



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

Violența asupra persoanelor vârstnice

2016

Cuprins

1. ASPECTE GENERALE	3
1.1. Definiții	3
1.2. Istoric	10
1.3. De ce se întâmplă ca persoanele vârstnice să fie abuzate?	13
2. FACTORI DE RISC CE PRIVESC VIOLENȚA	16
2.1. Cine este victima?	16
2.2. Cine sunt făptuitorii?	19
2.3. Factorii de risc ai abuzului în instituțiile de bătrâni	21
3. VIOLENȚA ÎN FAMILIE	24
3.1. Statistici utilizate la realizarea de analize ce privesc fenomenul de violență .	29
3.1.1. Statistici criminalistice	29
3.1.2. Statistica condamnărilor reale	30
3.1.3. Statistici privind consilierea victimelor	30
3.1.4. Statistica cercetărilor empirice	30
3.1.5. Alte statistici.	31
3.2. Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2018	32
4. REALIZĂRI CARE PRIVESC DIMINUAREA VIOLENȚEI	36
4.1. În domeniul protecției sociale	36
4.2. În domeniul îngrijirii	37
4.3. Prevenția privind actele antisociale	41
5. PROPUNERI	43
5.1. Îmbunătățirea asistenței sociale a persoanelor vârstnice	43
5.2. Prevenirea și combaterea violenței asupra persoanelor vârstnice	43
5.3. Obiective strategice	45
Bibliografie	47
Anexa nr. 1	49
Anexa nr. 2	52

Capitolul 1

ASPECTE GENERALE

1.1. Definiții

În România, sunt considerate persoane vârstnice, persoanele care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege, în conformitate cu Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, singurul act normativ care oferă o definiție.

De servicii potrivit prevederilor acestei legi beneficiază persoanele vârstnice aflate într-una din următoarele situații: nu are familie sau nu se află în întreținerea unei persoane; nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit prin resursele financiare proprii; nu realizează venituri proprii sau acestea sunt insuficiente; nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată; se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii ori a stării fizice sau psihice.

Analiza globală a fenomenului de violență trebuie să înceapă prin definirea diverselor forme de violență, de manieră a facilita evaluarea acestuia.

Definiția abuzului față de bătrâni a prezentat o variabilitate mare în timp și de-a lungul diferitelor culturi. La aceasta s-a adăugat faptul că felul cum percep bătrânii și profesioniștii abuzul este destul de diferit. Toate considerentele referitoare la abuzul față de bătrâni au rămas la nivel național și astfel astăzi vorbim, de exemplu, de abuzul la bătrâni în Anglia, în Israel sau în Africa de Sud, fără a putea vorbi prea multe de abuzul la bătrâni ca fenomen global. Există încă dificultăți conceptuale și metodologice în unificarea definițiilor naționale într-una unanim acceptată și aceste dificultăți reflectă modul particular de a concepe adversitățile față de bătrâni din fiecare cultură în parte. În studiul făcut de Kosberg și Garcia (1995) analizează definiția abuzului la bătrâni în 10 țări diferite (Australia, Finlanda, Grecia, Hong Kong, Israel, India, Irlanda, Norvegia, Republica Sud-Africană și Polonia) și găsesc diferențe notabile în formularea definiției și în nivelul de interes față de această problemă. Astfel, în Norvegia se include în definiție “dizarmonia familială”, în Hong-Kong “îndepărtarea bătrânului”, iar în India “lipsa de respect din partea nurorii”. O altă problemă a fost evitarea “westernizării” definiției abuzului la bătrâni. Țările vestice, însumând aici țările dezvoltate economic, împărtășesc

Violența asupra persoanelor vârstnice

În mare aceeași viziune și răspuns față de această problemă, pe când țările în curs de dezvoltare percep această problemă prin prisma tradițiilor și stereotipurilor culturale.

Definiția cea mai cuprinzătoare considerăm că este cea a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), care înțelege prin violență: **"amenințarea sau utilizarea intenționată a forței fizice sau a puterii împotriva propriei persoane, a altei persoane, împotriva unui grup, sau a comunității, și care antrenează un risc crescut de a produce un traumatism, un deces, o daună psihologică, o dezvoltare anormală sau o privațiune"**. În această definiție, se definește violența în raport cu sănătatea și starea de bine din punct de vedere fizic, psihic și social.

Potrivit unei definiții a "Action on Elder Abuse", care a fost preluată de la Organizația Mondială a Sănătății și care s-a impus în domeniile cercetării și politicii, prin rele tratamente aplicate persoanelor vârstnice se înțelege orice acțiune singulară sau repetată sau orice inacțiune, atunci când acțiunea era necesară, care poate produce daune unei persoane vârstnice sau o poate pune în pericol.

