are dreptul la asistență de la începutul procedurii³⁸.

În conformitate cu cele de mai sus, ONU a publicat, în 2023, o Notă orientativă a Secretarului General intitulată „Integrarea drepturilor copilului: apel la acțiune pentru drepturile omului”, în care, în

Principiul nr. 3 : „Copiii sunt titulari de drepturi distincte, cu un set specific de drepturi”, se afirmă, în mod clar, că toată lumea trebuie să *«recunoască copiii ca agenți activi în propriile lor vieți, îndreptățiți să fie ascultați, respectați și să li se acorde o autonomie din ce în ce mai mare în exercitarea drepturilor lor»*³⁹. În plus, în ceea ce privește participarea copiilor, în această Notă orientativă se afirmă, în mod clar, că contribuția copiilor trebuie să fie încorporată, în mod intrinsec, la toate nivelurile serviciilor și politicilor de protecție a copilului, de la mecanismele de gestionare a cazurilor, până la elaborarea și evaluarea politicilor.

4. Dreptul la nediscriminare

Unul dintre cele mai frecvente obstacole cu care se confruntă copiii cu dizabilități atunci când intră în contact cu sistemele de justiție este reprezentată de procedurile discriminatorii. În prezentul raport, termenul „discriminare pe motiv de dizabilități” este utilizat cu referire la articolul 2 din CNUDPD, care îl definește ca fiind „orice deosebire pe motiv de dizabilități care are drept scop sau efect împiedicarea sau anularea recunoașterii, exersării sau exercitării, în condiții de egalitate cu ceilalți, a tuturor drepturilor omului și libertăților fundamentale în domeniul politic, economic, social, cultural, civil sau în orice alt domeniu. Aceasta include toate formele de discriminare, inclusiv refuzul unei adaptări rezonabile”⁴⁰. CNUDPD prevede în continuare că copiii cu dizabilități, inclusiv cei cu dizabilități de dezvoltare, trebuie să își exercite toate drepturile omului și libertățile fundamentale, în condiții de egalitate cu ceilalți copii⁴¹. Aceasta include egalitatea în ceea ce privește oportunitățile de a crește în medii favorabile și de a avea acces la învățarea și educația timpurie. Copiii și tinerii cu dizabilități de dezvoltare trebuie să aibă acces la intervenții de promovare, prevenire, îngrijire și reabilitare în condiții de egalitate cu ceilalți copii și tineri, indiferent de genul lor sau sensibile la genul lor și de alți factori de identitate intersectați și în funcție de acestea. Acolo unde este necesar, „adaptarea rezonabilă” este esențială pentru a oferi copiilor și tinerilor cu dizabilități de dezvoltare șanse egale. Operaționalizarea acestui principiu necesită respectarea standardelor de îngrijire de înaltă calitate care previn practicile discriminatorii, coercitive (de ex., admiterea și tratamentul forțat, instituționalizarea, izolarea și conținerea, utilizarea inadecvată a medicamentelor psihotrope).

5. Dreptul la sănătate mintală

Organizația Mondială a Sănătății recunoaște sănătatea ca fiind o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă⁴², definită astfel ca fiind mai mult decât simpla absență a tulburărilor de sănătate mintală sau a dizabilităților. Sănătatea mintală este „o stare de bunăstare mintală care permite oamenilor să facă față stresului vieții, să își realizeze capacitățile, să învețe bine, să muncească bine și să contribuie la comunitatea lor”⁴³. La articolul 12 alin. (1), Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale oferă un cadru obligatoriu din punct de vedere juridic pentru dreptul oricărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate [fizică și] mentală⁴⁴. Acesta este completat de alte standarde juridice ale Organizației Națiunilor Unite (ONU), inclusiv Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor⁴⁵ și Convenția cu privire la Drepturile Copilului.

La nivel regional, dreptul la protecția sănătății este recunoscut la articolul 11 din Carta socială europeană⁴⁶, potrivit căruia statele părți au obligația de a „respecta, proteja și realiza dreptul la sănătate mintală în legile, reglementările, politicile, măsurile bugetare, programele și alte inițiative naționale”⁴⁷.

În plus, atunci când vine vorba de copii, articolul 24 din CNUDC prevede că⁴⁸: „Statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate și de facilități pentru tratamentul bolilor și reabilitarea sănătății [și] se străduiesc să se asigure că niciun copil nu este lipsit de dreptul său de acces la astfel de servicii de îngrijire medicală. Statele părți trebuie să ia toate măsurile eficiente și adecvate în vederea eliminării practicilor tradiționale dăunătoare sănătății copiilor. Politicile trebuie să asigure că copiii și tinerii cu dizabilități de dezvoltare sunt incluși în intervențiile destinate tuturor copiilor și pot avea acces, de asemenea, la intervenții specifice pentru deficiențe specifice. Prevenirea plasării copiilor în instituții este una dintre cerințele CNUDC”⁴⁹.

Toate cele de mai sus pregătesc terenul pentru Programul comun UNICEF și OMS privind sănătatea mintală și bunăstarea și dezvoltarea psihosocială a copiilor și adolescenților, în curs de desfășurare. Programul „își propune să realizeze acest lucru prin consolidarea capacității țărilor de a pune în aplicare strategii multisectoriale bazate pe dovezi și pe drepturile omului pentru a oferi oportunități, sprijin și servicii pentru copii, adolescenți și îngrijitorii acestora. Programul comun va promova, de asemenea, vizibilitatea, sensibilizarea și investițiile la nivel național și global prin acțiuni comune”⁵⁰. În contextul acestui program, atât UNICEF, cât și OMS recunosc că „în ciuda necesităților semnificative, inclusiv în rândul copiilor, adolescenților și îngrijitorilor acestora, furnizarea de servicii de sănătate mintală și sprijin psihosocial în situații de urgență este adesea fragmentată și inconsecventă”⁵¹. Prin urmare, acestea își propun să stabilească „o abordare centrată pe copil și cu accent pe drepturile omului, fundamentată pe soluții echitabile, bazate pe comunitate, contextualizate și durabile și care să sprijine acțiunile întregii administrații și ale întregii societăți în cadrul continuumului umanitar-dezvoltare, inclusiv în situații de urgență”⁵².

Rezoluția 2521 (2023) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei privind „Sănătatea mintală și bunăstarea copiilor și a tinerilor adulți”⁵³ stipulează că Adunarea Parlamentară consideră că statele trebuie să profite de această oportunitate pentru a avansa în ceea ce privește îmbunătățirea sănătății mintale și reamintește că dreptul la sănătate mintală include accesul tuturor la asistență medicală și tratament psihiatric adecvate și în timp util. Un pas esențial în această privință este integrarea sănătății mintale în sistemele naționale de sănătate, în special în serviciile de asistență medicală primară și comunitară. Asistența medicală oferită trebuie să fie holistică și să se concentreze mai degrabă pe tratarea persoanei ca un întreg, inclusiv pe abordarea sănătății mintale, precum și a factorilor sociali, economici și de mediu care pot afecta bunăstarea generală a unei persoane, decât doar pe simptomele fizice ale acesteia. Este esențială creșterea gradului de conștientizare a publicului cu privire la problemele referitoare la sănătatea mintală, de la o vârstă fragedă, inclusiv pentru a „nu dramatiza” problemele privind acest subiect. Coerțicia în domeniul sănătății mintale trebuie să fie eliminată treptat”⁵⁴.

6. Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor degradante

Copiii și tinerii cu dizabilități de dezvoltare sunt deosebit de vulnerabili la violență și tratamente degradante. CNUDC (articolul 37) și Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (articolul 15) se consolidează reciproc, interzicând oricărui copil și, respectiv, oricărei persoane cu dizabilități să fie supuse „torturii sau pedepselor sau tratamentelor crude, inumane sau degradante”⁵⁵. În Comentariul său general nr. 13, Comitetul ONU pentru Drepturile Copilului afirmă că, întrucât amploarea și intensitatea violenței exercitate asupra copiilor sunt alarmante, „măsurile de stopare a violenței trebuie să fie masiv consolidate și extinse pentru a pune capăt, în mod eficace, acestor practici care pun în pericol dezvoltarea copiilor și potențialele soluții non-violente ale societăților pentru soluționarea conflictelor”⁵⁶.

Articolul 19 din CNUDC impune statelor părți să ia toate măsurile legislative, administrative, sociale și educaționale adecvate pentru a proteja copiii de „toate formele de violență fizică sau psihică, rănire sau abuz, neglijare sau tratament neglijent, maltratare sau exploatare, inclusiv abuz sexual”⁵⁷. În plus, CNUDPD prevede că statele părți sunt îndrumate să prevină astfel de evenimente prin asigurarea „unor forme adecvate de asistență și sprijin sensibile la dimensiunea de gen și vârstă pentru persoanele cu dizabilități și familiile și îngrijitorii acestora”.

Vorbind despre violența împotriva copiilor cu dizabilități, plasarea involuntară în medii instituționale prezintă un risc ridicat pentru bunăstarea copilului și trebuie utilizată în ultimă instanță. Rec (2004) 10⁵⁸ a Consiliului Europei, la articolul 17 - Criterii pentru plasamentul involuntar, enumeră criterii ferme pentru plasamentul involuntar al unei persoane, ceea ce înseamnă că acest plasament trebuie să fie strâns reglementat și utilizat numai în cazuri de:

O persoană poate fi supusă internării nevoluntare numai dacă sunt îndeplinite toate condițiile următoare:

- i. persoana are o tulburare mintală;
- ii. starea persoanei reprezintă un risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății sale sau a altor persoane;
- iii. internarea include un scop terapeutic;
- iv. nu sunt disponibile mijloace mai puțin restrictive de acordare a asistenței adecvate;
- v. a fost luată în considerare opinia persoanei în cauză.”

Aceeași Recomandare specifică la articolul 18 următoarele criterii pentru tratamentul involuntar:

„O persoană poate fi supusă unui tratament involuntar numai dacă sunt îndeplinite toate condițiile următoare:

- i. persoana are o tulburare mintală;
- ii. starea persoanei reprezintă un risc semnificativ de vătămare gravă a sănătății sale sau a altor persoane;
- iii. nu sunt disponibile mijloace mai puțin intruzive de acordare a asistenței adecvate;
- iv. a fost luată în considerare opinia persoanei în cauză.

Curtea Europeană a Drepturilor Omului a identificat plasarea involuntară a copiilor în instituții psihiatrice și tratamentul fără consimțământ drept încălcare a articolului 3 din CEDO în cauza V.I. împotriva Republicii Moldova.⁵⁹

7. Dreptul de a trăi în comunitate și accesul la servicii

Pentru a adăuga la secțiunea anterioară, pentru a evita instituționalizarea și pentru a se asigura că copiii cu dizabilități de dezvoltare rămân în propriile comunități pe tot parcursul copilăriei timpurii și

al tinereții, trebuie să se stabilească servicii cuprinzătoare, multidisciplinare, receptive și intervenții adecvate vârstei pentru copii și tineri. Acestea trebuie să includă servicii de prevenire; servicii care oferă intervenții integrate de dezvoltare în copilăria timpurie; servicii de îngrijire la domiciliu care oferă îngrijire de la cea mai puțin intensivă la cea mai intensivă; servicii de reabilitare; servicii educaționale și profesionale; și sprijin pentru părinți și venituri pentru familii. Aceste servicii necesită o abordare multidisciplinară în diferite sectoare și legături și coordonare puternice în rândul actorilor din domeniul sănătății, educației, asistenței sociale și familiale, ocupării forței de muncă, justiției și alte domenii relevante.

Argumentele în favoarea dezinstituționalizării serviciilor pentru copii au fost subliniate în trecut de diverse organizații ale Consiliului Europei și de alte organizații internaționale. O listă non-exhaustivă este disponibilă mai jos:

- Recomandarea Consiliului Europei Rec (2005)5 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind drepturile copiilor care trăiesc în instituții rezidențiale și raportul privind punerea în aplicare a acesteia;
- Recomandarea CM/Rec (2010)2 a Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei către statele membre privind dezinstituționalizarea și viața în comunitate a copiilor cu dizabilități
- Rezoluția 1762 (2010) a Adunării Parlamentare: „Copiii lipsiți de îngrijirea părintească: necesitatea urgentă de acțiune”;
- Orientările ONU (64/142) pentru îngrijirea alternativă a copiilor (2009);
- Raportul Oficiului Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului: „Europeni uitați, drepturi uitate - drepturile omului ale persoanelor plasate în instituții” (2011);
- Recomandarea Comisiei Europene: „Investind în copii: ruperea ciclului dezavantajelor” (2013/112/UE);
- Comisia Europeană: „Raportul Grupului de experți ad-hoc privind tranziția de la îngrijirea instituțională la îngrijirea la nivelul comunității” (2009).

O decizie recentă a ONU (2019) privind aniversarea a 30 de ani de la adoptarea CDC (ONU, A74/395/27.11.2019) a dedicat o întreagă secțiune protecției Drepturilor copiilor lipsiți de îngrijire părintească (alineatele 21-35). În această secțiune, au fost incluse referiri speciale, specifice și detaliate cu privire la obligațiile statelor de a depune toate eforturile posibile pentru a împiedica îndepărtarea copiilor de familii, pentru a promova îngrijirea alternativă, bazată pe familie, în locul îngrijirii instituțional-rezidențiale pentru copii și pentru a stabili standarde de calitate și sisteme de revizuire/monitorizare externă necesare chiar și în îngrijirea alternativă.

Uniunea Europeană a recunoscut, de asemenea, daunele cauzate de instituționalizare. Odată cu introducerea unei condiționalități ex-ante privind incluziunea socială (9: 9.1.) în Regulamentul 1303/2013, una dintre prioritățile de investiții incluzând „...*tranziția de la serviciile instituționale la serviciile comunitare*”, aceasta interzice, în mod eficace, utilizarea Fondurilor Europene Structurale și de Investiții (FESI) pentru întreținerea sau renovarea și construirea de noi medii instituționale rezidențiale mari existente. De asemenea, acesta încurajează statele membre să acorde prioritate programelor care sprijină tranziția către servicii bazate pe comunitate. Acest lucru este subliniat în

conformitate cu orientările și setul de instrumente GEE privind dezinstituționalizarea,⁶⁰ aprobate de Comisia Europeană.

Recent, Comitetul părților al Consiliului Europei pentru monitorizarea punerii în aplicare a Convenției de la Lanzarote (cunoscut și sub numele de Comitetul de la Lanzarote), în „Declarația Comitetului de la Lanzarote privind protecția copiilor aflați în îngrijire extrafamilială împotriva exploatarei sexuale și a abuzului sexual”, a solicitat tuturor (în prezent, 48) statelor părți la Convenția de la Lanzarote *„să ia toate măsurile necesare pentru a dezvolta servicii comunitare adecvate și corespunzătoare pentru a consolida capacitățile familiilor ca alternativă la îngrijirea extrafamilială” și „să aplice următoarea prioritizare, după caz: (i) consolidarea și sprijinirea familiei; (ii) plasament familial; (iii) cazare independentă supravegheată pentru copiii mai mari sau alte forme de îngrijire neinstituțională; (iv) plasament în unități instituționale de mici dimensiuni; și (v) reformarea formatelor instituționale tradiționale către dezinstituționalizare și către tipurile de plasament în afara familiei menționate anterior, pentru a minimiza pericolul de victimizare prin abuz sexual”*⁶¹.

În Declarația comună privind drepturile copiilor cu dizabilități, Comitetul pentru drepturile copilului și Comitetul pentru drepturile copiilor cu dizabilități reamintesc că, în conformitate cu ambele convenții, statele părți au obligația de a adopta strategii specifice pentru dezinstituționalizare, cu termene specifice și bugete adecvate și cu o atenție specială acordată copiilor cu dizabilități intelectuale sau psihosociale și copiilor care necesită un nivel ridicat de sprijin, care sunt adesea expuși unui risc mai mare de instituționalizare⁶².

7. Îngrijirea alternativă de tip familial⁶³

Comentariul general 9 al CNUDC afirmă că rolul familiei extinse, care rămâne în continuare un pilon principal al îngrijirii copiilor în multe comunități și este considerată una dintre cele mai bune alternative pentru îngrijirea copiilor, trebuie consolidat și împuternicit pentru a sprijini copilul și părinții acestuia sau alte persoane care au grijă de copil. Recunoscând că familia de plasament este o formă acceptată și practică de îngrijire alternativă în multe state părți, este o realitate faptul că multe familii de plasament sunt reticente în ceea ce privește luarea în îngrijire a unui copil cu dizabilități, deoarece copiii cu dizabilități reprezintă adesea o provocare din cauza îngrijirii suplimentare pe care o pot necesita și a cerințelor speciale în ceea ce privește creșterea și educația fizică, psihologică și mentală a acestora. În plus, Comitetul și-a exprimat adesea îngrijorarea cu privire la numărul mare de copii cu dizabilități plasați în instituții și la faptul că instituționalizarea este cea mai frecventă opțiune de plasament în multe țări. Calitatea îngrijirii oferite, fie ea educațională, medicală sau de reabilitare, este adesea mult inferioară standardelor necesare pentru îngrijirea copiilor cu dizabilități, fie din cauza lipsei unor standarde identificate, fie din cauza lipsei de punere în aplicare și de monitorizare a acestor standarde. Instituțiile sunt, de asemenea, un cadru special în care copiii cu dizabilități sunt mai vulnerabili la abuzuri mentale, fizice, sexuale și alte forme de abuz, precum și la neglijare și tratament neglijent. Comitetul îndeamnă statele părți să utilizeze plasamentul într-o instituție doar ca măsură de ultimă instanță, atunci când și pentru perioada care este absolut necesară și doar atunci când este, în mod evident, în favoarea interesului superior al copilului. Acesta recomandă statelor părți să prevină utilizarea plasamentului într-o instituție doar cu scopul de a limita libertatea sau independența de mișcare a copilului. În plus, trebuie să se acorde atenție transformării instituțiilor existente, cu accent pe micile centre de îngrijire rezidențiale organizate în funcție de drepturile și necesitățile copilului, elaborării unor standarde naționale pentru îngrijirea în instituții și stabilirii unor proceduri riguroase de examinare și monitorizare pentru a asigura punerea în aplicare eficace a acestor standarde.

Orientările ONU privind îngrijirea alternativă a copiilor,⁶⁴ deși au un caracter neobligatoriu, oferă indicații privind îngrijirea alternativă de calitate a copiilor. În ciuda caracterului neobligatoriu, de la adoptarea lor în 2009, acestea au avut o mare influență, oferind, printre altele, definiții operaționale, de exemplu în ceea ce privește distincția dintre îngrijirea alternativă formală și informală și mediul pe care îl poate adopta îngrijirea alternativă, de la îngrijirea informală sau formală a rudelor, la plasament familial, îngrijire rezidențială în comunitate și traiul independent supravegheat⁶⁵. Orientările ONU se axează pe două principii: principiul necesității și principiul adecvării. Principiul necesității se referă la prevenirea intrării copiilor în sistemul formal de îngrijire. Acesta subliniază faptul că un copil trebuie să intre în îngrijire doar atunci când este necesar și în interesul superior al copilului. Principiul adecvării se referă la cea mai adecvată formă de îngrijire pentru acele cazuri în care îngrijirea alternativă este necesară și, în interesul superior al copilului.

Pe baza tuturor celor de mai sus, Comitetul Director pentru Drepturile Copilului (CDENF) al Consiliului Europei a constituit un comitet subordonat de experți privind drepturile și interesul superior al copilului în procedurile de separare a părinților și de plasament (CJ/ENF-ISE⁶⁶), care a fost însărcinat cu revizuirea legislației, a politicilor și a practicilor și cu elaborarea de standarde și/sau instrumente practice privind interesul superior al copilului în procedurile de limitare a responsabilităților părintești sau de plasament al copilului în îngrijire. CJ/ENF își pregătește, în prezent, rezultatul final (inclusiv recomandările către statele părți ale Consiliului Europei) și a publicat deja studii de fezabilitate cuprinzătoare privind un instrument juridic privind protecția interesului superior al copilului în situații de separare a părinților⁶⁷ și un instrument juridic privind protecția interesului superior al copilului în procedurile de drept intern ale autorităților publice de limitare a responsabilităților părintești sau de plasare a unui copil în îngrijire⁶⁸.

8. Copiii străzii

CNUDC observă că copiii cu dizabilități ajung adesea pe străzi din diverse motive, inclusiv din motive economice și sociale⁶⁹. Comitetul solicită statelor să ofere copiilor cu dizabilități care trăiesc și/sau muncesc pe străzi o îngrijire adecvată, inclusiv nutriție, îmbrăcăminte, locuință, oportunități educaționale, formarea deprinderilor de viață, precum și protecție împotriva diferitelor pericole, inclusiv exploatarea economică și sexuală. În această privință, este necesară o abordare individualizată care să țină seama pe deplin de necesitățile speciale și de capacitățile copilului⁷⁰.

9. Identificarea timpurie

De foarte multe ori, dizabilitățile sunt detectate destul de târziu în viața copilului, ceea ce îl privează de tratament și reabilitare eficiente. Identificarea timpurie necesită o conștientizare ridicată în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății, al părinților, al profesorilor, precum și al altor profesioniști care lucrează cu copiii⁷¹. Aceștia trebuie să fie capabili să identifice cele mai timpurii semne ale dizabilităților și să facă trimerile corespunzătoare pentru diagnosticare și gestionare. Prin urmare, Comitetul UN-CD recomandă statelor părți să instituie sisteme de identificare timpurie și de intervenție timpurie ca

parte a serviciilor lor de sănătate, împreună cu înregistrarea nașterilor și proceduri de urmărire a progresului copiilor identificați cu dizabilități la o vârstă fragedă⁷². Serviciile trebuie să fie atât comunitare, cât și la domiciliu și să fie ușor accesibile⁷³. După identificare, sistemele existente trebuie să fie capabile de intervenție timpurie, inclusiv tratament și reabilitare, oferind toate dispozitivele necesare care să permită copiilor cu dizabilități (temporare sau pe termen lung) să își atingă capacitatea funcțională deplină.