Organizația Mondială a Sănătății înglobează în aceste definiții caracteristica de intenționalitate a actului de violență indiferent de consecințele acestuia și exclude aspectele legate incidental-accidental. Includerea în definiție a termenului de "putere" în plus de expresia "utilizarea forței fizice" lărgeste astfel natura actelor de violență și a definiției convenționale la acte rezultate prin exercitarea unei "relații de putere", cuprinzând de asemenea actele de amenințare și intimidare. Utilizarea termenului de putere permite, în plus, "includerea neglijenței și a actelor de omitere pe lângă actele evidente de violență" foarte important în studierea fenomenului violenței asupra persoanelor vârstnice.

Astfel, Organizația Mondială a Sănătății include în definiția violenței: neglijența, toate tipurile de violență fizică, psihică și sexuală, precum și violența auto-aplicată, sinuciderea.

Violența în familie, așa cum este ea definită de specialiști, nu pune în discuție statutul legal al partenerilor, ci se bazează pe definiția funcțională a familiei. Violența în familie poate fi definită ca o amenințare sau producere a unei răniri fizice, în trecutul sau în prezentul conviețuirii cu partenerul. Atacul fizic sau sexual poate fi acompaniat de intimidări și abuzuri verbale; distrugerea unor bunuri personale ale

Violența asupra persoanelor vârstnice

victimei; izolarea ei forțată de prieteni, de restul familiei și de alte persoane, care ar putea constitui un potențial ajutor pentru victimă; crearea unei atmosfere de amenințare și teroare în jurul victimei; controlul accesului victimei la bani sau lucruri personale, hrană, mijloacele de transport, telefon și alte surse de protecție sau îngrijire de care ar putea beneficia în mod normal.

Violența în familie este un comportament distructiv care are ca scop instituirea și păstrarea controlului asupra partenerului de viață. Prin comportamentele de pedepsire și rănire ale partenerului, acesta este transformat în victimă.

Există următoarele categorii de abuz asupra persoanelor vârstnice: atacul (violența fizică), alimentația insuficientă (privarea de hrană), administrarea necorespunzătoare a medicamentelor (neadministrarea celor prescrise), abuzul emoțional, psihic și verbal, abuzul sexual, abuzul financiar, izolarea voluntară (sau ținerea vârstnicului în captivitate), neacordarea ajutorului în activitățile zilnice de îngrijire.

Următoarele tipuri de abuz ar putea corespunde cel mai bine realității, inclusiv celei din România, din păcate ignorate. Astfel:

- **abuzul moral**, caracterizat prin nerespectarea demnității persoanei vârstnice, marginalizare și excludere socială, ignorarea drepturilor și libertăților sale, discriminare pe motiv de vârstă; de altfel, abuzul moral se regăsește în toate celelalte tipuri de abuzuri;

- **neglijența** (abuz disimulat) ca abuz în familie, la domiciliu, dar și în cadrul instituționalizat (cămin de bătrâni sau centru de recuperare) este un abuz disimulat, greu evidențiable, ignorat în dimensiunile sale reale și cu grave repercursiuni asupra existenței vârstnicului.

Abuzul prin neglijență poate fi: involuntar (vârstnicul poate fi lăsat singur, izolat, uitat fără ajutor); intenționat (vârstnicul este privat, cu intenție, de alimentație, hidratare, îngrijire, igienă corporală și de spațiul de locuit);

- **abuzul comportamental** (psihologic) este un tip de abuz frecvent întâlnit, el măcinând lent rezistența (și așa slabă) a vârstnicului, îl intimidează determinându-l să se lase dominat în interesul abuzatorului. Abuzul psihologic este ca o distrugere lentă fără urme și se manifestă sub forma lipsei de răbdare în a-l asculta pe bătrân, intoleranța

Violența asupra persoanelor vârstnice

față de notele negative proprii procesului de îmbătrânire, lipsa comunicării, injuriile, violențele verbale, teroarea psihologică;

- **abuzul fizic** (violența), devine din ce în ce mai frecvent și apare sub forme variate, de la îmbrânciri, loviri, bătăi, până la crime. Este frecvent în sânul familiei, abuzatorii fiind rudele apropiate (copii, ginerii, nurorile), urmate de celelalte rude mai îndepărtate și persoane din afara familiei;

- **abuzul sexual** este din ce în ce mai frecvent în cazul persoanelor de sex feminin vârstnice, supuse violului de către bărbații tineri sau adulți, cu tulburări de comportament sexual, complexați, perversi, în asocieri cu infracțiunea de tâlhărie;

- **abuzul financiar**, denumit și deturnarea bunurilor persoanelor vârstnice, întrucât vârstnicii sunt considerați ținte ușoare pentru infractori, în raport cu posibilitățile reduse de a se apăra, atât fizic cât și privind posibilitățile de a sesiza intențiile ascunse ale abuzatorului, falsificarea unor acte, reținerea pensiei sub pretextul efectuării cumpărăturilor etc.

- **abuzul de instituționalizare**, adică internarea într-un cămin pentru persoane vârstnice sau centru de recuperare, împotriva voinței vârstnicului, chiar dacă există condiții de a rămâne în familie, la domiciliul său.