8. Intervenția timpurie pentru copiii cu dizabilități și prevenirea intrării în conflict cu legea

Copiii cu dizabilități prezintă un risc sporit de a intra în conflict cu legea și necesită servicii specializate care să le ofere asistență în stadiile incipiente și să prevină criminalitatea copiilor⁷⁴. Recomandarea Rec (2000) 20⁷⁵ a Consiliului Europei a recunoscut necesitatea intervenției prin servicii direcționate pentru copiii care sunt expuși riscului de a comite infracțiuni ce aparțin grupurilor vulnerabile de copii, inclusiv copiii cu dizabilități. Recomandarea solicită ca măsurile care vizează factorii de risc să acorde o atenție deosebită următoarelor aspecte:

- dificultăți de învățare/hiperactivitate/impulsivitate
- abuzul, neglijarea, destrămarea părinților și plasarea în instituții rezidențiale sau de asistență socială
- violența psihologică (*bullying*), absenteismul persistent, eșecul școlar și mediul școlar precar
- discriminare rasială, șomaj parental, deprivare pe termen lung;
- asocierea cu grupuri de colegi devianți, abuzul de substanțe, prostituția infantilă, cerșetoria și vagabondajul.

Recomandarea Rec (87) 20 a Consiliului Europei privind reacția socială la delincvența juvenilă⁷⁶ prevede ca statele să întreprindă sau să continue eforturile specifice pentru prevenirea inadaptării și delincvenței juvenile, în special:

- a. prin punerea în aplicare a unei politici globale de promovare a integrării sociale a tinerilor;
- b. prin acordarea unei asistențe speciale și prin introducerea unor programe specializate, cu titlu experimental, în școli sau în organizații de tineret sau sportive, pentru o mai bună integrare a tinerilor care se confruntă cu dificultăți grave, în acest domeniu;

Recomandarea REC (2003)20 privind noile modalități de abordare a delincvenței juvenile și rolul justiției juvenile⁷⁷ oferă o perspectivă contemporană asupra sistemului de justiție juvenilă, care trebuie să fie privit ca o componentă a unei strategii mai largi, bazate pe comunitate, de prevenire a delincvenței juvenile, care ia în considerare contextul mai larg al familiei, școlii, cartierului și grupului de colegi în care are loc infracțiunea. Recomandarea acordă o atenție deosebită părinților (sau tutorilor legali), care trebuie încurajați să conștientizeze și să își accepte responsabilitățile în ceea ce privește comportamentul delincvent al copiilor de vârstă mică și cărora trebuie să li se solicite, după caz, să participe la cursuri de consiliere sau de formare a părinților, să se asigure că copilul lor frecventează școala și să sprijine instituțiile oficiale în aplicarea sancțiunilor și măsurilor comunitare.

Recomandarea CM/Rec (2011) 12 privind drepturile copilului și serviciile sociale adaptate copiilor și familiilor⁷⁸ reiterează importanța dezvoltării serviciilor sociale pentru copii și familii, care trebuie să asigure protecția copiilor împotriva tuturor formelor de neglijare, abuz, violență și exploatare prin măsuri preventive, precum și prin intervenții adecvate și eficiente. Rolul furnizării de servicii sociale pentru copii și familii este de a proteja copiii vulnerabili prin prevenire și intervenție timpurie; trebuie

să existe servicii sociale specializate care să asigure intervenții de urgență imediate și să abordeze impactul negativ al experiențelor nefavorabile din copilărie și să ofere sprijin social și psihologic copiilor și familiilor acestora. Aceste servicii și/sau programe multidisciplinare trebuie să se bazeze pe evaluarea nevoilor individuale ale copiilor și, de preferință, pe intervenții bazate pe dovezi.

5. STANDARDE PROMIȚĂTOARE PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA

Având în vedere că copiii au dreptul la sănătate și bunăstare, care se aplică și atunci când aceștia sunt în conflict cu legea, și faptul că tulburările de sănătate mintală și tulburările de neurodezvoltare, precum și abuzul de substanțe pot contribui la delincvență, identificarea și tratarea copiilor trebuie să fie o prioritate a sistemului de justiție. Pentru a asigura și a susține dreptul copiilor la sănătate și bunăstare, sistemele de justiție trebuie să se angajeze în depistarea, evaluarea și tratamentul sănătății mintale și să asigure disponibilitatea acestor servicii în cadrul sistemului de justiție în cooperare cu alte sectoare, cum ar fi serviciile sociale și protecția sănătății

Următoarele secțiuni trec în revistă practicile promițătoare și actuale în fiecare dintre aceste domenii, pe baza interviurilor realizate cu profesioniști din țările selectate și a analizei cercetărilor disponibile.

5.1. Țările de Jos

5.1.1. Abordare generală și intervenție

În Țările de Jos, Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului este responsabil de politica generală pentru tineret și de majoritatea serviciilor specializate pentru familii și copii. Ministerul Securității și Justiției este responsabil de Comisia pentru îngrijirea și protecția copilului⁷⁹. Mai multe tipuri de furnizori de îngrijire oferă îngrijire specializată, coordonare a îngrijirii și îngrijire ulterioară pentru copiii aflați în conflict cu legea. Printre acestea se numără serviciile provinciale de îngrijire a tinerilor care oferă îngrijire specializată pentru tineri, cum ar fi sprijin ambulatoriu intensiv și sprijin pedagogic specializat la domiciliu pentru familiile cu probleme multiple, îngrijire semirezidențială, îngrijire rezidențială, îngrijire în plasament și îngrijire securizată. Alte tipuri de îngrijire specializată includ, de exemplu, îngrijirea sănătății mintale a tinerilor și îngrijirea tinerilor cu dizabilități mintale, precum și probațiunea pentru tineri ca măsură de protecție a copilului⁸⁰.

Comisia pentru protecția copilului (Comisia în textul următor) din Țările de Jos are rolul de a investiga situația și circumstanțele copiilor, inclusiv ale copiilor aflați în conflict cu legea. Comisia acționează în calitate de organism consultativ pentru Parchetul General și Tribunalul pentru minori. În cazul copiilor cu *tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea*, se utilizează, printre altele, diverse instrumente de depistare și diagnosticare. Comisia, în cooperare cu profesioniștii din domeniul sănătății, utilizează un instrument special [Analizor pentru inteligență și dificultăți de învățare (AIDI)]⁸¹ pentru a verifica prezența unor posibile dizabilități intelectuale. În cazul în care se identifică oricare dintre aceste dizabilități, tratamentul va fi ajustat în consecință.

Evaluarea individuală a copiilor suspecti este prevăzută în Codul de procedură penală olandez, care este aliniat la Directiva UE 2016/800⁸².

În cazul în care un copil este arestat și există o ordonanță de reținere a poliției, Comisia este informată de urgență. Comisia poate emite un raport de „ajutor timpuriu”, pe care procurorul îl ia în considerare înainte de a solicita arestarea preventivă. Raportul de asistență timpurie poate fi privit ca o evaluare individuală, axată în principal pe statisticile poliției și pe factorii de risc, despre școală, circumstanțele personale, cum ar fi locuința și informațiile cu privire la părinți. Această primă evaluare analizează evidențele de bază ale poliției: vârsta, victimizarea anterioară, circumstanțele familiale, vârsta primei infracțiuni etc. În total, sunt adunați aproximativ 21 de indicatori. Dacă mai mult de 7 indicatori sunt pozitivi, probabilitatea de recidivă este considerată mai ridicată. Evaluarea oferă un punctajele „ridicat/mediu/scăzut”, iar riscul scăzut va fi direcționat către biroul Halt (birourile Halt și serviciile acestora sunt modalități alternative de pedepsire a infractorilor minori pentru infracțiunile minore). Nivelurile de risc mediu și ridicat vor fi evaluate în continuare de către Comisie, prin utilizarea unui alt instrument de evaluare a riscurilor, mai cuprinzător, denumit „RITAX”.⁸³

Cazul va fi apoi trimis pentru o evaluare suplimentară, care este efectuată în timpul unei reuniuni multidisciplinare a părților interesate care discută cazul. Abordarea utilizată se numește „ZSM”, care este un acronim în olandeză pentru „cât mai curând, inteligent, selectiv și simplu posibil”. În cazurile în care copilul prezintă semne că ar fi afectat de probleme de sănătate mintală, Institutul de Psihiatrie și Psihologie Medico-Legală (NIFP) va evalua copilul. Atunci când este în joc privarea de libertate, se efectuează o Pro Justitia (care este un raport de evaluare psihiatrică⁸⁴) de către NIFP, în conformitate cu o abordare multidisciplinară. Una dintre sarcinile NIFP este întocmirea rapoartelor de evaluare psihiatrică, care au ca scop să examineze dacă un copil suspectat de comiterea unei infracțiuni are o tulburare mintală.

Procurorul sau judecătorul poate ordona NIFP să efectueze o astfel de evaluare. Procurorul sau judecătorul va solicita un raport Pro Justitia, în cazul în care este necesară includerea mai multor expertize și sunt necesare mai multe informații cu privire la starea psihică și la persoana suspectată, pentru luarea unei decizii în cazul respectiv.

Țările de Jos reprezintă un exemplu promițător de sistem cu un proces armonizat de evaluare individuală și un set de instrumente, diversificate în funcție de persoana specifică și de circumstanțele specifice. Protocoalele și instrumentele sunt, de fapt, adaptate și oferă mai multe variante în funcție de aspectele specifice identificate și explorate, inclusiv de starea psihică a copilului suspect:

- ⇒ Institutul de Psihiatrie și Psihologie Medico-Legală (NIFP) efectuează cercetări pentru un raport Pro Justitia atunci când un judecător sau procuror solicită examinarea stării psihice a suspectului. Pentru investigațiile de urgență, NIFP angajează un expert comportamental medico-legal, cunoscut și sub numele de raportor pro Justitia. Acesta poate fi un medic psihiatru sau un psiholog, care este înregistrat și a urmat formarea pentru a deveni raportor pro Justitia. În cazul tinerilor, NIFP va utiliza informațiile dintr-un instrument numit LIJ (Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtkenen) și raportul Comisiei pentru protecția copilului și viceversa.

Evaluările sunt disponibile pentru toți copiii presupuși, acuzați sau recunoscuți că au încălcat dreptul penal, dar pentru anumite grupuri de copii evaluările pot fi efectuate prin concentrarea asupra necesităților lor specifice și/sau pe comportamentul lor, ca în exemplele de instrumente de depistare utilizate, astfel cum sunt descrise mai jos:

- ⇒ AIDI: Un instrument de evaluare a dizabilităților mintale, cum ar fi un IQ scăzut/ridicat. AIDI nu face parte din instrumentul LIJ, dar chestionarele LIJ includ o întrebare privind evaluarea sau nu a AIDI⁸⁵.
- ⇒ J-SOAP: Protocolul de evaluare a delincvenților sexuali juvenili versiunea olandeză III (J-SOAP D) este o evaluare separată pentru copiii suspectați de infracțiuni sexuale. Protocolul estimează, în mod sistematic, riscul de recidivă al copiilor condamnați și necondamnați cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani, care au comis cel puțin o infracțiune sexuală directă. J-SOAP D este oferit prin intermediul Academiei de Medicină Legală în colaborare cu specialiștii în asistență medico-legală.
- ⇒ SDQ și SPSY: Instrumente de îngrijire și psihiatrice utilizate în psihiatrie. Acestea fac parte din instrumentul LIJ, dar nu sunt dezvoltate de Ministerul Justiției și Siguranței, deoarece sunt scale standardizate de clasificare internațională pentru evaluări psihologice.

Evaluarea care rezultă din punerea în aplicare a acestor instrumente este utilizată ca orientare în identificarea răspunsurilor, sancțiunilor și măsurilor: soluțiile pedagogice sunt adaptate la diferite cazuri, inclusiv pentru copiii cu dizabilități intelectuale și de învățare. Abordarea utilizată este orientată spre rețea, în care familiile și, de asemenea, rețeaua socială a copiilor joacă un rol important.

5.1.2. Acțiuni în primele 72 de ore (situații de urgență și de criză)

În primele 72 de ore de la arestarea/aducerea la o secție de poliție a unui copil, acesta va fi în detenție. Acțiunea va avea loc într-o secție de poliție, care este proiectată într-o manieră prietenoasă pentru copii. Ori de câte ori aceștia trebuie să meargă în detenție, aceștia vor fi trimiși la o instituție pentru minori. Aceste instituții au celule pentru o singură persoană și există facilități și programe destinate acestor copii, care sunt oferite deținuților. De asemenea, li se oferă educație. În orice alt caz decât cel al copiilor care trebuie să fie deținuți, serviciile care asigură îngrijirea copiilor vor găsi un loc adecvat pentru ca aceștia să poată sta, printre altele, pentru a se stabili psihologic. Una dintre celelalte opțiuni disponibile este consilierea de probațiune pentru tineri, prin care serviciul de probațiune pentru tineri, împreună cu copilul, elaborează un plan de abordare, care este în conformitate cu ceea ce necesită copilul și care se potrivește sănătății mintale a acestuia. Pentru copiii cu dizabilități intelectuale, există o instituție certificată separată (grupul William Schrikker) care oferă îndrumare⁸⁶. În plus, există Case de siguranță în care pot fi plasați copiii⁸⁷. Obiectivul principal al unei case de siguranță este creșterea siguranței publice cu o abordare multiinstituțională, pentru cazurile complexe. Principala formă de lucru în cadrul Casei este o reuniune de caz, în care se discută cazurile individuale, condusă de un președinte independent. Părțile sunt toate implicate în siguranța socială. Părțile care ar putea fi implicate sunt:

Poliția

- Procuratura
- Municipality
- Serviciile de probațiune și de îngrijire ulterioară
- Comisiile pentru îngrijirea și protecția copilului
- Serviciile penitenciare

- Instituțiile pentru consultații psihiatrice și îngrijire psihiatrică
- Diversele instituții pentru tratamentul dependenței și psihiatric
- Diversele instituții pentru bunăstare și servicii sociale

În ceea ce privește copiii cu probleme comportamentale complexe, care sunt condamnați la instituții de justiție pentru minori și care se află încă în situații de criză, sistemul olandez de justiție juvenilă oferă posibilitatea repartizării în așa-numitele „grupuri de trai special” fiind, în același timp, conștient de respectarea standardelor internaționale: detenția trebuie să fie aplicată doar ca ultimă soluție și pentru o perioadă cât mai scurtă de timp. Legea olandeză privind îngrijirea tinerilor⁸⁸, art. 4, prevede că „tinerii pot fi plasați într-un loc desemnat ca atare de către Ministrul securității și justiției:

- a. unitate de terapie intensivă, sau
- b. unitate de tratament intensiv, sau
- c. unitate de traiectorie individuală, sau
- d. unitate de observație.”

Acestea sunt unități din cadrul instituțiilor pentru minori. Un copil poate fi plasat într-o unitate de îngrijire intensivă dacă (art. 22 lit. a): a) minorul se află într-o situație de criză, b) situația de criză este probabil rezultatul unei tulburări psihiatrice sau al unei tulburări de personalitate și c) minorul nu poate rămâne temporar într-o altă instituție. Plasamentul va avea loc numai dacă acest lucru este necesar în scopul stabilizării și, dacă este necesar, al stabilirii unui diagnostic cu privire la copil. Directorul stabilește, în termen de cel mult șase săptămâni și după avizul unui medic psihiatru, dacă mai există necesitatea de a continua șederea copilului în unitatea de terapie intensivă. Un copil care a fost plasat într-o unitate de terapie intensivă va sta într-un grup de cel puțin două persoane.

Un copil poate fi plasat într-o unitate de traiectorie individuală (art. 22 lit. c) dacă: a) copilul necesită îndrumare individuală suplimentară; b) necesitatea de îndrumare individuală suplimentară este rezultatul unei tulburări de personalitate; și c) copilul nu poate rămâne în altă instituție. Șederea copilului are ca scop promovarea revenirii la un regim „regulat” sau a reintegrării copilului în societate. Un copil care a fost plasat într-un departament de traiectorie individuală va sta într-un grup de cel puțin două persoane. Directorul instituției în care copilul a fost plasat în departamentul de traiectorie individuală stabilește, în termen de cel mult șase luni și după ce a obținut avizul comitetului consultativ, dacă mai există necesitatea continuării șederii în departamentul de traiectorie individuală.

În plus, în conformitate cu art. 22 lit. d), ministrul justiției poate hotărî ca un copil, care face obiectul unui ordin de plasament într-o instituție pentru minori, să fie plasat pentru observare într-o unitate desemnată pentru o perioadă de cel mult șapte săptămâni. Această perioadă poate fi prelungită cu cel mult patru săptămâni suplimentare. După expirarea perioadei de observare, copilul se întoarce în instituția în care a fost plasat anterior, cu excepția cazului în care raportul de observare arată că este oportun transferul într-o altă instituție. Plasamentul pentru observare poate avea loc la cererea directorului instituției în care se află copilul, în următoarele cazuri: a) dacă există motive în acest sens

din punctul de vedere al tratamentului copilului; b) dacă acest lucru este considerat necesar în vederea elaborării unui aviz în vederea prelungirii măsurii.

5.1.3. Plasament familial (plasament familial de urgență)

De asemenea, în cazul în care un copil a săvârșit o faptă penală și, în timpul procedurii, se decide că copilul necesită ajutor, judecătorul în materie penală poate decide că acest ajutor poate fi mai bine asigurat (de exemplu) prin plasarea în plasament familial. În cazul în care copilul și părinții sunt în măsură să își dea consimțământul, aceștia pot beneficia de îngrijire în temeiul Legii privind tineretul⁸⁹ (servicii de sprijin pentru consolidarea abilităților parentale în vederea returnării copilului). În cele din urmă, dacă părinții sau copilul refuză îngrijirea, dar se decide că, în interesul copilului, este necesară o astfel de îngrijire, atunci poate fi emisă și pusă în aplicare o măsură de protecție a copilului. Punerea în aplicare a unui plasament familial poate fi decisă printr-un ordin de părăsire a locuinței sau prin încetarea autorității părintești. Organizarea planului de îngrijire a copilului în regim de plasament maternal/familial (de urgență) este realizată prin Legea privind tineretul. Urgența poate însemna o formă specifică de plasament imediat și pe termen scurt și/sau o procedură accelerată.

Plasamentul familial de urgență (în olandeză „crisispleegzorg”) este un exemplu de plasament familial pe termen scurt. În Țările de Jos, există familii de plasament specializate pentru acest tip de plasament de urgență. În principiu, un plasament familial de urgență durează 28 de zile, dar este posibilă o prelungire, atât timp cât este necesar. Profesioniștii din domeniul tineretului dau un aviz dacă copilul se poate întoarce sau nu acasă⁹⁰.

Autoritățile locale primesc fonduri de la guvernul central pentru punerea în aplicare a Legii privind îngrijirea tinerilor⁹¹. Autoritatea locală oferă serviciile contractate pentru tineri direct furnizorului de îngrijire a tinerilor. Există furnizori specifici de servicii de asistență maternală. În fiecare an, diferitele municipalități achiziționează diferite tipuri de servicii de îngrijire a tinerilor (cum ar fi asistența maternală) de la acești furnizori. Plasamentul maternal/familial (de urgență) este organizat prin emiterea unui ordin de plasament de către administrația locală sau medicul de familie. După emiterea acestui ordin, un furnizor de plasament contractat va începe organizarea plasamentului.

Atunci când se semnează un contract între asistenții maternali și furnizorii de servicii de plasament, asistenții maternali primesc dreptul la remunerație (în olandeză „pleegzorgvergoeding”) prin intermediul furnizorului de servicii de plasament. Remunerația pe care asistenții maternali o primesc ajută la acoperirea costurilor zilnice de îngrijire și educație. Cuantumul remunerației se bazează pe vârsta copilului adoptat. Remunerația nu este considerată un venit, în Țările de Jos, și asistenții maternali nu plătesc impozit pentru aceasta. Nu există niciun indiciu că există motive financiare pentru care persoanele devin asistenți maternali.

Recrutarea asistenților maternali este responsabilitatea administrației locale. Guvernul național ajută, de asemenea, acolo unde este posibil. Cu toate acestea, în Țările de Jos, în prezent, există o lipsă de asistenți maternali disponibili. Astfel, în fiecare an, furnizorii de servicii de plasament familial lansează o campanie națională pentru consolidarea capacităților de asistenți maternali.

Asistenții maternali beneficiază, de asemenea, de îndrumare corespunzătoare din partea furnizorilor de servicii de plasament, în perioada în care sunt asistenți maternali, dar și în pregătirea pentru a deveni asistenți maternali.

În general, în Țările de Jos există mai multe metode de coordonare intersectorială, dar din cauza diversității problemelor pe care le poate avea un copil, ar putea fi implicate multe organizații diferite.

În ceea ce privește participarea copilului, acesta are dreptul de a-și spune părerea în instanță, în cazul în care cauza ajunge în instanță și de a-i spune judecătorului ce este important pentru el, înainte de pronunțarea hotărârii. Judecătorul va lua în considerare acest lucru, în hotărârea sa.

5.2. Suedia

5.2.1. Abordare generală și intervenție

Măsurile puse în aplicare de către serviciile sociale sau bazate pe deciziile luate de acestea constituie cea mai dominantă formă de răspuns la infracțiunile săvârșite de copii în Suedia. Este de așteptat ca sistemul de justiție penală să coopereze cu serviciile sociale în ceea ce privește cazurile în care sunt implicați copii, fiind, de asemenea, în măsură să trimită tinerii infractori la serviciile sociale. Sistemul suedez de justiție pentru minori este un sistem unic în Europa, din acest punct de vedere, în ceea ce privește rolul predominant al Serviciilor sociale. Principiul fundamental care stă la baza acestui sistem este că toate măsurile trebuie să fie puse în aplicare pe baza necesităților individuale specifice și cu consimțământul persoanei care face obiectul măsurilor, inclusiv atunci când măsurile serviciilor sociale sunt aplicate ca răspuns la infracțiuni.

Deși este posibil să se pună în aplicare măsuri coercitive în cadrul serviciilor sociale, marea majoritate a măsurilor utilizate în ceea ce privește tinerii infractori se bazează pe participarea voluntară a copiilor în cauză, precum și a tutorilor legali ai acestora⁹².

În practică, acest lucru se traduce printr-o evaluare individuală efectuată în absolut fiecare caz, de către serviciile sociale ale municipalității. Fiecare municipalitate din Suedia (în total 290) are propriul consiliu municipal de servicii sociale, care se ocupă și de răspunsurile pentru copiii suspectați, acuzați sau recunoscuți că au încălcat legislația penală, inclusiv copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea⁹³.

Serviciile de plasament pentru copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea, atunci când sunt găsiți în situație de criză/situație de urgență, sunt găsiți în afara domiciliului și sunt lipsiți de îngrijirea părintească, care necesită îngrijire în afara domiciliului, sunt: o locuință de tip familial („familjehem”), o locuință de urgență/de scurtă durată („jourhem”), o locuință asistată („stödboende”), un cămin rezidențial de îngrijire („hem för vård eller boende”, HVB) sau un cămin rezidențial special pentru tineret („särskilt ungdomshem”). Copilul poate fi plasat în mod voluntar, în conformitate cu Legea privind serviciile sociale („socialtjänstlagen” [2001:453]) sau în mod obligatoriu, în conformitate cu Legea privind îngrijirea tinerilor („lagen” [1990:52] „med särskilda bestämmelser om vård av unga”, LVU).

- O locuință de tip familial este o locuință privată instituită de comitetul de asistență socială din municipalități, care acceptă copii pentru îngrijire și educație permanentă/continuă și a cărei activitate nu este gestionată profesional (Secțiunea 2, Capitolul 3 din Ordonanța privind serviciile sociale („socialtjänstförordning” [2001:937])).
- O locuință de urgență/de scurtă durată (plasament de urgență) se referă la o locuință privată care primește, în mod repetat, copii pentru îngrijire și educație temporară (Secțiunea 6, Capitolul 6 din Legea privind serviciile sociale).
- Un cămin rezidențial de îngrijire (HVB) se referă la mai multe tipuri diferite de instituții care lucrează în numele serviciilor sociale (Secțiunea 1, Capitolul 3 din Ordonanța privind serviciile sociale). HVB-urile pot fi administrate public sau privat. Un HVB nepublic trebuie să fie

autorizat de Inspectoratul pentru sănătate și asistență socială („Inspektionen för vård och omsorg”, IVO) în conformitate cu Secțiunea 1 Capitolul 7 din Legea privind serviciile sociale.

- Pentru îngrijirea copiilor care, din cauza comportamentului lor, conform Secțiunii 3 din Legea privind îngrijirea tinerilor, trebuie să fie supravegheați îndeaproape, există un tip special de HVB. Astfel de cămine rezidențiale speciale pentru tineri sunt administrate de Consiliul național suedez de îngrijire instituțională („Statens institutionsstyrelse”, SiS⁹⁴). Fiecare municipalitate este responsabilă de disponibilitatea locuințelor de tip familial, a locuințelor asistate și a locuințelor de îngrijire rezidențială (Secțiunea 2, Capitolul 6 din Legea privind serviciile sociale).

În căminele rezidențiale speciale pentru tineret ale SiS sunt plasați copii care au beneficiat deja îngrijire nerezidențială în comunitățile lor de origine sau îngrijire într-un centru de plasament de urgență sau într-un cămin rezidențial de tip deschis (cămin de îngrijire sau de reședință sau cămin HVB). Doar atunci când astfel de intervenții se dovedesc insuficiente, tinerii ajung la SiS. Motivele frecvente pentru plasament sunt abuzul de substanțe, activitatea infracțională și comportamentul violent sau perturbator. Ulterior, aceștia beneficiază de tratament suplimentar, fie în cadrul SiS, fie în alt cadru, de exemplu într-o locuință HVB. Uneori, serviciile sociale doresc ca căminul rezidențial special să evalueze problemele unui tânăr înainte de a lua o decizie privind îngrijirea și tratamentul ulterior. Această evaluare este efectuată de asistenți sociali, psihologi și profesioniști din domeniul educației, care descriu și evaluează nevoile tânărului și fac recomandări privind tratamentul ulterior.

În cazurile în care delincvenții juvenili sunt plasați în îngrijire obligatorie, atât atunci când nu au împlinit VMRP, cât și atunci când au între 15 și 20 de ani, în conformitate cu Legea privind îngrijirea copiilor (Prevederi speciale) (LVU),⁹⁵ serviciile sociale municipale pot solicita instanței administrative un ordin de îngrijire obligatorie, în cazul în care îngrijirea de care are nevoie tânărul în cauză nu poate fi asigurată (sau în cazul în care există o presupunere că această îngrijire nu poate fi asigurată) cu consimțământul tânărului (dacă acesta are vârsta de 15 ani sau mai mult) sau al tutorilor tânărului (dacă tânărul are sub 15 ani). Legea LVU subliniază obiectivul principal de a proteja copilul prin aceste măsuri de îngrijire obligatorie: utilizarea prevederilor acesteia ca răspuns la comportamentul infracțional este, prin urmare, concepută cu obiectivul principal de a preveni mai degrabă alte infracțiuni viitoare și de a oferi tratament în cazurile necesare, decât ca răspuns la infracțiune.

Este posibil ca consiliul local de asistență socială (președintele consiliului) să emită imediat un ordin de îngrijire obligatorie într-o situație acută și, ulterior, să solicite confirmarea ordinului de îngrijire, printr-o decizie a instanței administrative⁹⁶.

Îngrijirea obligatorie în temeiul Legii LVU nu are o durată prestabilită în timp, deoarece va fi încheiată numai atunci când nu mai există niciun motiv pentru a oferi acest tip de îngrijire. Astfel, monitorizarea și evaluările sunt efectuate, în mod periodic, la fiecare 6 luni.

Pentru copiii cu vârste cuprinse între 15 și 17 ani, care sunt condamnați la îngrijirea tinerilor în condiții de siguranță și care fac obiectul îngrijirii obligatorii, această măsură este furnizată în așa-numitele „cămine speciale/securizate” administrate de Consiliul național de îngrijire instituțională: o agenție guvernamentală suedeză independentă care oferă îngrijire obligatorie adaptată individual pentru copiii cu probleme psihosociale⁹⁷. Aceste cămine sunt instituții mici, de obicei, situate în zone rurale și cu un număr foarte mare de membri de personal raportat la numărul de rezidenți, care găzduiesc grupuri mici de copii (până la 21), care execută un ordin de îngrijire obligatorie, în urma unei condamnări pentru o infracțiune foarte gravă (săvârșită înainte de vârsta de 18 ani) și, de obicei, în combinație cu abuzul de substanțe sau alte comportamente distructive din punct de vedere social. Există 22 de cămine speciale/securizate în întreaga țară, 2 de înaltă securitate și 20 de securitate medie, dintre care unele includ, de asemenea, și instituții/spații deschise⁹⁸.

Atunci când copilul este admis într-un cămin securizat, se efectuează o evaluare imediată a securității, la nivelul sediului central, pentru a decide în ce reședință va fi acesta alocat. Ca etapă următoare, o echipă multidisciplinară de experți efectuează o evaluare a riscurilor-nevoilor-receptivității, care include teste psihologice, cognitive, medicale etc.

Durata șederii depinde de sentința primită de minor, care poate varia de la 14 zile la 4 ani, fără liberare condiționată. Se efectuează o monitorizare periodică, pentru a se evalua dacă nivelul de securitate permite transferul către o altă instituție cu o îngrijire mai puțin intruzivă. În timpul șederii, acești copii frecventează școala și li se oferă o varietate de programe de formare și reabilitare posibile, adaptate necesităților lor specifice și desfășurate de echipe multidisciplinare de profesioniști: privind gestionarea furiei, abilități sociale, abuz de droguri și alcool, printre altele. De asemenea, există un amplu program de tratament pentru agresorii sexuali.

Prin urmare, copiii sunt plasați într-o mai mare măsură în îngrijire rezidențială sau în cămine rezidențiale speciale pentru copiii care au săvârșit infracțiuni sau au probleme psihosociale grave⁹⁹. Anumiți copii cu antecedente penale semnificative în istoricul lor pot fi, de asemenea, luați sub observație și, în cazuri rare, chiar tratați în clinicile psihiatrice pentru copii din district¹⁰⁰.

Există mai multe instrumente de evaluare a situațiilor de urgență implementate în Suedia. „Barns behov i centrum”, BBIC, (care se traduce aproximativ prin „Nevoile copiilor în centrul atenției”) descrie o metodă de lucru pentru îngrijirea copiilor și tinerilor de către serviciile sociale. Acesta conține o structură pentru gestionarea, punerea în aplicare și urmărirea investigațiilor privind asistența socială a copiilor¹⁰¹.

În raportul „Metode standardizate de evaluare în investigațiile privind copiii și copiii din serviciile sociale”, Agenția suedeză pentru evaluarea tehnologiilor medicale și evaluarea serviciilor sociale (SBU) a cercetat care sunt analizele sistematice naționale și internaționale în care au fost studiate diferite metode standardizate de evaluare pentru copii și copiii din serviciile sociale. Printre altele, acesta menționează metodele de evaluare privind comportamentul care încalcă normele și criminalitatea, abuzul și dependența, precum și bolile mintale¹⁰².

5.2.2. Acțiuni în primele 72 de ore (situații de urgență și de criză)

Atunci când copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea sunt găsiți în situație de criză/situație de urgență, sunt găsiți în afara domiciliului și sunt lipsiți de îngrijire părintească în primele 72 de ore (copiii cu vârsta de peste 15 ani, care sunt suspectați de o infracțiune) pot fi reținuți de către autoritatea de poliție, în centrul de detenție al unei secții de poliție. Reținerea poate fi realizată numai dacă copilul este suspectat de o infracțiune gravă și dacă nu poate fi asigurată o supraveghere în condiții de siguranță (prin intermediul serviciilor sociale) în niciun alt mod. În cazul în care copilul nu este reținut, acesta poate fi plasat de serviciile sociale într-unul dintre centrele rezidențiale de plasament menționate mai sus. Atunci se oferă asistență/servicii imediate. Toți copiii au dreptul la sprijinul de care au nevoie din partea serviciilor sociale și de sănătate. Unii copii au dreptul la sprijin special în conformitate cu Legea privind sprijinul și serviciile pentru anumite persoane cu dizabilități (LSS)¹⁰³.

Profesioniștii care furnizează aceste servicii sunt asistenții sociali, profesioniștii din domeniul sănătății sau profesioniștii din domeniul plasamentelor rezidențiale.

5.2.3. Plasament familial (plasament familial de urgență)

Un plasament familial de urgență este pus în aplicare și finanțat prin intermediul municipalităților. Consiliul de asistență socială din cadrul municipalității trebuie să asigure formarea necesară pentru persoanele pe care consiliul intenționează să le angajeze pentru îngrijirea copiilor în locuințele de tip familial sau în locuințele de urgență, în conformitate cu Secțiunea 6 c, Capitolul 6 din Legea privind serviciile sociale. Există mai multe programe de formare pentru locuințele de tip familial, care au fost dezvoltate la nivel național, de exemplu schema „*Un cămin în care să crești*”, care este o formare de bază pentru locuințele de tip familial și locuințele de urgență/de scurtă durată. În astfel de programe de formare, există, de asemenea, secțiuni privind copiii cu dizabilități¹⁰⁴.

Locuințele de tip familial, asistența maternală de urgență/de scurtă durată pot fi specializate în diferite moduri, de exemplu tulburări de sănătate mintală sau abuz de substanțe. În conformitate cu secțiunea 18 din Ordonanța privind investigațiile preliminare (1947:948), interogatoriile cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 18 ani trebuie să fie efectuate de o persoană cu competențe speciale pentru această sarcină. În cazul în care declarația unui copil are o importanță decisivă pentru investigație, în cazul în care se constată că aceasta este importantă în ceea ce privește vârsta și dezvoltarea copilului și natura infracțiunii, o persoană cu competențe speciale în psihologia copilului sau în psihologia interogatoriului trebuie să asiste la interogatoriu sau să emită un avis cu privire la valoarea declarației copilului (Secțiunea 19 din Ordonanța privind investigațiile preliminare).

Planul individual coordonat este reglementat în Legea privind serviciile sociale și în Legea privind sănătatea și asistența medicală. Un plan individual coordonat clarifică distribuirea responsabilităților

între serviciile sociale și sistemul de sănătate atunci când este nevoie de sprijin din partea ambelor. Scopul planului este de a se asigura că persoana/copilul este implicat în luarea deciziilor privind serviciile care îi vor fi furnizate, precum și de a oferi o imagine de ansamblu a serviciilor de îngrijire și sprijin și de a se asigura că eforturile rămân coordonate și bazate pe ceea ce funcționează cel mai bine pentru persoană/copil. Există, de asemenea, reglementări privind implicarea serviciilor sociale atunci când un copil a săvârșit o infracțiune.

Cazurile sunt înregistrate la autoritatea respectivă (servicii sociale, poliție, procuratură etc.), dar nu pot fi căutate/divizate în grupuri de copii cu dizabilități, boli mintale și abuz de substanțe.

În cazul copiilor migranți/refugiați/solicitanți de azil sau al copiilor de altă origine etnică decât majoritatea populației țării, care vin în Suedia fără părinți sau fără un reprezentant al familiei sau în cazul în care astfel de adulți decedează sau dispar după sosire, copilul va fi, în general, alocat unui reprezentant, care este responsabil să îl asiste, îndeplinind sarcinile de tutore și custode. De exemplu, un astfel de reprezentant va fi prezent atunci când copilul intră în contact cu autoritățile, cum ar fi Agenția Suedeză pentru Migrație sau serviciile sociale și se va ocupa de contactele cu școala și va ajuta copilul să facă programări atunci când este necesar, de exemplu, la medic, dentist sau psiholog. În rest, grupurile de copii menționate în întrebare au aceleași drepturi ca și ceilalți copii aflați în aceste situații. Trebuie să se facă adaptări corespunzătoare pentru copiii cu dizabilități, care pot include accesul fizic în instanță și în alte clădiri, sprijin pentru copiii cu dizabilități psihosociale, asistență privind comunicarea și citirea documentelor și adaptări procedurale pentru mărturii. Copiii cu dizabilități intelectuale, autism sau alte dizabilități majore care cauzează multe dificultăți în viață au dreptul de a solicita sprijin și servicii speciale în conformitate cu Legea privind sprijinul și serviciile pentru anumite persoane cu dizabilități (LSS). Aceasta ar putea fi, de exemplu, plasarea într-o reședință, dar cu furnizarea unui serviciu specializat în ceea ce privește o anumită dizabilitate.

5.3. Germania

5.3.1. Abordare generală și intervenție

În prezent, în Germania există un proiect în curs de desfășurare pentru practicienii din domeniul serviciilor sociale și al sănătății mintale, care vizează protecția copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sau a celor aflați în conflict cu legea.

Protecția copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sau a celor aflați în conflict cu legea este pusă în aplicare prin Legea federală privind protecția copiilor, care înlocuiește Codul social și care recunoaște, în mod explicit, copiii și adolescenții ca având propriile lor drepturi¹⁰⁵. Secțiunea 1 codifică dreptul tinerilor de a „primi sprijin pentru dezvoltarea și creșterea și educația lor, pentru a deveni persoane independente și competente din punct de vedere social.” Pentru a pune în aplicare acest drept, birourile de asistență socială pentru tineret trebuie, printre altele, să protejeze bunăstarea minorilor de orice prejudiciu¹⁰⁶.

În funcție de stadiul lor de dezvoltare, copiii trebuie să fie implicați în deciziile birourile de asistență socială pentru tineret, care îi privesc¹⁰⁷. Aceștia trebuie să fie informați cu privire la drepturile lor în cadrul procedurilor administrative, al instanței pentru familie și al instanței administrative. În mod special, în situații de criză și conflict, aceștia au dreptul la consiliere fără notificarea persoanei care are custodia copilului, în cazul în care notificarea este considerată ca fiind potențial contradictorie cu scopul consilierii¹⁰⁸.

În cazul în care birourile de asistență socială pentru tineret dețin informații credibile care indică un risc pentru bunăstarea unui copil sau adolescent, acestea trebuie să evalueze riscul în cooperare cu personalul profesionist¹⁰⁹. Atât timp cât aceasta nu pune în pericol siguranța copilului, tutorele, precum și minorul trebuie să fie implicați în evaluare. În cazul în care tutorii nu pot sau nu doresc să participe la evaluarea riscurilor sau în cazul în care birourile de asistență socială pentru tineret consideră necesară implicarea instanței pentru familie, acestea trebuie să introducă o acțiune în fața instanței¹¹⁰. În cazul în care există un pericol iminent și nu se poate aștepta decizia instanței, birourile de asistență socială pentru tineret trebuie să ia minorul în custodie¹¹¹. În cazul în care este necesară o acțiune imediată, iar tutorii nu cooperează, biroul de asistență socială pentru tineret poate implica alte instituții, cum ar fi serviciile de sănătate sau poliția¹¹².

Atunci când poliția prinde copii care au peste 12 ani și care sunt suspectați de a avea tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aceasta informează de urgență serviciile sociale. Serviciile sociale analizează imediat situația copilului, comportamentul riscant și starea mentală a acestuia. Acestea caută mai întâi familia copilului, dacă aceasta poate fi găsită și dacă poate proteja suficient copilul și poate avea grijă de acesta. În același timp, se deschide pe cale

administrativă un caz de anchetă pentru copil și, în acest context, se iau în considerare nevoile imediate ale copilului.

Copiii cu vârsta de peste 15 ani pot fi interogați de către poliție în urma unui raport pozitiv al asistenților sociali. În cazul în care copilul este suspectat de a avea tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sau se află în conflict cu legea, este informată Unitatea de servicii pentru situații de criză din cadrul serviciilor sociale și aceasta preia cazul. Această unitate lucrează 24 de ore din 24, 7 zile pe săptămână și efectuează trimiterile necesare pentru copil. Poate fi vorba de plasarea unui copil în detenția SiS sau eliberarea către familie, dacă aceasta poate fi găsită sau trimiterea la tratament psihiatric de urgență în instituții psihiatrice.

5.3.2. Acțiuni în primele 72 de ore (situații de criză de urgență)

În primele 72 de ore, un copil cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sau care se află în situații de criză de urgență sau în conflict cu legea poate fi plasat de către serviciile de protecție socială în următoarele plasamente: spital de psihiatrie dacă evaluarea unui medic psihiatru este în favoarea acestui plasament și este în interesul superior al copilului, sau într-un Cămin de criză, pentru o perioadă scurtă de timp. Căminul de criză dispune de o echipă de asistenți sociali și personal medical care oferă servicii și tratament pentru copil.

În cazul în care copilul este internat într-un spital de psihiatrie și părinții nu sunt disponibili, grija pentru interesul copilului este încredințată serviciilor de protecție socială. Copilul poate primi tratament medical de urgență la început, dar medicația după aceea este voluntară și nu este în niciun caz impusă copilului, în conformitate cu Legea privind bolile psihiatrice.

5.3.3. Plasament familial (plasament familial de urgență)

După căminul de urgență sau spitalul de psihiatrie, un copil poate fi plasat timp de 3 până la 6 luni într-o familie de plasament de urgență (profesionistă) specializată pentru găzduirea copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe sau aflați în conflict cu legea¹¹³. Într-o familie de plasament profesionistă, cel puțin unul dintre asistenții maternali este asistent social, profesor sau pedagog social calificat¹¹⁴. Adesea, copiii cu nevoi speciale și probleme de sănătate mintală sunt plasați în acest tip de servicii. Birourile de asistență socială pentru tineret și, în unele regiuni, organizațiile voluntare fără scop lucrativ, au început să ofere formare, consiliere și ateliere pentru asistenții maternali și, uneori, și pentru copii, pentru a-i ajuta să facă față situației lor.

Famiiliile de plasament trec printr-un proces de formare și licențiere, iar activitatea acestora este monitorizată de serviciile de protecție socială. Finanțarea sistemului de plasament se face prin intermediul statului.

5.4. Regatul Unit

5.4.1. Abordare generală și intervenție

Atunci când copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare, abuz de substanțe sau copiii aflați în conflict cu legea, în situații de urgență/criză, lipsiți de îngrijire părintească, sunt reținuți de poliție, în funcție de situația copilului și de gravitatea infracțiunii comise, poliția poate emite o măsură sau poate trimite cazul la Serviciul de Procuratură al Coroanei, iar problema poate ajunge în instanță.

Copiii aflați în custodia poliției vor fi evaluați în funcție de riscul la care se expun și se va decide dacă reținerea este în interesul lor superior, în special în următoarele cazuri¹¹⁵:

- Copil care se confruntă cu probleme sau afecțiuni de sănătate fizică sau mintală, în special tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), tulburare de comportament sau depresie;
- Copil care necesită medicație regulată;
- Copil care s-a autumilitat sau a încercat să se sinucidă anterior;
- Copil care are probleme de abuz de substanțe.

În același timp, atunci când are loc arestarea, un adult adecvat trebuie să fie prezent cu copilul pentru a-i proteja drepturile. Acest adult poate fi un părinte sau o rudă; în cazul copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea, care sunt în situații de urgență/criză, lipsiți de îngrijire părintească, adultul adecvat este mai degrabă o persoană cu experiență sau formată în îngrijirea acestora, decât o rudă care nu are astfel de calificări. Imediat, după apelul pentru adultul adecvat, care prezintă poliției situația copilului, poliția va face trimiteri către serviciile sociale și profesioniștii din domeniul medical¹¹⁶.

În cazul în care infracțiunea este de o gravitate mai mică și în cooperare cu serviciile sociale și profesioniștii respectivi din domeniul sănătății, care consideră că colaborarea cu copilul este stabilă ca fiind posibilă și adecvată, poliția poate emite și furniza copilului un Contract de comportament acceptabil, care va încerca să modifice comportamentul copilului. Copilul și părinții acestuia sau tutorele desemnat de către biroul de protecție socială vor fi respondenții contractului. Orice încălcare a contractului va duce la emiterea unui ordin de comportament antisocial¹¹⁷.

Ordinul privind comportamentul antisocial este un memorandum care impune copilului să se conformeze condițiilor stabilite, de exemplu, i se poate interzice să meargă în anumite locuri publice. Acesta poate fi dat oricărei persoane care are cel puțin 10 ani și a provocat alertă, suferință sau hărțuire¹¹⁸.

Ordinele privind comportamentul antisocial pot fi însoțite de ordine de sprijin individual. Aceste ordine impun copilului să participe la ședințe de terapie, în fiecare săptămână, pentru a-și îmbunătăți comportamentul și pentru a aborda problemele de sănătate mintală. De obicei, acestea durează până la șase luni.

Atunci când copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, în situații de urgență/criză, lipsiți de îngrijire părintească, au săvârșit infracțiuni grave, aceștia pot fi plasați în Căminele securizate pentru copii. Căminele securizate pentru copii sunt cele mai mici și mai evident terapeutice dintre mediile de justiție pentru tineri, cu un număr mai mare de membri de personal raportat la numărul de copii - de aproximativ 1:2¹¹⁹ - decât alte forme de custodie și găzduiesc în medie 17 copii¹²⁰. Acestea sunt destinate copiilor cu vârste cuprinse între 10 și 17 ani, deși pentru copiii care nu au împlinit vârsta de 13 ani este necesară aprobarea Secretarului de Stat pentru Educație.

Există paisprezece cămine securizate pentru copii în Anglia și una în Țara Galilor, iar acestea pot găzdui un total de 120 de copii pe motive de justiție pentru tineret. Treisprezece sunt administrate de autoritățile locale, în timp ce unul (Centrul Securizat St Catherine) este administrat de o organizație caritabilă și toate sunt inspectate de Ofsted, de două ori pe an, în conformitate cu Cadrul comun de inspecție al asistenței sociale. Copiii pot fi plasați în cămine securizate pentru copii, în așteptarea unui proces sau după pronunțarea unei sentințe, astfel cum este descris mai sus, dar, în plus, aceștia pot fi plasați acolo și de autoritățile locale din motive de bunăstare.

5.4.2. Acțiuni în primele 72 de ore (situații de urgență, de criză)

Pentru ca un copil să fie plasat într-un cămin securizat pentru copii, serviciile sociale vor trebui să se adreseze instanței și să solicite un Ordin de plasament securizat, în temeiul articolului 25 din Legea privind copiii, care le permite să facă acest lucru. În situații de urgență și de criză, o autoritate locală poate aproba un plasament securizat, pentru un interval de până la 72 de ore, într-o perioadă de 28 de zile, fără aprobarea instanței. Instanța poate autoriza un Ordin de plasament securizat pentru o perioadă de cel mult trei luni la prima cerere și îl poate prelungi apoi cu până la șase luni în cazul cererilor ulterioare.

Un Ordin de plasare securizată poate fi emis numai pentru un mediu securizat, care a fost aprobat de către Secretarul de Stat pentru Educație pentru reținerea copiilor.

Atunci când serviciile sociale, profesioniștii din domeniul medical și procuratura sau instanța apreciază că este în interesul superior al copilului, acesta poate fi reținut în temeiul Legii privind sănătatea mintală din 1983¹²¹.

Legea privind sănătatea mintală¹²² este legislația care se aplică pentru a reține copiii în siguranță în secțiile de psihiatrie, dacă este necesar. Pentru a reține orice persoană în temeiul acestei legi, este necesar să se demonstreze că aceasta suferă de o tulburare mintală care necesită tratament spitalicesc sau evaluare și că, în lipsa acestuia, reprezintă un risc pentru propria siguranță sau pentru cea a altor persoane. Secțiunea 2 din această Lege permite ca o persoană să fie reținută pentru o perioadă de până la 28 de zile pentru evaluare, iar Secțiunea 3 permite ca aceasta să fie reținută pentru o perioadă de până la 6 luni pentru tratament. Pentru ca un copil să fie „supus secțiunii”, acesta trebuie să fie examinat de către un profesionist autorizat în domeniul sănătății mintale (care este, de obicei, dar nu întotdeauna, un asistent social) și de doi medici psihiatri - dintre care unul trebuie să aibă o specializare în sănătatea mintală a copilului. În caz de urgență, pacienții pot fi reținuți pentru o perioadă de până la 72 de ore în temeiul Secțiunii 4, dacă este disponibil un singur medic¹²³.

O altă secțiune a legii utilizată în mod obișnuit este s136, care permite unui agent de poliție să ducă sau să rețină o persoană într-un loc sigur pentru o perioadă de până la 24 de ore, în cazul în care persoana respectivă pare să sufere de o tulburare mintală și necesită îngrijire sau control. Există, de asemenea, mai multe Secțiuni ale legii care sunt cunoscute ca „secțiuni criminalistice”, deoarece se referă la persoanele implicate în sistemul de justiție penală. Acestea permit instanței să trimită o persoană la spital pentru evaluare sau tratament înainte de proces, să trimită o persoană la spital în loc de închisoare sau să fie transferată de la închisoare la spital.

Este, de asemenea, posibil ca copiii să se afle în secții de boli mintale, în mod „informal”, atunci când ei sau părinții lor au consimțit ca ei să se afle acolo.

Există mai multe tipuri de secții de sănătate mintală care acceptă numai copii care au fost reținuți în temeiul Legii privind sănătatea mintală:

- Unități psihiatrice de terapie intensivă (care nu trebuie să fie utilizate pentru mai mult de 8 săptămâni, la un moment dat, pentru cei care prezintă tulburări comportamentale pe termen scurt sau pentru cei care sunt evaluați înainte de a fi mutați într-o unitate pe termen lung sau de a se întoarce acasă)
- Unități de securitate medie (pentru cei care prezintă cel mai mare risc pentru ei înșiși și pentru ceilalți și care este posibil să fi săvârșit infracțiuni grave)
- Unități de securitate redusă (pentru persoanele care prezintă un risc mai scăzut, dar totuși semnificativ, pentru propria siguranță sau cea a celorlalți).

5.4.3. Plasament familial (plasament familial de urgență)

Plasamentul copiilor care nu au părinți prezenți sau ai căror părinți nu pot fi găsiți se realizează într-un plasament familial de urgență. În cazul copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, în situații de urgență/criză, lipsiți de îngrijire părintească, plasamentul se realizează prin intermediul Plasamentului familial terapeutic pentru copii cu probleme de sănătate mintală¹²⁴.

Acesta este un tip specializat de plasament familial realizat de îngrijitori care au urmat o formare specializată în diferite nișe terapeutice pentru a avea grijă de copiii care se confruntă cu probleme emoționale, sociale, medicale și comportamentale semnificative. Plasamentul familial este asigurat de agenții independente de plasament familial, care sunt înregistrate și certificate de Ofsted (Biroul pentru standarde în educație, servicii pentru copii și competențe). Plasamentul familial este sprijinit financiar de consiliile locale.

5.5. Macedonia de Nord

Deși Macedonia de Nord este o țară mică aflată încă în procesul de aderare la UE, aceasta are un sistem de plasament puternic dezvoltat și un sistem de cămine pentru grupuri mici, care a fost introdus ca parte a reformei ample de dezinstituționalizare care a avut loc în 2019.

5.5.1. Abordare generală și intervenție

Copiii aflați în conflict cu legea care au tulburări mintale și de neurodezvoltare și/sau abuzează de substanțe și sunt în situații de urgență sau lipsiți de îngrijire părintească, li se oferă servicii printr-o abordare multidisciplinară și multisectorială. Atunci când copiii intră în atenția poliției și sunt aduși la o secție de poliție, este efectuată o evaluare de urgență a riscurilor și necesităților acestei categorii de copii de către un asistent social, care este solicitat de poliție și de un profesionist din domeniul sănătății. Asistentul social implică întotdeauna un profesionist din sectorul sănătății în evaluarea copilului. În funcție de evaluare și de constatări, se acordă tratamentul medical adecvat.

5.5.2. Acțiuni în primele 72 de ore (situații de criză de urgență)

În primele 72 de ore, copiii care au tulburări mintale și de neurodezvoltare și/sau abuzează de substanțe și sunt în situații de urgență și sunt lipsiți de îngrijirea părintească, pot fi plasați, în conformitate cu Legea privind protecția socială, în:

- În cazurile în care infracțiunea este de mai mică amploare și în urma evaluării medicale de către profesioniști, se apreciază că un copil poate fi plasat în asistență maternală, copilul este plasat în:
 - plasament familial în „plasament familial specializat” (care este, de asemenea, prevăzut de Legea privind justiția pentru copii) și în „plasament familial de intervenție” - Centrul de sprijinire a asistenților maternali selectează familii pentru plasament familial/asistenți maternali din cele generale, în funcție de predispozițiile personale ale acestora și îi formează suplimentar pentru a dobândi cunoștințe și competențe pentru protecția pe termen scurt a acestei categorii de copii, adică până când se găsește o formă mai permanentă de îngrijire.
- În situațiile în care infracționalitatea este mai gravă și starea de sănătate a unui copil o cere, un copil poate fi plasat într-o instituție pentru copii, unde îngrijirea este organizată într-un mod apropiat de traiul în familie. Copiii din aceste instituții beneficiază de tratament medical din partea instituțiilor de sănătate (Institutul pentru Sănătate Mintală - Skopje și Bitola și Psihiatria pentru Copii - Skopje).

În timp ce se află în plasament familial sau în instituția pentru copii, copilul primește ajutor psihosocial și sprijin din partea unui profesionist (psiholog, pedagog sau asistent social), precum și tratament medical adecvat (medic psihiatru generalist și/sau specialist/pediatric). Pentru copiii cu tulburări de sănătate mintală, centrul de sănătate mintală și Psihiatria pentru Copii sunt, cel mai adesea, utilizate ca resursă și ca furnizor autorizat de servicii sociale. În plus, programele de protecție a copilului sunt inițiate în același timp în care copilul este plasat și primește tratament medical¹²⁵.

5.5.3. Plasament familial (plasament familial de urgență)

Statul finanțează plasamentul familial și, în funcție de statutul material și social, există posibilitatea ca părintele/părinții să participe parțial sau integral. În țară, există 3 centre regionale de sprijinire a asistenților maternali, care recrutează, în mod periodic și continuu, asistenți maternali prin intermediul unor campanii. Asistenții maternali beneficiază de formare generală și specializată.

Capacitățile (cunoștințe și aptitudini) profesioniștilor care lucrează cu categoria indicată de copii sunt consolidate în cadrul fiecărui sector în parte: centrele de asistență socială din cadrul licențierii prin intermediul Platformei e-Learning gestionate de Institutul de Cercetări Sociale; poliția prin intermediul Centrului de Formare al Ministerului Afacerilor Interne; judecătorii și procurorii prin intermediul Academiei pentru Judecători și Procurori.

5.6. Alte practici promițătoare din țările membre ale Consiliului Europei

„Abordarea dialogului deschis pentru psihoza acută”¹²⁶ este o practică dezvoltată în Finlanda în care deciziile privind îngrijirea sunt luate în prezența persoanei și a rețelilor mai largi ale acesteia. Practica este prezentată ca o alternativă la spitalizare, în special atunci când este practică ca intervenție la domiciliu sau în cadrul comunității. Acest model pune accentul pe sprijinul în baza dorințelor și preferințelor persoanei și a modului în care aceasta preferă să își încadreze experiența de suferință și, prin urmare, este considerat o alternativă la măsurile involuntare sau conduce la reducerea probabilității acestora.

Furnizorii de servicii urmăresc să faciliteze „reuniuni în rețea” periodice între persoana în cauză și rețeaua sa imediată de prieteni, îngrijitori sau familie și membri ai echipei medicale. Un accent deosebit se pune pe transparență în planificarea tratamentului, iar procesele decizionale urmăresc să respecte voința și preferințele persoanei, ferite de influențe nejustificate. Un astfel de sprijin permite persoanei să își păstreze capacitatea juridică și să ia decizia finală privind, de exemplu, tratamentul său, după schimburi și reflecții în cadrul grupului.

Introducerea modelului de Dialog deschis în sistemele de îngrijire ale țărilor poate avea loc în două domenii majore - dezvoltarea unei culturi a comunicării prin dialog în rândul personalului, al utilizatorilor serviciilor, al membrilor familiei și al altor membri ai rețelei sociale a persoanei și organizarea unor echipe de tratament multidisciplinare la nivelul comunității, care să furnizeze, în principal, servicii în ambulatoriu.

În Danemarca, Noua Zeelandă, Norvegia și Statele Unite ale Americii există un model de plasament familial numit „Asistență maternală pentru tratament” pentru tinerii cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani, care vizează copiii care manifestă un comportament delinquent și au nevoi complexe suplimentare.

Tinerii sunt plasați într-o „familie de asistență maternală pentru tratament” care a urmat formarea după modelul TFCO-A, pentru o perioadă care durează, de obicei, între 9-12 luni¹²⁷. TFCO-A este o intervenție bazată pe echipă, care lucrează cu tânărul, cu asistentul maternal, cu familia naturală, cu școala și cu locul de plasament ulterior. TFCO își propune să crească abilitățile sociale, emoționale și relaționale ale unui tânăr și, prin urmare, să reducă necesitatea unor noi comportamente problematice și antisociale. Principalul mod în care se realizează acest lucru este prin:

- Asigurarea unei supravegheri atente.
- Oferirea de oportunități multiple pentru feedback și consolidare.
- Asigurarea unui mediu receptiv, cald și previzibil.
- Oferirea unei structuri zilnice cu limite corecte și consecvente pentru comportamentele inadecvate.
- Tinerii au o relație de susținere cu cel puțin un adult care le este mentor.
- Expunerea mai redusă a tinerilor la colegi cu probleme similare.

Asistența maternală pentru tratament multidimensional¹²⁸ este o abordare pentru lucrul cu copiii și familiile care necesită un nivel ridicat de sprijin din cauza nivelurilor ridicate de abuz și neglijare, a problemelor grave de sănătate mintală și comportamentale și a problemelor de delincvență juvenilă. MTFC este considerat a fi un program bazat pe dovezi în baza studiilor clinice randomizate care au fost utilizate pentru evaluarea programului. Există versiuni ale programului MTFC specifice dezvoltării, pentru preșcolari cu vârste cuprinse între 3-5 ani, copii de vârstă școlară și adolescenți. Programul este destinat a fi utilizat pentru copiii din centrele de plasament și din programele de justiție pentru tineri ca o alternativă la plasamentele mai restrictive și ca o abordare care permite copiilor și tinerilor să beneficieze de servicii în contextul realist al unui cadru familial, rămânând în același timp în comunitățile în care trăiesc. Deși MTFC a fost dezvoltat inițial în Oregon, SUA, programul a fost implementat cu succes în peste 50 de locații din Statele Unite, precum și în peste 15 locații din Anglia și 20 de locații din Norvegia, Danemarca, Suedia, Țările de Jos și din alte părți ale Europei. Programele MTFC, care recrutează și formează asistenți maternali, au două obiective principale: reducerea comportamentului deviant și creșterea comportamentului prosocial. Programul de tratament include cooperarea formalizată între o echipă de tratament și părinții naturali ai tânărului, școală, serviciile de petrecere a timpului liber și serviciile sociale. Asistenții maternali oferă tânărului un mediu de viață structurat și terapeutic și beneficiază de supraveghere și sprijin zilnic din partea unui manager de caz al programului. O listă de verificare (PDR, Lista de verificare a asistentului maternal privind raportul zilnic) este utilizată zilnic pentru a măsura problemele de comportament ale tânărului. Această listă de verificare este completată de asistenții maternali și comunicată în cadrul unui scurt apel telefonic. PDR permite echipei de tratament să urmărească comportamentul tânărului și să dezvolte un curs de tratament în funcție de această evoluție. Asistenții maternali pot avea în plasament un singur copil, la un moment dat. Părinții tânărului sunt implicați în conturarea planului de tratament și participă la terapia de familie.

6. LEGISLAȚIE ȘI PRACTICĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA PENTRU ASISTAREA COPIILOR CU TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURĂRI DE NEURODEZVOLTARE ȘI ABUZ DE SUBSTANȚE AFLAȚI ÎN CONFLICT CU LEGEA

Prin prisma reformei sociale și de sănătate în curs de desfășurare în Republica Moldova pentru a îmbunătăți serviciile de asistență oferite copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, un caz al unui copil V.I. împotriva Republicii Moldova¹²⁹ a ridicat numeroase preocupări și servește drept bază pentru prezentul Studiu.

În speță, calvarul copilului V.I. a început la vârsta de 13 ani, când acesta a fost lăsat fără îngrijire părintească. În urma închiderii unui internat unde era plasat, acesta a fost apoi transferat, în mod eronat, la Spitalul de Psihiatrie Codru, sub pretexte false. În ciuda protestelor sale, acesta a fost reținut împotriva voinței sale, supus unei medicații psihiatrice severe fără consimțământ informat și a suferit tratamente degradante, inclusiv plasarea în secția pentru adulți a unității, cu mâinile legate.

Copilul a fost plasat în tratament psihiatric la Spitalul de Psihiatrie Codru, din iunie până în noiembrie 2014, unde a suferit, printre altele, acte de violență și potențiale abuzuri sexuale comise de alți pacienți. Mătușa copilului nu a beneficiat niciodată de sprijin din partea autorităților, iar opinia sa nu a fost niciodată solicitată în ceea ce privește internarea și tratamentul acestuia în spitalul de psihiatrie, deși copilul s-a opus, în mod clar, internării de fiecare dată când s-a întors acolo. Copilul a contestat diagnosticul său și necesitatea tratamentului psihiatric cu spitalizare, făcând referire la diverse evaluări care atestau dezvoltarea sa normală (un exemplu, diverse documente care reflectau rezultatele școlare ale reclamantului cu note de trecere). Acesta a stat în spital 144 de zile - în timp ce durata medie a unui tratament este de 21 de zile - și șederea sa s-a încheiat numai după intervenția Avocatului Poporului (Ombudsmanului). Autoritățile nu i-au oferit niciodată niciun sprijin psihosocial și, împotriva voinței sale, l-au plasat și abandonat în spitalul de psihiatrie, fără nicio monitorizare sau sprijin extern. Acesta nu a primit niciodată nicio informație cu privire la durata tratamentului și la plasarea sa în secția pentru adulți. Acesta s-a temut că va fi internat acolo pe viață. I s-au administrat tranchilizante și medicamente neuroleptice în ciuda vârstei și a diagnosticului său și contrar protocoalelor medicale, care l-au făcut să fie în continuu somnoros și pasiv.

În hotărârea sa, CtEDO a constatat că copilul în vârstă de 14 ani a fost supus torturii și discriminării pe motiv de dizabilități și vârstă, din cauza detenției sale ilegale într-un spital de psihiatrie. Hotărârea a subliniat eșecul statului moldovean de a oferi garanții și mecanisme adecvate pentru a proteja drepturile și bunăstarea copiilor cu dizabilități în astfel de situații.

Hotărârea Curții pune în lumină deficiențele sistemice din cadrul juridic al Republicii Moldova, în special în ceea ce privește plasarea involuntară a copiilor cu dizabilități în spitale de psihiatrie și absența unor garanții independente pentru prevenirea abuzurilor. Curtea a subliniat necesitatea unor reforme cuprinzătoare pentru a proteja drepturile și demnitatea unor astfel de persoane, subliniind obligația

statului de a institui sisteme eficace de protecție a copiilor cu dizabilități și, în mod special, faptul că autoritățile statului trebuie să înceteze supunerea acestor copii la detenția de stat și tratamentul forțat.

Curtea a constatat că statele au o datorie sporită de a proteja copiii cu dizabilități, cum ar fi reclamantul, care se află în grija statului. Potrivit Curții: „cadrul juridic existent în Republica Moldova - căruia îi lipsește garanția unei revizui independente a plasării involuntare într-un spital de psihiatrie, a tratamentului psihiatric involuntar, a utilizării constrângerii chimice și a altor mecanisme de prevenire a unor astfel de abuzuri asupra persoanelor cu dizabilități intelectuale, în general, și asupra copiilor lipsiți de îngrijire părintească, în special - nu îndeplinește cerința inerentă obligației pozitive a statului de a institui și de a aplica, în mod eficace, un sistem care să asigure protecția acestor copii împotriva încălcărilor grave ale integrității lor, contrar articolului 3 din Convenție.” Obligațiile pozitive se referă la obligațiile statului de a asigura sprijin și asistență pentru persoanele cu dizabilități și - în această situație - pentru un copil cu dizabilități.

Curtea a considerat că statul este răspunzător pentru că nu a asigurat o procedură adaptată copilului, care să îl implice pe reclamant în procesul decizional.

De asemenea, Curtea a solicitat, în mod expres, autorităților din Republica Moldova să ia măsuri generale menite să reformeze sistemul de internare involuntară într-un spital psihiatric și de tratament psihiatric involuntar al persoanelor cu dizabilități intelectuale și, în mod special, al copiilor. Aceasta înseamnă că guvernului Republicii Moldova i s-a comunicat că trebuie să ia măsuri pentru a preveni viitoarele abuzuri împotriva copiilor cu dizabilități din țară.

6.1. Legislație și politică

- **Legislația Republicii Moldova nu specifică, în mod expres, mecanisme normative de protecție a drepturilor copiilor cu tulburări mintale, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe.**

Deși sănătatea mintală și bunăstarea este un drept al fiecărui cetățean al Republicii Moldova, garantat de stat fără discriminare pe criterii de gen, naționalitate, vârstă, religie, statut social, cultural și economic, dizabilitate sau altele, sănătatea mintală a copiilor continuă să fie o provocare. Tulburările mintale și comportamentale se numără printre principalele cauze ale dizabilității primare la copii.

În conformitate cu Legea nr. 370 din 30.11.2023 privind drepturile copilului în Republica Moldova, statul garantează fiecărui copil dreptul la un nivel de trai corespunzător dezvoltării sale fizice, intelectuale, spirituale și sociale. Legea asigură drepturi egale pentru copii, indiferent de rasă, naționalitate, origine etnică, sex, limbă, religie, convingeri, avere sau origine socială, o intervenție specifică pentru copiii cu dizabilități fizice sau mentale este menționată în art. 13 din lege, care îi plasează într-o categorie distinctă, ce necesită o abordare diferită.

Legea privind sănătatea mintală și bunăstarea nr. 114 din 16.05.2024 se referă doar tangențial la copii și prevede că „în cazul spitalizării copiilor în vârstă de până la 12 ani, aceștia sunt cazați în funcție de sex, stare și separat de copiii mai mari de 12 ani. Copiii în vârstă de până la șapte ani, iar în situații

excepționale când necesită îngrijire suplimentară - până la vârsta de 18 ani, pot fi spitalizați împreună cu un părinte/reprezentant legal.”

În vederea implementării prevederilor Convenției Internaționale cu privire la Drepturile Copilului, Republica Moldova a aprobat **Programul național pentru protecția copilului pe anii 2022-2026**, care include intervenții complexe pe fiecare dintre următoarele probleme prioritare: 1) cadrul normativ; 2) mecanismul de prestare a serviciilor pe categorii de beneficiari; 3) investiția, formarea și motivarea resurselor umane astfel încât acestea să acționeze, în mod eficace, pentru protecția fiecărui copil aflat într-o situație dificilă; 4) normele sociale, care contribuie la manifestarea spiritului colectiv de intervenție în susținerea fiecărui copil aflat într-o situație de risc și dictează comportamentul fiecărui membru al comunității, de intoleranță față de orice formă de abuz și exploatare a copilului; 5) volumul resurselor financiare investite în protecția copilului; 6) abordări noi și eficiente în monitorizarea și evaluarea intervențiilor în domeniul protecției copilului.

Ținând cont de prevederile Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de Republica Moldova în 2010, Ministerul Sănătății a elaborat **Programul Național de Sănătate Mintală pentru anii 2023-2027** (în continuare - Program) ca instrument de implementare a politicilor, care conține obiective clar definite, menite să faciliteze implementarea Convenției. Acțiunile incluse în Program sunt în concordanță cu Declarația europeană privind copiii și tinerii cu dizabilități mintale și familiile acestora, care recomandă un angajament mai puternic al autorităților statelor membre OMS în reformele de îngrijire a persoanelor adulte și copiilor cu probleme de sănătate mintală și promovarea ulterioară a dezinstituționalizării. Astfel, tranziția a fost marcată de modele bazate pe plasarea copiilor cu dizabilități intelectuale în instituții care acordă prioritate vieții în comunitate și promovează incluziunea socială. S-a remarcat faptul că lupta împotriva stigmatizării și discriminării trebuie intensificată, aceasta fiind o condiție prealabilă pentru succesul reformelor și integrarea socială a copiilor cu dizabilități intelectuale.

- **Problemele copiilor cu probleme de sănătate mintală sunt apanajul mai multor sectoare (medical, social, educațional și de ordine publică), care intervin secvențial pe măsură ce problemele apar.**

Copiii au dreptul la servicii de sănătate de calitate, inclusiv servicii de prevenire, promovare, tratament, reabilitare și îngrijire paliativă. La nivel primar, aceste servicii trebuie să fie disponibile în cantitate și calitate suficiente, funcționale, la îndemâna fizică și financiară a tuturor copiilor beneficiari și acceptabile pentru toți. Sistemul de îngrijirea sănătății trebuie nu doar să ofere asistență medicală, ci și să raporteze informațiile către autoritățile competente pentru cazurile de încălcare a drepturilor și de nedreptate. Asistența medicală secundară și terțiară trebuie, de asemenea, să fie furnizată, în măsura posibilului, cu sisteme de referire funcționale, care să facă legătura dintre comunități și familii la toate nivelurile sistemului de sănătate¹³⁰

Cu toate acestea, apare o discrepanță între anumite sfere de activitate ale serviciilor sociale, medicale și ale autorităților publice locale în ceea ce privește referirea cazurilor de copii care devin dependenți de stereotipurile predominante privind problemele de sănătate mintală. În multe cazuri, copiii care au manifestat un comportament deviant, agresiv sau sfidător față de adulți sau de alți copii și care au beneficiat de măsuri cu caracter educativ sunt adesea trimiși, de asemenea, și la serviciile de psihiatrie, deoarece aceste măsuri nu au dat rezultate.

Serviciile de sănătate mintală sunt furnizate la nivel primar, secundar și terțiar după cum urmează: 1) la nivelul asistenței medicale primare, medicul de familie asigură depistarea precoce a tulburărilor de dezvoltare la copii, depistarea tulburărilor din spectrul autist, diagnostichează, inițial consultă și tratează formele ușoare și medii de anxietate și depresie; 2) la nivelul comunității, în Centrele comunitare de sănătate mintală (în continuare CCSM), printr-o abordare multidisciplinară, se realizează la nivel comunitar diagnosticul, tratamentul, intervențiile și reabilitarea tulburărilor psihice, intervențiile în stările acute și de criză; 3) serviciul spitalicesc, în spitalele de psihiatrie, se realizează tratamente de înaltă specializare și pe termen lung.

Serviciile de sănătate mintală sunt împărțite în servicii spitalicești, servicii comunitare, servicii de asistență medicală primară și servicii sociale, cu toate acestea, mecanismele naționale de coordonare a serviciilor comunitare de sănătate mintală sunt inadecvate pentru a asigura durabilitatea rezultatelor obținute.

- **Legislația națională prevede forme de protecție a copiilor aflați în situație de risc din perspectiva membrilor familiei și nu prevede elemente care să garanteze o protecție specifică pentru copiii cu nevoi speciale sau cu tulburări mintale.**

Centrele comunitare de sănătate mintală (CCMS) sunt instituite în cadrul asistenței medicale primare. Începând cu 2017, sistemul de sănătate dispune de o rețea de 40 de centre. Centrele comunitare sunt o legătură între spitalele de psihiatrie și alte servicii comunitare. Centrele comunitare sunt înființate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară, la nivel raional și municipal. Toate centrele sunt contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) prin formula bugetului global. Asistența medicală primară este acordată copiilor de către medicul de familie și specialiștii din cadrul serviciilor medicale ambulatorii specializate. Asistența medicală primară are un rol important în depistarea precoce a tulburărilor mintale și în referirea pacienților către centrele comunitare de pe teritoriul de reședință al pacientului. Centrele comunitare au propria metodologie și propriile standarde de calitate pentru serviciile furnizate. La baza metodologiei stau managementul de caz și furnizarea de servicii de asistență medicală consultativă, tratamentul psihosocial și serviciile de reabilitare, sprijinul și incluziunea socială. Activitatea centrelor comunitare se bazează pe echipa multidisciplinară de specialiști. Echipa terapeutică multidisciplinară este formată din medici psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicale psihiatrice și alte categorii de personal. Centrele asigură colaborarea cu alte servicii și instituții necesare pacienților cu tulburări psihice, cum ar fi asistența medicală primară, spitalele de psihiatrie, asistența medicală ambulatorie de specialitate, medicina legală, adăposturile temporare sau protejate, atelierile de lucru protejate, comisia de expertiză medicală vitală, secțiile/direcțiile locale de asistență socială, educație, sănătate etc.

- **Sistemul medical plasează copiii cu tulburări de sănătate mintală în subordinea centrelor comunitare de sănătate mintală sau a spitalelor de psihiatrie pentru evaluare și intervenție în funcție de nevoile individuale ale fiecărui copil.**

Centrele comunitare se confruntă cu un deficit de personal, în special în zonele rurale. Personalul necesar pentru asigurarea tuturor activităților de reabilitare psihosocială nu este disponibil în centre conform cerințelor stipulate în actele normative. Specialiștii în terapie ocupațională nu sunt incluși în nomenclatorul de specialități și nu au pregătire specială în domeniul de referință. Asistenții sociali acoperă un domeniu vast, dar fără atribuții concrete în examinarea și îndeplinirea sarcinilor care le sunt atribuite în cadrul echipei multidisciplinare pentru cazul copiilor cu probleme de sănătate mintală. În mod special, asistentul social este, într-o anumită măsură, dublat de serviciul local de asistență socială. De asemenea, profilul psihologului nu este clar definit.

În zonele rurale, deplasarea pacienților către orașele principale pentru a avea acces la servicii de sănătate mintală este dificilă și se face pe cheltuiala pacienților. Majoritatea trimiterilor sunt pentru servicii de consiliere și prescriere de medicamente. Nu toate centrele dispun de facilitățile necesare pentru a oferi activități de reabilitare psihosocială.

Conform Raportului anual pentru anul 2022 elaborat de către Avocatul Poporului pentru drepturile copilului², rolul centrelor eșuează la nivelul incluziunii socio-profesionale. În prezent, nu există nici o metodologie privind abordarea complexă a situației copilului cu tulburări de sănătate mintală. Lipsa unei viziuni de ansamblu a sistemului conduce la plasarea copiilor cu tulburări de sănătate mintală exclusiv în domeniul serviciilor medicale.

- **Centrele de sănătate adaptate tinerilor au abordat doar un segment minor al tulburărilor de sănătate mintală a copiilor, intervenind mai mult în gestionarea stărilor psiho-emoționale și depresive, având o criză de profesioniști specializați și formați în toate domeniile tulburărilor de sănătate mintală a copiilor.**

În ciuda deficiențelor identificate mai sus, este important de remarcat faptul că una dintre principalele realizări ale sectorului sănătății în domeniul protecției sănătății tinerilor a fost crearea (2002-2003) și extinderea rețelei (2011-2018) de centre de sănătate adaptate tinerilor (rețeaua de 41 de clinici pentru tineri) în toate districtele și municipalitățile din țară.

În prezent, 41 de centre de sănătate adaptate tinerilor (Clinica de Tineret) sunt active în toate raioanele și municipiile din țară. În toate cele 41 de centre, peste 250 de specialiști cu experiență lucrează în

² Disponibil online: <https://ombudsman.md/wp-content/uploads/2023/07/Raport-privind-respectarea-drepturilor-copilului-%C3%AEn-Republica-Moldova-%C3%AEn-anul-2022.pdf>

domeniul problemelor de sănătate cu care se confruntă tinerii (psihologi, asistenți sociali, ginecologi, urologi-andrologi, dermato-venerologi, consilieri HIV/SIDA). Aici sunt abordate următoarele afecțiuni: TSPT - infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV; sarcini premature și nedorite; probleme de sănătate mintală ca urmare a consumului de substanțe psihoactive; tulburări psiho-emoționale și de personalitate; probleme de sănătate ca urmare a violenței; tulburări nutriționale și deviații în dezvoltarea pubertară. Centrele își orientează serviciile către populația tânără cu vârste cuprinse între 10 și 24 de ani, acordând o atenție deosebită asigurării accesului la servicii al tinerilor aflați în stare de vulnerabilitate, în special al celor cu nevoi speciale, al tinerilor infectați cu HIV și al celor din grupele de vârstă cu risc de infectare și al adolescenților rămași fără tutelă părintească și al celor din familii vulnerabile din punct de vedere social.

- **Spitalele de psihiatrie nu întodeauna îndeplinesc condițiile necesare pentru a oferi servicii care să răspundă nevoilor copiilor din perspectiva garantării protecției și favorizării incluziunii sociale și familiale.**

Acordarea de asistență medicală specializată copiilor cu boli mintale se realizează în secțiile pentru copii, care se află în doar două spitale (Spitalul Clinic de Psihiatrie și Spitalul de Psihiatrie Bălți). Datele statistice arată că nivelul de spitalizare este în scădere pe parcursul anilor de la 1,8/1000 (2016) de copii de aceeași vârstă, la 0,8/1000 copii (2020), precum și durata de ședere a copiilor.

Evaluarea instituțiilor spitalicești de psihiatrie arată că secțiile de psihiatrie pentru copii nu sunt amenajate suficient, deoarece nu sunt asigurate pe deplin condițiile de acordare a serviciilor medicale specifice necesităților. În prezent, nu există standarde minime de calitate pentru serviciile medicale psihiatrice în condiții de spitalizare pentru copii, adaptate nevoilor copiilor. Raportul tematic: Respectarea drepturilor copilului cu probleme de sănătate mintală, realizat în anul 2022 de către Avocatul Poporului pentru drepturile copilului³ precizează că internarea minorilor se face, în mod formal, prin trimitere de la medicul psihiatru din ambulatoriu, care nu menționează măsurile luate în centrul comunitar pentru evitarea internării. După examinarea în secția de internare, examinarea se face în secția pentru copii, cu semnarea acordului de către un părinte sau reprezentant legal, fără ca copilul să își exprime opinia, conform Legii privind drepturile copilului. Sau, în cazul unui copil aflat în situație de risc, autoritatea tutelară își exprimă acordul, fără a expune datele din dosarul personal al copilului și fără a discuta situația copilului și respectând interesul superior al copilului. În același timp, secțiile sunt dotate cu spații pentru a menține copiii ocupați în activități, dar nu există un plan de reabilitare psihosocială sau o metodologie privind examinarea nevoilor de reabilitare din punct de vedere funcțional. În departament sunt prezenți psihologi și educatori, care desfășoară anumite activități de terapie prin artă și terapie prin joc, care nu corespund întotdeauna nevoilor reale ale copiilor.

- **Mecanismele de cooperare între serviciile medicale, sociale, educaționale și alte servicii sunt inefficiente și fără anumiți algoritmi de intervenție stabiliți pentru atingerea scopului final.**

³ Disponibil online: www.ombusman.md

În Raportul tematic: Respectarea drepturilor copilului cu probleme de sănătate mintală, realizat în anul 2022 de către Avocatul Poporului pentru drepturile copilului⁴ se menționează despre colaborarea dintre spitalele de psihiatrie și CCSM este insuficientă și se concentrează, în principal, asupra problemelor privind admiterea pacienților, iar acestea din urmă oferă o gamă insuficientă de servicii complexe beneficiarilor lor. Nu există criterii de referință pentru această colaborare și pentru furnizarea de servicii integrate de sănătate mintală. Cooperarea și schimbul de informații sunt insuficiente între CCSM și spitale și/sau secțiile de psihiatrie, precum și instituțiile de asistență socială, stabilirea unui plan de reabilitare psihosocială și supravegherea stării de sănătate/sănătății mintale fiind deficitare. Serviciile medicale sunt separate de cele sociale, lipsind o abordare integrată a problemelor de sănătate mintală, care să vizeze prevenirea, depistarea precoce, tratamentul, reabilitarea, promovarea unui mod de viață sănătos și protecția sănătății mintale în comunitate, precum și crearea unor premise benefice pentru reabilitarea și integrarea socio-familială a persoanelor afectate de boli mintale.

Raportul enunțat mai constată că până în prezent, nu au fost stabilite mecanisme eficiente de cooperare a Ministerului Sănătății cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale și cu autoritățile publice locale în vederea dezvoltării și finanțării serviciilor sociale integrate în gama de servicii comunitare ale CCSM. Nu există o bază normativă solidă și aplicabilă pentru inițiativele de organizare și finanțare a serviciilor medico-sociale de sănătate mintală, în funcție de necesitățile reale ale populației. În aceste condiții, este imposibilă orientarea pacienților cu probleme de sănătate mintală către servicii la nivel comunitar, aceștia întâmpinând dificultăți în trecerea de la sistemul medical la cel social.

Ca urmare a tuturor celor de mai sus, de asemenea, în absența unei tradiții concrete de colaborare intersectorială a serviciilor, această colaborare multidisciplinară este adesea diminuată la simple trimiteri de la un serviciu la altul (și, în mod frecvent, în modalitatea de referire a copiilor la serviciile de sănătate mintală ca „ultimă soluție”, cu o esență implicită de pedeapsă) și nu la lucrul împreună și, în același timp, pentru a aduce un rezultat optim pentru copil.

- **Serviciile sociale, deși sunt reprezentate de o multitudine de servicii, eșuează în direcția reintegrării și menținerii în familie a copiilor cu tulburări de sănătate mintală**

Serviciile sociale înalt specializate sunt servicii furnizate într-o instituție de îngrijire rezidențială sau într-o instituție specializată de plasament temporar, care necesită o serie de intervenții complexe care pot include orice combinație de servicii sociale specializate, acordate beneficiarilor cu dependență crescută și care necesită supraveghere continuă (24 de ore din 24). Acest tip de serviciu este recomandat a fi furnizat în ultimă instanță, atunci când resursele comunitare sunt ineficiente. Nomenclatorul de servicii include următoarele servicii înalt specializate adresate familiilor și copiilor aflați în situații de risc:

⁴ Disponibil online: www.ombusman.md

- Centru de plasament temporar pentru copii cu dizabilități (Orhei și Hîncești), cu o capacitate de 665 de locuri. Centrul găzduiește, în principal, copii cu deficiențe intelectuale și motorii abandonați de familiile lor. Deși există un spectru larg de servicii în sfera socială, realizarea obiectivelor de protecție a drepturilor copiilor cu tulburări de sănătate mintală și tulburări de neurodezvoltare este deficitară și insuficientă. Cauza principală este lipsa de interes și capacitate a APL-urilor de a dezvolta servicii sociale comunitare pentru copii. Reexaminarea cazurilor de plasament și dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale care sunt beneficiari ai instituțiilor rezidențiale întâmpină rezistență din partea APL-urilor. Al doilea aspect se referă la examinarea la fața locului, respectiv în instituțiile medicale și medico-sociale, a aplicării instrumentelor legale pentru a ajuta direct copiii în exercitarea drepturilor lor.
- Centrul de zi pentru copii aflați în situație de risc este o unitate de asistență socială publică sau privată care oferă servicii specializate de îngrijire de zi pentru copiii aflați în situație de risc, în vederea (re)integrării sociale și familiale a acestora, precum și pentru a preveni separarea copiilor aflați în situație de risc, de mediul familial. Centrul funcționează pe baza Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a serviciului social Centrul de zi pentru copii aflați în situație de risc și a standardelor minime de calitate.
- Centrul de zi pentru copii cu dizabilități este o unitate de asistență socială publică sau privată care oferă servicii de zi pentru recuperarea/reabilitarea copiilor în vederea (re)integrării sociale, precum și în scopul prevenirii separării copiilor de mediul lor familial și a excluziunii sociale. Centrul de zi pentru copii cu dizabilități oferă următoarele servicii:
 - servicii de dezvoltare a abilităților cognitive, de comunicare și comportamentale;
 - servicii de recuperare/reabilitare;
 - sprijin pentru incluziunea educațională;
 - consilierea membrilor familiei/îngrijitorilor;
 - activități de petrecere a timpului liber;
 - orientare profesională;
 - transport zilnic;
 - servicii de recuperare la domiciliu (dacă este cazul).

Serviciile oferite de centrele de plasament și de centrele sociale sunt diverse. Copiii beneficiază de sprijinul asistentului social, de consilierea psihologului, de educația oferită de pedagogi etc. Problema resimțită de actorii din domeniul protecției drepturilor copilului este lipsa de continuitate. În cadrul centrului, copiii sunt încurajați să studieze, iar odată transferați la un alt centru, specialiștii vor continua să le ofere aceleași servicii pentru copii.

- **Cadrul normativ privind drepturile copiilor consumatori de substanțe**

Eforturile Republicii Moldova de a reduce abuzul și dependența de substanțe se bazează pe conceptul Organizației Mondiale a Sănătății „Sănătate pentru toți în secolul XXI”, potrivit căruia consumul de droguri este o problemă care pune în pericol sănătatea publică și ar putea împiedica dezvoltarea sănătoasă a cetățenilor și a societății într-un context mai larg. Pentru coordonarea sistemului narcologic din Republica Moldova, prin ordinul Ministerului Sănătății, a fost nominalizat IMSP

Dispensarul Republican de Narcologie (DRN). Acest dispensar nu dispune de servicii separate pentru copii.

Serviciile prestate de către la instituție sunt: tratament acut spitalicesc și de suport; consiliere individuală și de grup; testare psihologică conform diferitor metode; testare pentru HIV și pentru prezența substanțelor narcotice; activități de informare și educare în grupuri cu destinație specială privind riscurile referitoare la consumul de substanțe psihoactive, formarea comportamentului „inofensiv”; activități de prevenire primară, bazate pe conceptele deciziei informate, în școlile și liceele din Republica Moldova; informarea și educarea populației privind prevenirea consumului de substanțe psihoactive. DRN acoperă cu asistența medicală consultativă și spitalicească pacienții de pe întreg teritoriul Republicii Moldova din subdiviziunile de spitalizare și din unitățile de spitalizare de zi (unde serviciile le sunt prestate în contextul anonimatului), care se confruntă cu probleme privind consumul de alcool, substanțe narcotice și substanțe psihotrope. Realizarea acestor obiective se datorează abordării complexe în tratamentul dependenței de droguri. Tratamentul în procesul de reabilitare este asigurat de o echipă psihoterapeutică specializată, formată din: medici, psihologi, asistenți sociali și voluntari (foști consumatori de droguri).

Legea nr. 263 din 27.10.2005 „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului” stipulează că un pacient nu poate fi spitalizat fără consimțământul său, cu excepția cazurilor de degradare avansată a personalității sau în cazurile în care persoana prezintă un pericol public. În cazul copiilor, consimțământul pentru spitalizare este acordat de reprezentantul legal sau de autoritatea tutelară. Astfel, persoana poate solicita, în mod voluntar, ajutor specializat în instituții publice și private. În instituțiile medicale private, oferta nu diferă de cea din sistemul public. Tratamentul de dezintoxicare este inclus în pachetul minim de servicii medicale acoperite de polița de asigurare obligatorie de asistență medicală, care este oferită copiilor, în mod gratuit.

Tratamentul de dezintoxicare prevede următoarele criterii, în urma cărora persoana poate beneficia de tratament: semne clinice, paraclinice atestate de dependență de droguri; sindrom de abstenență de severitate variabilă; identificarea drogurilor în fluidele biologice. Regulamentul privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consumul de droguri și alte substanțe psihotrope este aprobat în baza **Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1043 din 18.10.2012**. Pentru a preveni abuzul de alcool, consumul ilicit de droguri și alte substanțe psihotrope, precum și pentru a asigura calitatea serviciilor medicale oferite populației, au fost elaborate Standardele medicale de diagnostic și tratament. Aceste standarde descriu algoritmul de diagnosticare, de acordare a asistenței medicale și de tratament pentru persoanele care fac abuz de alcool și droguri. Versiunea actualizată a fost aprobată prin **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 314 din 31.03.2022** privind aprobarea Protocolului Clinic Național „Tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare la adulți și adolescenți”.

Cu toate acestea, studiile arată că dreptul la servicii medicale și de sănătate în cazul copiilor dependenți de droguri nu poate fi respectat în totalitate din cauza lipsei unor instituții specializate în care să poată fi efectuat tratamentul celor sub 14 ani. Recomandarea ar fi: necesitatea dezvoltării acestui tip de serviciu, care să ofere posibilitatea tratamentului de urgență și a detoxifierii complete în caz de supradoză, prevenirea dorinței de substanțe psihoactive, eliminarea consecventă a dependenței de droguri. În plus, chiar și serviciile orientate spre comunitate sau programele „închise” („uscate”) pentru încetarea consumului de substanțe au rezultate mult mai bune în cazurile copiilor și adolescenților, dacă aceste programe sunt adaptate nevoilor copiilor și adolescenților - spre deosebire de programele care oferă servicii atât adulților, cât și minorilor. Prin urmare, dreptul copiilor care se confruntă cu probleme de dependență de a se bucura de acces la servicii adecvate nu este oricum pe deplin realizat în practică din cauza lipsei unor astfel de programe specializate pentru copii din Republica Moldova.

6.2. Blocajele identificate și recomandările părților interesate

Interviurile realizate cu profesioniști din sectoarele relevante au identificat următoarele lacune/blocaje instituționale în ceea ce privește asistarea copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea:

1. Deficitul de cadre medicale specializate

În Republica Moldova există o problemă semnificativă în ceea ce privește gestionarea cazurilor de copii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea. Deși numărul de cazuri înregistrate de autoritățile tutelare este scăzut, există un deficit semnificativ de specialiști în domeniul psihiatriei pentru copii și adolescenți. Conform datelor furnizate de asociația Mensana, există doar doi medici psihiatri pediatrici la 100.000 de locuitori, situați în capitală, în timp ce, anual, aproximativ 5.000 de persoane sunt diagnosticate cu probleme grave de sănătate mintală.⁵ În zonele rurale, accesul la serviciile de sănătate mintală este și mai limitat. În asistența medicală primară nu există aproape nici un medic psihiatru pediatric și, de asemenea, există un deficit de alt personal medical necesar pentru a oferi îngrijiri adecvate. Prin urmare, copiii din raioane, pot accesa servicii doar în Chișinău și doar în cazul spitalizării. Copiii și părinții sau tutorii acestora trebuie să efectueze călătoria pe propria cheltuială și să parcurgă mai mult de 200 km în fiecare zi pentru a permite copiilor să beneficieze de aceste servicii medicale.

Recomandarea autorităților: Este esențial să se investească în crearea mai multor centre comunitare de sănătate mintală dotate cu profesioniști din domeniul sănătății, care să fie ușor accesibile copiilor din toate regiunile țării.

2. Lipsa unor reglementări clare cu privire la plasarea, reținerea și tratarea forțată a copiilor în instituții psihiatrice

Copiii pot fi plasați în instituții psihiatrice în caz de urgențe și crize și pot fi trimiși acolo de către autoritatea tutelară. Cu toate acestea, o astfel de trimitere fără un ordin judecătoresc este, în cel mai

⁵ Programul național privind sănătatea mintală pe anii 2023-2027. Disponibil online: <https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-24-nu-517-ms-2023.pdf>

bun caz problematică, deoarece nu prevede durata și supravegherea șederii și a tratamentului. În plus, luarea în considerare a consimțământului copilului de a fi tratat împotriva voinței sale nu a fost menționată ca fiind o practică obișnuită, deoarece, în cazul copiilor lipsiți de îngrijire părintească, stabilirea interesului superior al copilului revine exclusiv tutorelui desemnat, care, de obicei, gestionează un număr considerabil de copii și, prin urmare, nu poate fi investit în totalitate în îngrijirea fiecărui copil din portofoliul său. Acest lucru ar putea crea situații de ședere prelungită, supramedicație și traumatizare a copiilor la psihiatrie.

Recomandarea profesioniștilor: Reglementarea mai adecvată a acestui aspect al îngrijirii intra-spitalicești pentru copii.

3. Lipsa și inadecvarea secțiilor pediatrie în spitalele de psihiatrie

Există două instituții psihiatrice pentru copii în Republica Moldova. Secția pediatrică este disponibilă doar în unul dintre aceste spitale. Această secție nu dispune de suficiente facilități pentru a plasa copiii în funcție de urgență/după tratamentul de urgență continuu și în funcție de vârstă. Astfel, copiii de vârste diferite ajung să fie plasați împreună, ceea ce împiedică îngrijirea adecvată în funcție de necesitățile vârstei și contribuie la traumatizarea suplimentară a copiilor.

Recomandarea profesioniștilor: Crearea de facilități corespunzătoare pentru copii în spitalele de psihiatrie.

4. Lipsa instituțiilor de plasament profesionist, a plasamentelor în familiile asistenților parentali profesioniști terapeutice și a formării lor

Atunci când un copil cu tulburări mintale, tulburări de neurodezvoltare sau abuz de substanțe intră în atenția autorităților tutelare, specialiștii apelează la serviciile de asistență medicală. La rândul lor, specialiștii colaborează cu familia astfel încât copilul să fie îngrijit într-un mediu cât mai apropiat de cel familial. Cu toate acestea, în situațiile în care familia nu poate fi considerată o resursă de sprijin pentru copil în temeiul Legii nr. 140/2014, copiii pot fi plasați în sistemul de plasament de urgență sau planificat (plasament familial).

Prin urmare, în cazurile mai grave în care copiii pot beneficia de îngrijire mai instituționalizată și profesională, în special în situații de criză și de urgență, există o lipsă de centre de plasament specializate adecvate, care, deși nu sunt instituții psihiatrice, ar putea oferi asistență copiilor - atât în raioane, cât și în Chișinău. Este important de menționat că, în prezent, există o inițiativă de a dezvolta un serviciu dedicat copiilor cu probleme de sănătate mintală în Chișinău, în colaborare cu Centrul de Sănătate Mintală Botanica. Modelul propus, inspirat de practicile din Țările de Jos, sugerează o abordare integrată care include asistență psihiatrică și psihologică, precum și programe de reabilitare. Acest lucru ar putea oferi un sprijin esențial pentru copiii care nu pot beneficia de familie sau de alte resurse comunitare, inclusiv evaluarea opțiunilor alternative de plasament. În prezent, este în curs de elaborare reglementarea acestui serviciu de către un ONG și pilotarea acestuia pentru o perioadă de doi ani, ceea ce va oferi o oportunitate de a testa și perfecționa serviciile înainte de o posibilă preluare

de către autoritățile de stat. Cu toate acestea, este important ca astfel de inițiative să fie sistемice și integrate în sistemul general de protecție a sănătății, dezvoltate, reglementate și finanțate de către guvern, pentru a obține o mai mare supraveghere și pentru a asigura că serviciile pentru copii în astfel de centre sunt standardizate, adecvate și adaptate nevoilor copiilor.

De asemenea, în Republica Moldova nu există asistenți parentali profesioniști terapeutici specializați, ceea ce constituie o provocare majoră pentru îngrijirea adecvată a copiilor aflați în dificultate. În plus, trebuie remarcat, de asemenea, că Regulamentele privind serviciul de asistență parentală profesionistă necesită o revizuire atentă pentru a asigura faptul că nevoile copiilor cu probleme de sănătate mintală sunt abordate, în mod corespunzător. Cu toate acestea, asistenții parentali profesioniști nu sunt suficient de pregătiți pentru a se ocupa de copiii cu tulburări mintale, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, în special în situații de criză sau atunci când este necesară intervenția medicală. Deoarece este esențial ca asistenți parentali profesioniști să nu fie suprasolicitați, plasarea unui singur copil cu astfel de nevoi în grija unui asistent poate fi o soluție mai bună. În plus, formarea adecvată a asistenților parentali profesioniști este esențială pentru a le oferi competențele necesare pentru a gestiona provocări specifice și pentru a asigura o îngrijire terapeutică eficientă. De asemenea, este important să se îmbunătățească condițiile de muncă ale asistenților parentali profesioniști să se ofere compensații suplimentare, care să reflecte aceste condiții. Aceste schimbări ar putea contribui la îmbunătățirea calității serviciilor maternale și la asigurarea unui mediu mai stabil și mai favorabil pentru copiii aflați în îngrijire.

Recomandarea autorităților: Este important să se dezvolte și să se pună în aplicare programe de formare pentru asistenții parentali profesioniști, precum și necesitatea de a crea centre de plasament specializate, care să poată răspunde nevoilor complexe ale acestor copii.

5. Lipsa unui răspuns multisectorial și a formării tuturor profesioniștilor

În practică, acțiunea tuturor profesioniștilor în cazul copiilor cu tulburări mintale, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, în situații de urgență, lipsiți de îngrijire părintească nu este reglementată, în mod corespunzător, cu mandate clare privind „cine”, „ce”, „cum” și „când”, ceea ce împiedică abordarea multisectorială atât de necesară la nivelul tuturor sectoarelor.

În cele din urmă, s-a observat o lipsă de formare la nivelul tuturor sectoarelor: poliție, asistenți sociali, profesioniști din domeniul sănătății și așa mai departe. Aceasta a reprezentat o adevărată provocare în ceea ce privește identificarea, tratamentul adecvat și furnizarea de servicii de asistență pentru grupul țintă de copii.

Recomandarea părților interesate: Este esențial ca autoritățile să colaboreze într-un mod coordonat, pentru a răspunde nevoilor complexe ale acestor copii. Elaborarea unor Proceduri Standard de Operare ar fi un pas înainte în această direcție.

Elaborarea și punerea în aplicare de cursuri de formare specializate pentru fiecare dintre grupurile importante de profesioniști care lucrează cu grupul țintă de copii, precum și cursuri de formare care să includă toți profesioniștii sunt importante pentru a facilita un răspuns multisectorial adecvat.

7. CONCLUZIE

Standardele internaționale și ale Consiliului Europei creează obligații pentru statele părți în ceea ce privește protecția copiilor aflați în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea și, de asemenea, creează orientări privind modul de abordare a acestei probleme, la nivel național. Acestea solicită respectarea interesului superior al copilului, asigurarea participării copilului la toate deciziile luate pentru el și asigurarea dreptului la viață și dezvoltare. Aceste standarde internaționale fac apel la practici adaptate copiilor, la dezinstituționalizare și la o abordare multisectorială de către profesioniști cu înaltă specializare.

Statele membre ale Consiliului Europei selectate - Țările de Jos, Suedia, Germania, Regatul Unit și Macedonia de Nord - au abordat problema asistenței acordate copiilor cu tulburări mintale, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, lipsiți de îngrijire părintească, prin crearea de programe și servicii la mai multe niveluri. Aceste programe și servicii urmăresc să ajute copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea, prin tratamentul și asistența necesare, care sunt adaptate nevoilor acestor copii, sunt adaptate copiilor și susținute de sistemele de sănătate și sociale ale țărilor.

În ciuda impulsului politic și a reformei puternice în curs de desfășurare a sistemului de sănătate din Republica Moldova, necesitatea de a realiza dreptul la sănătate mintală pentru toți este tardivă, mulți copii și tineri fiind afectați de probleme de sănătate mintală. Această problemă este deosebit de presantă prin prisma deciziei recente a CtEDO în cauza V.I. împotriva Republicii Moldova¹³¹, privind încarcerarea și tratamentul involuntare ale unui copil, în care instanța a constatat încălcări ale articolului 3 din CEDO, dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante, precum și ale articolului 14, dreptul la nediscriminare.

Deși Republica Moldova a dezvoltat unele servicii care pot răspunde necesităților grupului țintă de copii, disponibilitatea acestora este îngrijorătoare, în special în raioane. Există un deficit de cadre medicale specializate, o tradiție aproape inexistentă de colaborare intersectorială, multidisciplinară și de punere în aplicare în comun a planurilor de îngrijire pentru grupul țintă de copii, lipsa instituțiilor de plasament profesionale, a plasamentelor familiale terapeutice și a formării asistenților parentali profesioniști terapeutici specializați, lipsa unor reglementări clare cu privire la plasarea, reținerea și tratamentul forțat al copiilor, lipsa și inadecvarea secțiilor pediatrie din spitalele de psihiatrie și lipsa unui răspuns multisectorial și a formării tuturor profesioniștilor.

8. RECOMANDĂRI PENTRU ACȚIUNI ULTERIOARE

➤ În ceea ce privește legislația:

- Completarea legislație privind sănătatea mintală pentru a include reglementări clare privind tratamentul psihiatric și plasamentul copiilor, care să se axeze pe nevoile copiilor, pe interesul superior al acestora și care să ia în considerare dreptul copilului de a participa la deciziile luate pentru el.
- Revizuirea Regulamentului privind serviciul de asistență parentală profesionistă, care vor include plasamentul terapeutic și formarea adecvată și contiguă a asistenților parentali profesioniști.
- Elaborarea unor Proceduri Standard de Operare multisectoriale care să delimiteze „cine”, „ce”, „când” și „cum” va acționa pentru a asista grupul țintă de copii și, în mod special, ce organism va coordona toate serviciile implicate (sociale, de sănătate, juridice, de aplicare a legii, educaționale) pentru a genera un plan de îngrijire individualizat pentru fiecare dintre acești copii, a-l pune în aplicare, a monitoriza punerea sa în aplicare și a-l examina și revizui, în mod periodic.

➤ În ceea ce privește resursele umane și capacitățile acestora:

- Crearea unei strategii și a unui plan de acțiune pentru creșterea numărului de profiluri medicale deficitare, cum ar fi: psihiatri pentru copii, psihologi pentru copii și alți profesioniști necesari pentru furnizarea de servicii corespunzătoare de sănătate mintală pentru copii și asigurarea distribuției egale a acestora la nivelul întregii țări.
- Elaborarea de cursuri de formare și punerea în aplicare a unor cursuri de formare continuă pentru toți profesioniștii care lucrează/sunt în contact cu grupul țintă de copii.

➤ În ceea ce privește evaluarea individuală a copiilor:

- Dezvoltarea unui proces armonizat de evaluare individuală și a unui set de instrumente, diversificate în funcție de circumstanțele individuale specifice ale copiilor. O practică promițătoare în acest sens este cea a Țărilor de Jos, care a armonizat instrumentele de evaluare individuală dezvoltate pentru a se potrivi diferitelor categorii de copii.
- Îmbunătățirea procesului de evaluare individuală a copiilor urmărind practica promițătoare identificată de Țările de Jos, unde, atunci când profesioniștii au îndoieli cu privire la posibilitatea ca un copil să aibă tulburări mintale sau de neurodezvoltare și se află în conflict cu legea, cazul copilului este trimis pentru o evaluare suplimentară care se efectuează în timpul unei reuniuni multidisciplinare a părților interesate ce discută cazul - abordare utilizată numită „ZSM”, care este un acronim pentru „cât mai curând, inteligent, selectiv și simplu posibil” în limba neerlandeză. În cazurile în care este necesară o evaluare suplimentară, Institutul de Psihiatrie și Psihologie Judiciară va evalua copilul și va elabora un Raport pro-justicia la cererea procurorului.

➤ În ceea ce privește facilitățile:

- Îmbunătățirea secțiilor de psihiatrie pentru copii în conformitate cu standardele internaționale, care vor răspunde nevoilor copiilor în mod similar: în diferitele momente ale tratamentului lor și în funcție de vârstă.

- Deschiderea unor Cămine de criză pentru copiii aflați în situații de urgență, care pot fi adiacente centrelor comunitare de sănătate mintală din raioane, precum practicile promițătoare identificate în Germania.
- Crearea de programe terapeutice pentru combaterea și prevenirea consumului de droguri adresate, în mod special copiilor și adolescenților și nevoilor specifice ale acestora.
- Crearea de servicii comunitare specializate pentru prevenirea primară, secundară și terțiară a comportamentelor dificile ale copiilor cu și fără dizabilități.

➤ **În ceea ce privește plasamentul familial:**

- Crearea de servicii de plasament familial terapeutic/de urgență pentru grupul țintă de copii, cum ar fi practica promițătoare identificată în Suedia și în Regatul Unit, care va fi sprijinită de o echipă de profesioniști din domeniul sănătății mintale și al asistenței sociale.

➤ **Procedura propusă:**

Pe baza practicilor promițătoare identificate, se recomandă ca următoarea procedură să fie luată în considerare de către autoritățile Republicii Moldova în ceea ce privește copiii cu tulburări de sănătate mintală și de neurodezvoltare aflați în conflict cu legea, în situații de urgență/criză și care sunt lipsiți de îngrijire părintească:

1. La identificarea de către poliție a copiilor cu tulburări mintale, tulburări de dezvoltare, abuz de substanțe, în situații de criză/urgență, lipsiți de îngrijire părintească, aflați în conflict cu legea, acești copii trebuie să fie evaluați de urgență de o echipă de furnizori de servicii de sănătate mintală și asistență socială, prin utilizarea unor instrumente armonizate elaborate în aceste scopuri (a se vedea Țările de Jos).
2. Pe baza acestei evaluări inițiale, în cazurile în care este necesară o evaluare suplimentară și/sau un tratament de urgență, copilul ar putea fi trimis la un spital psihiatric pentru tratament de urgență pe termen scurt (pe baza unui ordin judecătoresc de urgență), la Cămine de criză pentru tratamentul necesar sau la un alt sistem comunitar de servicii de sprijin și terapeutice (selectarea instituției se bazează pe evaluarea individuală și este orientată spre evitarea internării copiilor în spitale de psihiatrie, cu excepția cazului în care acest lucru este absolut necesar).
3. Șederea în instituția psihiatrică trebuie să fie obligatorie numai în situații excepționale, atunci când copilul reprezintă un pericol pentru sine și/sau pentru alții, iar durata acestei șederi trebuie să fie cât mai scurtă posibil, cu scopul stabilizării inițiale a copilului. Legislația trebuie să proscrie modalitățile de monitorizare a duratei șederii și să garanteze că copiii petrec timpul minim necesar în instituțiile de sănătate.

4. Copiii pot fi trimiși la Căminele de criză pentru copii, unde pot beneficia de servicii terapeutice fără a fi trimiși la tratament psihiatric într-un spital. Cu toate acestea, copiii pot fi plasați în Cămine de criză pentru copii după tratamentul psihiatric de scurtă durată, pentru a beneficia de asistență terapeutică suplimentară și până la găsirea unei locuințe adecvate pentru copil. Modelul Căminelor de criză poate fi inspirat din modelul german al Căminelor de criză, și anume că aceste Cămine vor pune la dispoziție o echipă de profesioniști care vor lucra pentru a stabiliza în continuare copilul aflat în dificultate și, de asemenea, pentru a dezvolta servicii ambulatorii pe termen lung pentru copil.

5. Durata șederii în Căminele de criză trebuie să fie prevăzută prin regulament și trebuie să fie de scurtă durată.

6. După șederea în Căminele de criză pentru copii, trebuie să fie disponibil un plasament familial terapeutic/ sau un plasament organizat în familie terapeutică și trebuie să fie furnizate servicii terapeutice continue de către o echipă de profesioniști care sprijină asistenții maternali. Practicile promițătoare din Regatul Unit și Suedia, pot fi utilizate pentru a informa dezvoltarea unor astfel de servicii în Republica Moldova.

7. Plasamentul terapeutic trebuie să fie sprijinit de municipalități, dar cu supravegherea guvernului central. Asistenții maternali trebuie să beneficieze de formări specializate și continue.

Deși studiul se concentrează pe copiii cu tulburări de sănătate mintală și de neurodezvoltare aflați în conflict cu legea, în situații de urgență/criză și care sunt lipsiți de îngrijire părintească, este important de spus că obiectivul final pentru majoritatea acestor copii trebuie să fie posibilitatea de a se bucura de disponibilitatea unor servicii integrate, multidisciplinare și de reunirea cu familiile lor.

În acest scop, după prima evaluare preliminară a necesităților urgente menționate anterior, trebuie elaborat un plan individualizat de îngrijire pentru fiecare dintre acești copii, cu participarea tuturor părților implicate de către toate serviciile implicate (serviciile sociale comunitare, serviciile ambulatorii de sănătate mintală, servicii educaționale, în cazul copiilor care au probleme cu legea, implicând, de asemenea, și procurorii și autoritățile de aplicare a legii, precum și tutorii, după caz). Un astfel de plan trebuie să fie executat de toate părțile implicate, stabilind obiective SMART (specifice, măsurabile, accesibile, relevante și în timp util) și să fie urmat de toate părțile implicate în revizuirea sa la momentul oportun. Întreaga procedură ar putea fi descrisă într-un protocol concret care va defini, în mod specific, toate detaliile unui astfel de plan individualizat de îngrijire pentru toți acești copii.

Interviuri individuale cu (angajat al Ministerului Sănătății, Comisiei protecție socială, sănătate și familie, Biroului Siguranță Copii, angajat al Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului, angajat al Direcției Asistență Socială și Protecția Familiei Bălți, angajat al Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică, reprezentant al ONG Terre des hommes Moldova și UNICEF) din Republica Moldova.

1. Ce servicii/programe există în țara dumneavoastră pentru a răspunde și a asista copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea,

atunci când sunt găsiți în:

- situație de criză/ situație de urgență,
- găsiți în afara căminului și sunt lipsiți de îngrijire părintească sau cu îngrijire părintească insuficientă?

2. În astfel de situații, ce instrumente de evaluare de urgență sunt utilizate?

3. Unde sunt plasați copiii în primele 72 de ore?

4. Ce asistență/servicii imediate sunt oferite?

5. Ce trimiteri sunt făcute?

6. Ce fel de profesioniști oferă aceste servicii (de exemplu: asistenți sociali, profesioniști din domeniul sănătății...etc.)?

7. Ce opțiuni sunt disponibile pentru serviciile de plasament familial de urgență?

-Cum este finanțat acest serviciu?

-Cum se asigură remunerația pentru furnizorul de servicii, alte condiții de motivare pentru primirea acestor copii în plasament?

-Există o consolidare a capacităților pentru furnizorul de servicii/asistenții maternali?

8. Sunt specializați profesioniștii care implementează serviciile descrise mai sus? (formare specializată, obligatorie/voluntară, continuă/ad hoc pentru poliție, medicii psihiatri, asistenții sociali, psihologi, alți profesioniști)?
9. Cum este organizat procesul de monitorizare și evaluare a acestor servicii?
10. Care sunt principalele probleme/ lacune în ceea ce privește protecția acestor categorii de copii?
11. În opinia dumneavoastră, care este nivelul de capacități al profesioniștilor care implementează aceste servicii?
12. În opinia dumneavoastră, care este nivelul de coordonare și colaborare intersectorială în astfel de cazuri? Există dificultăți în colaborarea interdisciplinară? Ce soluții ar putea fi aplicate?
13. Vă rugăm să specificați deficiențele în punerea în aplicare a prevederilor existente în practică, conform experienței dumneavoastră.
14. Vă rugăm să indicați ce proceduri sau prevederi suplimentare trebuie introduse la procedurile standard implementate în Republica Moldova?
15. Din cunoștințele dumneavoastră, există vreun mecanism de înregistrare și de colectare periodică a datelor bazate pe cazuri și a datelor agregate privind astfel de cazuri? Dacă da, cât de fiabil, precis și cuprinzător este un astfel de mecanism în practică?
16. Este opinia copiilor înșiși luată în considerare în procesul de luare a deciziilor cu privire la aspectele care îi privesc? Dacă da, care sunt mecanismele pentru luarea în considerare a opiniilor copiilor? Dacă nu, ce procedură trebuie introdusă pentru a face acest lucru?
17. Cum sunt urmate procedurile de mai sus în cazul copiilor migranți/refugiați/solicitanți de azil sau al copiilor de altă origine etnică decât a majorității populației din Republica Moldova.
18. Cum sunt urmate procedurile de mai sus în cazul copiilor cu dizabilități, în special a celor cu dizabilități mintale?

Întrebări pentru discuțiile grupului de reflecție pentru angajații Direcțiilor Asistență Socială și Protecția Familiei (autoritatea tutelară teritorială) și profesioniștii din cadrul spitalului clinic de psihiatrie

1. Ce faceți atunci când copiii în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea sunt reținuți de poliție? Cine preia acești copii?
2. Există vreun instrument de evaluare pentru a-i evalua? Ce criterii există? Cine evaluează acești copii?

3. Unde sunt duși acești copii în primele 72 de ore? Ce profesioniști cooperează în acest proces? Este luat în considerare consimțământul / opinia copilului? Este numit un tutore legal? Un avocat?
4. Sunt aceștia plasați în instituții medicale? Există posibilități alternative de plasament?
5. Monitorizați și evaluați serviciile/tratamentul acestor copii, în mod periodic?
6. Cum sunt urmate procedurile ori de câte ori există un potențial de spitalizare involuntară a unui minor lipsit de îngrijire/supraveghere părintească sau cu îngrijire/supraveghere părintească insuficientă?
7. Există o diferențiere a procedurilor în cazul minorilor cu probleme de abuz de substanțe în contrast cu procedurile urmate în cazul minorilor care se confruntă cu tulburări grave de sănătate mintală?
8. Ce ați recomanda în vederea îmbunătățirii acestor servicii?

Întrebări pentru discuțiile grupului de reflecție pentru profesioniștii care asistă copiii aflați în contact cu sistemul de justiție (avocați, consilieri de probațiune, Oficiul Avocatului Poporului, reprezentanți ai mediului academic);

1. Ce servicii există pentru copiii în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea. Care este rolul dumneavoastră atunci când astfel de copii sunt reținuți de poliție? Cine preia acești copii?
2. Care este cooperarea cu serviciile de sănătate?
3. Este desemnat un avocat pentru copil? Cum sunt protejate drepturile acestor copii?
4. Cine monitorizează și evaluează efectul acestor servicii pentru copii?
5. Cum este luată în considerare opinia copiilor în luarea deciziilor?
6. Ce ați recomanda în vederea îmbunătățirii acestor servicii?

Întrebări pentru discuțiile grupurilor de reflecție pentru angajații poliției (agenți de poliție raionali, ofițeri de investigații criminale)

1. Ce faceți atunci când întâlniți pe stradă copii în situații de urgență cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe, aflați în conflict cu legea, fără supravegherea părinților?
3. Unde duceți acești copii?
4. Este capacitatea agenților de poliție la un nivel adecvat pentru a lucra cu astfel de copii? Sunt disponibile cursuri de formare periodice?
5. Cu ce instituții de stat cooperați în lucrul cu astfel de copii? Cum ați evalua această cooperare?
6. Ce ați recomanda în vederea îmbunătățirii acestor servicii?

Întrebări pentru discuțiile grupului de reflecție pentru angajații Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică și Serviciului de Asistență Psihopedagogică;

1. Ce servicii specifice există pentru copiii aflați în conflict cu legea care nu au împlinit VMRP, cu probleme de sănătate neuro-mentală, probleme de dezvoltare și probleme de dependență. Sunt acestea implementate de sistemul de sănătate?
2. Ce faceți atunci când întâlniți astfel de copii pe stradă, fără controlul sau supravegherea părinților? Cum cooperați cu sistemul de sănătate?
3. Sunt aceste servicii/programe disponibile pentru toți copiii din țară? Cum sunt acestea finanțate?
4. Este capacitatea ofițerilor de poliție care implementează astfel de programe, la un nivel adecvat? Sunt disponibile cursuri de formare periodice?
5. Cu ce instituții de stat cooperați în implementarea unor astfel de servicii? Cum ați evalua această cooperare?
6. Cum sunt urmate procedurile ori de câte ori există un potențial de spitalizare involuntară a unui minor lipsit de îngrijire/supraveghere părintească sau cu îngrijire/supraveghere părintească insuficientă?
7. Există o diferențiere a procedurilor în cazul minorilor cu probleme de abuz de substanțe în contrast cu procedurile urmate în cazul minorilor care se confruntă cu tulburări grave de sănătate mintală?
8. Ce ați recomanda în vederea îmbunătățirii acestor servicii?

Chestionar Cartografierea serviciilor din statele membre ale Consiliului Europei

Oficiul Consiliului Europei în Republica Moldova implementează proiectul „Prevenirea și protejarea copiilor împotriva violenței, inclusiv în mediul digital” cu obiectivul de a realiza un „Studiu privind practicile promițătoare de asistență a copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea”.

În acest context, obiectivul prezentului chestionar este dublu:

- Să colecteze bune practici relevante pentru contextul și sistemul național din Republica Moldova în vederea includerii în partea analitică a studiului pentru a inspira reforma socială și de sănătate în curs;
- Compilarea bunelor practici europene în domeniul justiției juvenile pentru a fi anexate la Studiu și pentru referința Consiliului Europei și a altor state membre.

Domeniile prioritare pe care acest chestionar își propune să le acopere sunt:

- I. Prevederi și practici promițătoare în materie de servicii în cazurile de răspunsuri de urgență ale sistemului la:
 - copiii aflați în conflict cu legea sau atunci când părinții/reprezentanții legali nu sunt o resursă sau lipsiți de controlul/autoritatea părintească;
 - servicii de plasament familial (plasament planificat) pentru astfel de copii - finanțarea serviciului, remunerarea prestatorului de servicii, alte condiții motivaționale pentru primirea acestor copii în plasament familial și consolidarea capacităților;

De asemenea, sunt identificate trei teme transversale și intersectoriale, având în vedere relevanța acestora în cadrul fiecăruia dintre cele trei domenii tematice:

- a) Cooperarea multisectorială
- b) Nevoile speciale ale copiilor cu probleme de sănătate mintală și comportamentale, dificultăți de învățare și/sau probleme privind abuzul de alcool și droguri

Definiția prevederilor și practicilor promițătoare

- ⇒ O practică promițătoare/bună este orice intervenție, serviciu, protocol, program care include evaluări calitative sau cantitative ale rezultatului de succes sau cu potențial de succes. În mod special, „rezultatul de succes” trebuie analizat din punctul de vedere al conformității cu standardele internaționale privind drepturile copilului.

Câteva instrucțiuni pentru chestionar

Acest chestionar constă în seturi de întrebări deschise.

Pentru fiecare întrebare, sunteți rugați să:

- ⇒ Oferiți răspunsuri exhaustive. Prin urmare, vă rugăm să furnizați detalii esențiale privind practica/practicile promițătoare pe care le veți prezenta, precum și surse relevante, inclusiv studiile de evaluare și rezultatele existente;
- ⇒ Vă rugăm să furnizați practicile promițătoare existente în țara dumneavoastră, acordând o atenție și spațiu semnificative prevederilor și practicilor care acoperă temele transversale;
- ⇒ Vă rugăm să furnizați referințele și prevederile legale naționale;
- ⇒ Vă rugăm să furnizați detaliile unei persoane de contact, cum ar fi un profesionist din domeniul serviciilor sociale și al justiției juvenile, care poate fi contactat și intervievat de Consiliului Europei pentru redactarea raportului Studiului.

Vă mulțumim anticipat pentru timpul acordat și pentru contribuția dumneavoastră neprețuită!

<i>Practici promițătoare pentru asistarea copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea</i>
1. Ce servicii/programe există în țara dumneavoastră pentru a răspunde și a asista copiii cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, atunci când sunt găsiți în situație de criză/situație de urgență, găsiți în afara domiciliului și sunt lipsiți de îngrijirea părintească?
-Ce instrumente de evaluare a situațiilor de urgență sunt utilizate?
-Unde sunt plasați copiii în primele 72 de ore?
-Ce asistență/servicii imediate sunt oferite?
-Ce trimiteri sunt făcute?
-Ce fel de profesioniști furnizează aceste servicii (de exemplu: asistenți sociali, profesioniști din domeniul sănătății...etc)?
2. Ce opțiuni sunt disponibile pentru serviciile de plasament familial de urgență?
-Cum este finanțat acest serviciu?
- Cum se asigură renumerația furnizorului de servicii, alte condiții motivaționale pentru primirea acestor copii în plasament familial?
-Există o consolidare a capacităților pentru furnizorul de servicii/asistenții maternali?
3. Sunt specializați profesioniștii care implementează serviciile descrise mai sus? (formare specializată, obligatorie/voluntară, continuă/ad hoc pentru poliție, medicii psihiatri, asistenții sociali, psihologi, alți profesioniști)?
4. Cum se asigură coordonarea și colaborarea intersectorială în astfel de cazuri?
5. Există vreun mecanism de înregistrare și de colectare periodică a datelor bazate pe cazuri și a datelor agregate privind astfel de cazuri?
6. Cum este luată în considerare opinia copiilor înșiși în procesul de luare a deciziilor cu privire la aspectele care îi privesc?

7. Există prevederi sau proceduri speciale care sunt urmate în cazul copiilor migranți/refugiați/solicitanți de azil sau al copiilor de altă origine etnică decât majoritatea populației țării?
8. Există prevederi sau proceduri speciale care sunt urmate în cazul copiilor cu dizabilități, în special al celor cu dizabilități mintale?

ANEXA 2: Lista instituțiilor interviuate

Tabelul 6 Lista instituțiilor interviuate

Nr.	Instituție	Email
1.	Avocatul Poporului pentru drepturile copilului	secretariat@ombudsman.md
2.	Ministerul Justiție din Republica Moldova	secretariat@justice.gov.md
3.	Ministerul Afacerilor Interne din Republica Moldova	secretariat@mai.gov.md
4.	Ministerul Sănătății Spitalul Clinic de Psihiatrie	secretariat@ms.gov.md imsp_scp@ms.md
5.	Ministerul Muncii și Protecției Sociale din Republica Moldova	secretariat@social.gov.md
6.	Inspectoratul Național de Securitate Publică	insp@igp.gov.md
7.	UNICEF Moldova	chisinau@unicef.org
8.	Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică	craprm@gmail.com
9.	Direcția Generală Educație, Tineret și Sport	dgetsmun@gmail.com
10.	Direcția Generală pentru Protecția Drepturilor Copilului, Chișinău	dgpdc@cmc.md
11.	Direcția asistență socială și protecția familiei Municipiul Bălți	stas.balti@siaas.gov.md
12.	Direcția asistență socială și protecția familiei Anenii Noi	stas.aneniinoi@siaas.gov.md
13.	Direcția asistență socială și protecția familiei Briceni	stas.briceni@siaas.gov.md
14.	Direcția asistență socială și protecția familiei Cahul	stas.cahul@siaas.gov.md
15.	Direcția asistență socială și protecția familiei Călărași	stas.calarasi@siaas.gov.md

16.	Direcția asistență socială și protecția familiei Căușeni	stas.causeni@siaas.gov.md
17.	Direcția asistență socială și protecția familiei Comrat	stas.comrat@siaas.gov.md
18.	Direcția asistență socială și protecția familiei Criuleni	stas.criuleni@siaas.gov.md
19.	Direcția asistență socială și protecția familiei Drochia	stas.drochia@siaas.gov.md
20.	Direcția asistență socială și protecția familiei Fălești	stas.falesti@siaas.gov.md
21.	Direcția asistență socială și protecția familiei Florești	stas.floresti@siaas.gov.md
22.	Secția/Direcția asistență socială și protecția familiei Glodeni	stas.glodeni@siaas.gov.md
23.	Direcția asistență socială și protecția familiei Hîncești	stas.hincesti@siaas.gov.md
24.	Direcția asistență socială și protecția familiei Ialoveni	stas.ialoveni@siaas.gov.md
25.	Direcția asistență socială și protecția familiei Ștefan Vodă	stas.stefanvoda@siaas.gov.md
26.	Direcția asistență socială și protecția familiei Telenești	stas.telenesti@siaas.gov.md
27.	Direcția asistență socială și protecția familiei Ungheni	stas.ungheni@siaas.gov.md
28.	Serviciul de Asistență psihopedagogică Chișinău	cpsp.chisinau@gmail.com
29.	Institutul de Reforme Penale	info@irp.md
30.	Terre des Hommes Moldova	mda.office@tdh.ch
31.	Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului (CIDDC)	ciddc@yahoo.com
32.	Asociația pentru Justiție Penală Participativă	office@ajpp.org

ANEXA 3: Protocol și ghid de discuții pentru grupurile de reflecție

Metodologia sugerată pentru discuțiile grupurilor de reflecție

Planificarea grupurilor de reflecție

- Pregătirea scrisorilor/email-urilor de invitație
- Furnizarea materialelor în avans (pentru ca membrii GR să aibă timp să le analizeze)
- Definirea locului și a datelor

Rezultatele grupurilor de reflecție

- Rezultatul discuțiilor GR

Invitație de participare la discuțiile grupurilor de reflecție

- Scrisoare/email de invitație care include
 - o scurtă descriere a obiectivelor grupului de reflecție și a procedurii, inclusiv pregătirea acestora
 - După confirmarea participării acestora, o scurtă prezentare a subiectelor GR trebuie trimisă în prealabil fiecăruia dintre profesioniști, cu instrucțiunea de a citi materialul și de a păstra notițe pentru orice punct pe care ar dori să îl discute.

DISCUȚII ÎN CADRUL GRUPURILOR DE REFLECȚIE [120 MIN PER GRUP]

Deschiderea discuției

SUBIECTUL 1: CADRUL GENERAL AL DISCUȚIEI

[20min]

În timp ce participanții se pregătesc pentru discuție, moderatorul adresează următoarele întrebări:

1. Conform experienței dumneavoastră personale, sunt prevederile și procedurile din Republica Moldova adecvate pentru a oferi îngrijire de calitate copiilor cu tulburări de sănătate mintală, tulburări de neurodezvoltare și abuz de substanțe aflați în conflict cu legea, atunci când aceștia sunt găsiți în situații de criză/situații de urgență, sunt găsiți în afara domiciliului și sunt lipsiți de îngrijirea părintească?
2. Care sunt principalele deficiențe sau eșecuri ale sistemului în ansamblu, conform experienței dumneavoastră până în prezent?

SUBIECTUL 2: ÎNTREBĂRI SPECIFICE

[80 min]

1.?

2.?

În afară de alte aspecte, în cadrul fiecărui grup de profesioniști trebuie adresate întrebări cu privire la:

- Colaborarea interdisciplinară-intersectorială și deficiențele acesteia
- Particularități privind gestionarea cazurilor de copii cu dizabilități mintale, copii de altă origine etnică sau aparținând grupurilor etnice minoritare etc.
- Diferențierea gestionării copiilor cu probleme de abuz de substanțe
- Mecanismele de colectare a datelor administrative
- Includerea opiniei proprii a copiilor pentru luarea deciziilor cu privire la problemele care îi privesc

SUBIECTUL 3: Încheiere - Sinteză

[20 min]

1.?

2. Care ar putea fi principalele dumneavoastră sugestii sau recomandări?

3. Vreun comentariu cu privire la procedura GR sau orice altă observație suplimentară?

Gestionarea și prelucrarea rezultatelor: În urma discuțiilor din cadrul grupurilor de reflecție se așteaptă să rezulte un volum mare de informații privind opiniile și observațiile participanților.

În acest scop, mai ales dacă discuția nu a fost înregistrată prin mijloace electronice (video/casetă), se sugerează ca, imediat după încheierea fiecărui grup, moderatorii să se întâlnească și să consolideze ceea ce înregistrează (cum ar fi extrase) și să rezume punctele principale ale discuției, eventualele modele observate în răspunsuri, prin identificarea subiectelor asupra cărora au existat acorduri sau dezacorduri. Aceștia trebuie să înregistreze, de asemenea, toate observațiile privind deficiențele actuale ale sistemului sau procedurilor de protecție a copilului, dar și propunerile alternative sau recomandările de îmbunătățire.

Răspunsurile (datele calitative) și cuvintele sau frazele-cheie trebuie înregistrate și grupate în categorii sub titluri generale corespunzătoare subiectelor incluse în respectivul ghid de discuții pentru fiecare grup. După finalizarea înregistrării răspunsurilor, se pot separa diferitele opinii și atitudini și măsura în care membrii grupului au fost de acord (au avut, efectiv, aceeași opinie). Prin combinarea răspunsurilor comune, se va obține tiparul general al răspunsurilor, care va determina dacă sistemul ar putea suporta modificări suplimentare sau nu.

Pentru a facilita și sistematiza acest proces, se poate utiliza un șablon, ca în exemplul de mai jos, în care subiectele din Ghidul de discuții sunt înregistrate în prima coloană, iar răspunsurile participanților pot fi înregistrate în a doua coloană.

Păstrarea notelor din cadrul GR.

Șablon pentru sistematizarea răspunsurilor din cadrul unui grup de reflecție cu profesioniști

ÎNTREBAREA 1	Observații (inițialele numelui profesionistului pe baza listei de prezență)
.....?	de ex. AB:

ÎNTREBAREA 2	Observații (inițialele numelui profesionistului pe baza listei de prezență)
.....?	de ex. AB:

ÎNTREBAREA 3	Observații (inițialele numelui profesionistului pe baza listei de prezență)
.....?	de ex. AB:

SUBIECTUL 4: Încheiere	Observații (inițialele numelui profesionistului pe baza listei de prezență)
Care este opinia dumneavoastră, în general, cu privire la situația actuală a prevederilor și procedurilor care se aplică, în prezent, în Republica Moldova?	de ex. AB:
.....?	A.B.

Note finale

¹ [ICD-11 pentru statisticile privind mortalitatea și morbiditatea \(who.int\)](#)

² CNUDC, articolul 3 și altele.

³ Comitetul Director pentru Drepturile Copilului (CDENF), Proiect de schiță și metodologie pentru studiul de cartografiere privind accesul copiilor la asistență medicală psihiatrică de calitate, CDENF (2023)10rev 20 martie 2023.

⁴ Raport global privind copiii cu dizabilități de dezvoltare, Organizația Mondială a Sănătății și Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), 2023.

⁵ PMCID: PMC8124051, Sunt sănătatea mintală, adversitățile din familie și copilărie, consumul de substanțe și problemele de conduită factori de risc pentru infracțiuni în cazul autismului? De Katy-Louise Payne, autor corespondent K. L. Maras, A. J. Russell și M. J. Brosnan.

⁶ OMS, Sănătatea mintală a adolescenților, 2021.

⁷ Situația copiilor din lume 2021: în gândurile mele, UNICEF.

⁸ Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Prevalența pe tot parcursul vieții și distribuțiile vârstei de debut ale tulburărilor DSM-IV în Studiul Național privind comorbiditatea - replicare. Arhivele de psihiatrie generală, 62 (6) pp. 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.

⁹ M Livanou, V Furtado, C Winsper, A Silvester și SP Singh. Prevalența tulburărilor și a simptomelor mintale în rândul tinerilor încarcerați: o meta-analiză a 30 de studii. Int J Sănătate mintală medico-legală. 2019; 18:400-14. DOI: [10.1080/14999013.2019.1619636](#)

¹⁰ L Chassin. Justiția juvenilă și consumul de substanțe. Copilul viitorului. 2008; 18:165-83 <https://doi.org/10.1353/foc.0.0017>

¹¹ Ibid.

¹² Programul național privind sănătatea mintală pentru anii 2023-2027. Disponibil online: [2-proiect-program-n-sanatatea-...64a41b8b24008 \(3\).pdf](#)

¹³ CAUZA V.I. Împotriva REPUBLICII MOLDOVA (Cererea nr. 38963/18).

¹⁴ Clasificarea internațională a bolilor, a 11-a revizuire (ICD-11)

¹⁵ Clasificarea internațională a bolilor, a 11-a revizuire (ICD-11)

¹⁶ Clasificarea internațională a bolilor, a 11-a revizuire (ICD-11)

¹⁷ <https://www.afro.who.int/health-topics/substance-abuse>

¹⁸ Observația generală nr. 24 (201x), care înlocuiește Observația generală nr. 10 (2007) Drepturile copilului în justiția juvenilă.

¹⁹ UNICEF, Copii lipsiți de îngrijire părintească, 2015 <https://www.unicef.org/moldova/media/836/file/Children-without-adequate-parental-care-EN.pdf>

²⁰ CoE, RAPORT PRIVIND EVALUAREA Hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul interinstituțional de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului și a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului <https://rm.coe.int/peer-review-report-gd-143-270-final-rev-en/1680a2cee9>

²¹ Studiu - Traseul unui copil prin sistemul de justiție penală din Republica Moldova, Terres des hommes, 2017.

²² Codul Penal, persoanele fizice responsabile care, la momentul săvârșirii infracțiunii, au împlinit vârsta de 16 ani, sunt pasibile de răspundere penală. Articolul 21: „2) Persoanele fizice cu vârsta cuprinsă între 14 și 16 ani sunt pasibile de răspundere penală numai pentru săvârșirea infracțiunilor prevăzute la art. 145, 147, 151, 152 alineatul (2), art. 164, 166 alineatul (2) și (3), art.171, 172, 175, 186-188, 189 alin. (2) - (6), art. 190 alin. (2) - (5), art. 192 alin. (2) - (4), art. 1921 alin. (2) și (3), 196 alineatul (4), art.197 alineatul (2), art.212 alineatul (3), art.217 alineatul (4) litera b), art.2171 alineatul (3) și alineatul (4) literale b) și d), art.2173 alineatul (3) literale a) și b), art.2174, art.2176 alineatul (2), art.260 , 268, 270, 271, art.275, 280, 281, 283-286, 287 alineatele (2) și (3), art.288 alineatul (2), art.290 alineatul (2), art. 292 alin. (2), art. 317 alin. (2), art.342.”

²³ Ibid.

²⁴ [ICD-11 pentru statisticile privind mortalitatea și morbiditatea \(who.int\)](#)

²⁵ Convenția ONU privind drepturile copilului, New York, 20 noiembrie 1989 Intrare în vigoare 2 septembrie 1990, în conformitate cu articolul 49 (1).

²⁶ Comentariul general nr. 9 al Comitetului CDC (2006) Drepturile copiilor cu dizabilități.

²⁷ Ibid.

²⁸ <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsiQql8gX5Zxh0cQqSRzx6Zd2%2FQRsDnCTcaruSeZhPr2vUevjbn6t6GSi1fheVp%2Bj5HTLU2Ub%2FPZZtQWn0jExFVnWuhiBbqgAjOdWBoFGbK0c>

²⁹ <https://enoc.eu/wp-content/uploads/2020/12/ENOC-Synthesis-Report-on-CRIA.pdf>

³⁰ <http://enoc.eu/wp-content/uploads/2020/11/ENOC-2020-Position-Statement-on-CRIA-FV-1.pdf> .

³¹ <https://enoc.eu/wp-content/uploads/2020/12/ENOC-Common-Framework-of-Reference-FV.pdf>

³² COMENTARIUL GENERAL NR. 4 (2003) Sănătatea și dezvoltarea adolescenților în contextul Convenției cu privire la Drepturile Copilului.

³³ Ibid.

³⁴ CNUDC, articolul 12.

³⁵ CNUDC Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Rezoluția 44/25 a Adunării Generale. New York (NY): Organizația Națiunilor Unite; 1989 și Comentariul general 9

-
- ³⁶ Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. New York City (NY): Organizația Națiunilor Unite, 2006, articolul 17.
- ³⁷ Rec CoE (204) 10.
- ³⁸ Ibid.
- ³⁹ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-09/Guidance-Note-Secretary-General-Child-Rights-Mainstreaming-July-2023.pdf>
- ⁴⁰ Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. New York City (NY): Organizația Națiunilor Unite 2006, articolul 2.
- ⁴¹ Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. New York City (NY): Organizația Națiunilor Unite 2006 și Observația Generală nr. 1 (2014). Comitetul Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități; 2014, articolul 8.
- ⁴² OMS, sănătate și bunăstare, <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states%3A%20%22Health,of%20mental%20disorders%20or%20disabilities.>
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, ADOPTAT, 16 decembrie 1966, prin Rezoluția 2200A (XXI) a Adunării Generale
- ⁴⁵ Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, adoptată în 1979 de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite.
- ⁴⁶ Carta Socială Europeană (STE nr. 35).
- ⁴⁷ Ibid.
- ⁴⁸ CNUDC Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Rezoluția 44/25 a Adunării Generale. New York (NY): Organizația Națiunilor Unite; 1989.
- ⁴⁹ Comitetul pentru Drepturile Copilului. Ghid privind dezinstituționalizarea, inclusiv în situații de urgență (2022) (RPD/C5). Geneva: Oficiul Înalțului Comisar pentru Drepturile Omului; 2022.
- ⁵⁰ <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/unicef-and-who-joint-programme-on-mental-health-and-psychosocial-well-being-and-development-of-children-and-adolescents>
- ⁵¹ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364726/9789240061767-eng.pdf?sequence=1>
- ⁵² <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363339/WHO-MSD-UCN-MHE-22.04-eng.pdf>
- ⁵³ CoE, Adunarea Parlamentară, Rezoluția 2521 (2023) „Sănătatea mintală și bunăstarea copiilor și a tinerilor adulți”.
- ⁵⁴ CoE, Adunarea Parlamentară, Rezoluția 2521 (2023) „Sănătatea mintală și bunăstarea copiilor și a tinerilor adulți.”
- ⁵⁵ CNUDC Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Rezoluția 44/25 a Adunării Generale. New York (NY): Organizația Națiunilor Unite; 1989 și Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități. New York City (NY): Organizația Națiunilor Unite; 2006.
- ⁵⁶ Comentariul general nr. 13. Articolul 19: Dreptul copilului la libertate de orice formă de violență. Comitetul pentru Drepturile Copilului, New York City (NY): Organizația Națiunilor Unite; 2011
- ⁵⁷ CNUDC Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Rezoluția 44/25 a Adunării Generale.
- ⁵⁸ **Recomandarea Rec (2004)10** a Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei către statele membre privind protecția drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări mintale.
- ⁵⁹ V.I. împotriva Republicii Moldova, Cererea nr. 38963/18. În hotărârea sa, Curtea a statuat că copilul în vârstă de 14 ani, denumit „V.I.” pe tot parcursul procedurii, a fost supus torturii și discriminării pe baza dizabilității și a vârstei, din cauza detenției sale ilegale într-un spital de psihiatrie. Hotărârea a subliniat eșecul statului moldovean de a oferi garanții și mecanisme adecvate pentru a proteja drepturile și bunăstarea copiilor cu dizabilități în astfel de situații. Curtea a constatat că statele au o datorie sporită de a proteja copiii cu dizabilități, cum ar fi reclamantul, care se află în grija statului. Potrivit Curții: „cadrul juridic existent în Republica Moldova - căruia îi lipsește garanția unei revizuri independente a plasării involuntare într-un spital de psihiatrie, a tratamentului psihiatric involuntar, a utilizării constrângerii chimice și a altor mecanisme de prevenire a unor astfel de abuzuri asupra persoanelor cu dizabilități intelectuale, în general, și asupra copiilor lipsiți de îngrijire părintească, în special - nu îndeplinește cerința inerentă obligației pozitive a statului de a institui și de a aplica, în mod eficace, un sistem care să asigure protecția acestor copii împotriva încălcărilor grave ale integrității lor, contrar articolului 3 din Convenție.” Obligațiile pozitive se referă la obligațiile statului de a asigura sprijin și asistență pentru persoanele cu dizabilități și - în această situație - pentru un copil cu dizabilități. Curtea a considerat că statul este răspunzător pentru că nu a asigurat o procedură adaptată copilului, care să îl implice pe reclamant în procesul decizional.

- ⁶⁰ Pentru mai multe informații, a se vedea: www.deinstitutionalisationguide.eu
- ⁶¹ <https://rm.coe.int/declaration-of-the-lanzarote-committee-on-protecting-children-in-out-o/1680985874>
- ⁶² Declarație comună: drepturile copiilor cu dizabilități. Comitetul pentru Drepturile Copilului și Comitetul pentru drepturile copiilor cu dizabilități; 2021
- ⁶³ Comentariul general nr. 9
- ⁶⁴ https://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf
- ⁶⁵ (i) Îngrijirea de către rude: îngrijirea de către familie în cadrul familiei extinse a copilului sau cu prieteni apropiați ai familiei cunoscuți de copil, indiferent dacă aceasta este de natură formală sau informală; (ii) Îngrijirea în plasament: situațiile în care copiii sunt plasați de către o autoritate competentă în scopul îngrijirii alternative în mediul domestic al unei familii, alta decât propria familie a copiilor, care a fost selectată, calificată, aprobată și supravegheată pentru oferirea unei astfel de îngrijiri; (iii) Alte forme de plasament bazat pe familie sau de tip familial; (iv) Îngrijirea rezidențială: îngrijirea acordată în orice mediu de grup care nu este bazat pe familie, cum ar fi locurile de siguranță pentru îngrijirea de urgență, centrele de tranzit în situații de urgență și toate celelalte facilități de îngrijire rezidențială pe termen scurt și lung, inclusiv casele de grup; (v) Regimuri de trai independent supravegheat pentru copii;
- ⁶⁶ <https://www.coe.int/en/web/children/cj/enf-ise>
- ⁶⁷ <https://rm.coe.int/cjenf-ise-2021-8a-feasability-study-on-parental-separation-situations/1680a34b26>
- ⁶⁸ <https://rm.coe.int/cj-enf-ise-2021-08b-feasability-study-best-interests-care-proceedings-/1680a342d3>
- ⁶⁹ Ibid.
- ⁷⁰ Ibid.
- ⁷¹ WHO, UNICEF, Dezvoltarea în copilăria timpurie și dizabilitatea: document de discuție, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75355/?sequence=1>
- ⁷² Comentariul general nr. 9 al Comitetului CDC (2006) Drepturile copiilor cu dizabilități.
- ⁷³ Ibid.
- ⁷⁴ Consiliul pentru cercetare economică și socială, Universitatea din Exeter, Eliminarea obstacolelor: justiție pentru copii afectați de dizabilități mintale, https://socialsciences.exeter.ac.uk/codebox/get_image.php?id=243
- ⁷⁵ Recomandarea REC (2003)20 privind noile metode de abordare a delincvenței juvenile și a rolului justiției pentru minori
- ⁷⁶ Recomandarea nr. R (87) 20 privind reacțiile sociale la delincvența juvenilă.
- ⁷⁷ Recomandarea Rec (2003)20 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind noile modalități de abordare a delincvenței juvenile și rolul justiției pentru minori.
(Adoptată de Comitetul de Miniștri la 24 septembrie 2003 în cadrul celei de-a 853-a reuniuni a delegaților miniștrilor).
- ⁷⁸ Recomandarea CM/Rec (2011)12.
- ⁷⁹ Ministerul Securității și Justiției, Comisia pentru protecția copilului.
www.kinderbescherming.nl/binaries/kinderbescherming/documenten/brochures/2015/01/01/brochure-about-the-child-care-and-protection-board-2015/brochure-about-the-child-care-and-protection-board-2015.pdf&ved=2ahUKEwjPloWJ572IAxW_SfEDHc6jNUoQFnoECBYQAQ&usq=AOvVaw1mUIWYPhYZXIFdhzt56wdq
- ⁸⁰ Sprijin și îngrijire pentru copii și tineri în Țările de Jos, 2015 Nederlands Jeugdinstituut.
- ⁸¹ Depistarea dizabilității intelectuale la deținuții olandezi cu tulburări psihiatrice: Evaluarea proprietăților psihometrice ale Analizorului pentru inteligență și dificultăți de învățare (AIDI) Ankie Yvonne Maria van Esch, corespondent, Jolanda de Vries și Erik David Marco Masthoff, *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020 noiembrie; 33(6): 1418–1427.
Publicat online 2020 iunie 24. doi: [10.1111/jar.12769](https://doi.org/10.1111/jar.12769).
- ⁸² DIRECTIVA (UE) 2016/800 A PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI A CONSILIULUI din 11 mai 2016 privind garanțiile procedurale pentru copiii care sunt persoane suspectate sau acuzate în cadrul procedurilor penale
- ⁸³ <https://algoritmes.overheid.nl/en/algoritme/risk-assessment-instrument-jvenile-criminal-justice-ritax-child-protection-board/15996611>
- ⁸⁴ <https://www.nifp.nl/>
- ⁸⁵ A se vedea <https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/onderzoek/risicotaxatie-instrumenten/jeugd/i-soap-d/>.
- ⁸⁶ <https://williamschrikker.nl>
- ⁸⁷ <https://www.cep-probation.org/zsm-and-safety-house-cep-study-visit/>
- ⁸⁸ Legea privind îngrijirea tinerilor, 2015, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-105.pdf>
- ⁸⁹ Legea privind copiii și tinerii (2015)
- ⁹⁰ Pentru mai multe informații privind plasamentul familial în Țările de Jos, a se vedea: Copii în plasament familial | Plasamentul familial | Government.nl. Pentru informații mai specifice cu privire la plasamentul familial de urgență, a se vedea, de asemenea, și site-ul web privind plasamentul familial din Țările de Jos: Crisisspleegzorg | Pleegezorg.nl
- ⁹¹ Politicile privind tineretul în Țările de Jos, Institutul pentru Tineret din Țările de Jos, https://pip-eu.coe.int/documents/42128013/47261806/Youth_Policy_in_the_Netherlands_WEB.pdf/e0b2a92d-5833-4dd6-beba-15221e8f481e?t=1382946105000
- ⁹² Sarnecki, J., Sweden, in Decker, S.H. și Marteache, N., (ed.), Manual internațional de justiție juvenilă, 2016.
- ⁹³ <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/>
- ⁹⁴ <https://www.stat-inst.se/om-sis/om-webbplatsen/other-languages/the-swedish-national-board-of-institutional-care/lvu-assessment-and-treatment-in-special-residential-homes-for-young-people/>
- ⁹⁵ <https://www.stat-inst.se/om-sis/om-webbplatsen/other-languages/the-swedish-national-board-of-institutional-care/lvu-assessment-and-treatment-in-special-residential-homes-for-young-people/>.

⁹⁶ Suedia are două sisteme paralele de răspuns la infracționalitatea juvenilă: unul în cadrul sistemului municipal de furnizare de servicii sociale și celălalt în cadrul sistemului de justiție penală. Aceste sisteme funcționează în strânsă legătură unul cu celălalt, în timp ce instanța administrativă se ocupă, în principal, de deciziile privind îngrijirea (inclusiv îngrijirea obligatorie și inclusiv pentru infractorii tineri), în timp ce instanța penală se ocupă de cazurile copiilor suspectați, acuzați sau recunoscuți că au încălcat legislația penală și în temeiul Legii privind custodia tinerilor (LSU).

⁹⁷ <https://www.stat-inst.se/om-sis/om-webbplatsen/other-languages/the-swedish-national-board-of-institutional-care/>.

⁹⁸ Gilbert, N., Parton, N. și Skivenes, M. (2011) Sisteme de protecție a copilului: tendințe și orientări internaționale. Oxford University Press, Oxford. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199793358.001.0001>

⁹⁹ https://www.oijj.org/sites/default/files/archivospaginas/baaf_sweden1.pdf

¹⁰⁰ https://www.oijj.org/sites/default/files/archivospaginas/baaf_sweden1.pdf

¹⁰¹ Mai multe informații sunt disponibile la link-urile de mai jos.

[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8734.pdf)

<artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8734.pdf>

<bbic-triangeln-engelska-2015.pdf> (socialstyrelsen.se)

¹⁰² Standardiserade bedömningsmetoder i utredningar av barn och unga inom socialtjänsten (sbu.se)

¹⁰³ Mai multe informații cu privire la sprijinul comunitar sunt disponibile la link-urile de mai jos (în limba engleză): Sprijin comunitar (Samhällets stöd) (habilitering.se)

¹⁰⁴ Ett hem att växa i – Familjehemmets bok – Grundutbildning för jour- och familjehem (socialstyrelsen.se)

¹⁰⁵ Sozialgesetzbuch (SGB) – Achten Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe [SGB VIII] [Codul social - Cartea a opta – Asistența socială a copilului și a tinerilor [Codul social VIII], Sept. 11, 2012, BGBl. I în 2022, astfel cum a fost modificat, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/SGB_8.pdf, arhivat la <https://perma.cc/S8BL-JR7L>.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

¹¹³

<https://sozialerwegweiser-bir.de/angebot/bereitschaftspflege-pflegefamilie/#:~:text=Bereitschaftspflege%2520bedeutet%252C%2520ein%2520Kind%252C%2520das,oder%2520das%2520Familiengericht%2520geklärt%2520ist>

¹¹⁴ Dimensiuni diferite, provocări similare: Asistență la domiciliu pentru tinerii din Germania și Țările de Jos, A. T. Harder și alții / Intervenții psihosociale 22 (2013) 203-213.

¹¹⁵ Copii și tineri, sursă oficială de practici profesionale pentru activitățile polițienești. Publicată pentru prima dată la 23 octombrie 2013, actualizată la 16 martie 2024, Redactată de Colegiul de Poliție, <https://www.college.police.uk/app/detention-and-custody/detainee-care/children-and-young-persons>

¹¹⁶ Copii arestați cum să îi menținem în siguranță, <https://youthendowmentfund.org.uk/wp-content/uploads/2023/12/Arrested-children-How-to-keep-children-safe-and-reduce-reoffending.pdf#page6>

¹¹⁷ <https://www.claims.co.uk/knowledge-base/court-proceedings/young-offenders>

¹¹⁸ <https://www.claims.co.uk/knowledge-base/court-proceedings/young-offenders>

¹¹⁹ Camerele Parlamentului, (2016). *Educația în custodia tinerilor*, Nota POST numărul 524.

¹²⁰ Departamentul pentru Educație, *Copiii cazați în cămine securizate pentru copii: 31 martie 2018*.

¹²¹ Legea privind sănătatea mintală, 1983, <https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act-easy-read/>

¹²² Legea privind sănătatea mintală, 1983, <https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act-easy-read/>

¹²³ Ministerul Sănătății, Legea privind sănătatea mintală din 1983: Codul de Practică

¹²⁴ <https://www.fostercareuk.co.uk/about-fostering/types-of-fostering/therapeutic-foster-care>

¹²⁵ Programele/serviciile de prevenire secundară implementate în sectoarele indicate în 2022/2023 sunt postate pe site-ul web al Consiliului de Stat pentru prevenirea delincvenței juvenile.

¹²⁶ Abordarea prin dialog deschis a psihozei acute: poetica și micropolitica sa, Jaakko Seikkula 1, Mary E Olson, 2023. A se vedea, de asemenea: https://www.coe.int/de/web/bioethics/community-based-initiatives/-/asset_publisher/VE1niSrFa8t0/content/l-approche-du-dialogue-ouvert-finlande-et-niveau-international

¹²⁷ <https://guidebook.eif.org.uk/programme/treatment-foster-care-oregon-adolescent#about-the-programme>

¹²⁸ Asistența maternală pentru tratament multidimensional: o alternativă la tratamentul rezidențial pentru copii și adolescenții cu risc ridicat, Philip A. Fisher și Kathryn S. Gilliam, Interv Psicosoc. 2012 aug; 21(2): 195–203. A se vedea, de asemenea, Reduce asistența maternală pentru tratament multidimensional (AMTM) nereușita plasamentului în asistența maternală? PIA KYHLE WESTERMARK, KJELL HANSSON și BO VINNERLJUNG.

¹²⁹ CAUZA V.I. ÎMPOTRIVA REPUBLICII MOLDOVA, (Cererea nr. 38963/18).

¹³⁰ Comentariul general nr. 15 (2013) privind dreptul copilului de a se bucura de cel mai înalt standard realizabil de sănătate (art. 24).

¹³¹ CAUZA V.I. ÎMPOTRIVA REPUBLICII MOLDOVA (Cererea nr. 38963/18).