Prin scrisoarea din 16 mai 2007 a vicepreședintelui, Margot Wallström, Comisia Europeană, în conformitate cu articolul 262 din Tratatul de Instituire a Comunității Europene, a solicitat Comitetului Economic și Social European (CESE) **elaborarea unui aviz privind Relele tratamente aplicate persoanelor vârstnice.**

În cea de-a 439-a sesiune plenară, care a avut loc la 24-25 octombrie 2007, Comitetul Economic și Social European a adoptat avizul cu 144 voturi pentru, 0 voturi împotriva și 3 abțineri.

Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene (proclamată la Nisa la 7 decembrie 2000), în articolul 25, recunoaște și respectă dreptul persoanelor vârstnice de a duce o viață demnă și independentă și de a participa la viața socială și culturală.

În Europa, populația cu vârsta de 65 de ani și peste, crește considerabil. Provocarea viitorului va consta în a gestiona pozitiv această schimbare demografică și a nu considera fenomenul de vârstă înaintată nici ca pe o povară pentru societate, nici ca pe o amenințare în plan individual.

Violența asupra persoanelor vârstnice

Un element al acestei provocări este și preocuparea față de relele tratamente aplicate persoanelor vârstnice, un subiect deosebit, care continuă să fie minimalizat și trecut sub tăcere. Un risc deosebit prezintă persoanele vârstnice dependente de îngrijire și /sau care trăiesc izolat sau în centre de îngrijire și recuperare.

De aceea, Comitetului Economic și Social European solicită în mod expres președinților Consiliului UE să se dedice temei “relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice”, îndeosebi în cadrul serviciilor de îngrijire care le sunt acordate acestor persoane.

Principala responsabilitate în evitarea relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice revine statelor membre. Având în vedere însă că aceste tratamente constituie o problemă în toate statele membre, CESE consideră că este necesar să se stabilească o strategie la nivel european.

Având în vedere că relele tratamente aplicate persoanelor vârstnice reprezintă o încălcare a drepturilor omului și a Cartei Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene, CESE solicită Comisiei Europene să elaboreze, pe baza legislației existente, o strategie globală în vederea evitării acestor rele tratamente. Baza acestei strategii trebuie să o constituie un studiu la nivel european pe tema relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice, în special în situația în care aceștia sunt dependenți de îngrijire. Pentru a obține o imagine asupra situației, pe lângă datele cu privire la rata de incidență a fenomenului, ar trebui să figureze și informații privind diferitele **tipuri de rele tratamente**, cauzele și factorii de risc.

Strategia ar trebui să includă atât serviciile de îngrijire la domiciliu, cât și cele din centrele de îngrijire și recuperare, precum și:

- amploarea riscurilor la care sunt supuse persoanele vârstnice; situația juridică a acestora; posibilitățile de a le ajuta și de a le sprijini; relaționarea cu dispozițiile privind relele tratamente aplicate copiilor;
- studiul ar trebui să înregistreze și stadiul punerii în aplicare a Cartei Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene, cu scopul de a proteja persoanele vârstnice din statele membre.

Violența asupra persoanelor vârstnice

Modalitatea de a combate relele tratamente aplicate persoanelor vârstnice, în special în situația în care acestea sunt dependente de îngrijire, se poate soluționa corespunzător numai la nivel național. Din acest motiv, în cadrul dezvoltării unei strategii, fiecare stat membru trebuie să elaboreze un plan național de acțiune pentru evitarea relelor tratamente, plan pentru care trebuie puse la dispoziție mijloacele necesare. În cadrul planurilor naționale de acțiune trebuie să se ia în considerare următoarele:

- organizarea de campanii de sensibilizare corespunzătoare a publicului larg — de exemplu, prin campanii de informare și educare — față de situația persoanelor care necesită îngrijire și a persoanelor care o acordă;
- adoptarea de responsabilități și a cadrului legislativ, care să corespundă prevederilor Cartei Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene;
- elaborarea de rapoarte naționale privind prevenirea relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice în cadrul serviciilor de îngrijire la domiciliu sau în instituții. Aceste rapoarte ar trebui să cuprindă și răspunsuri la întrebarea dacă în statele membre există standarde (minime) de îngrijire cu valori obligatorii, dacă au fost create forme instituționalizate de control și cât de mare este eficiența acestor reglementări legislative privind protecția persoanelor vârstnice în cadrul acordării serviciilor de îngrijire la domiciliu sau în instituții;
- îmbunătățirea nivelului de informare, a capacităților de acțiune și a cooperării între toți actorii și instituțiile implicate în serviciile de îngrijire. Sunt incluse aici și formarea și inițiativele pentru grupurile profesionale, respectiv: personalul medical, personalul pentru serviciile de îngrijire, poliția, precum și crearea unor drepturi de semnalare a abuzurilor săvârșite de personalul din centrele de îngrijire;
- crearea unei oferte complete de consiliere, confidentiale, pentru a acoperi din timp deficitul de informare a tuturor participanților (potențiali) și a tuturor persoanelor implicate în activitatea de îngrijire a persoanelor vârstnice;
- crearea de oferte de degrevare a rudelor care acordă îngrijire și de posibilități de dialog și de sprijin pentru personalul specializat în servicii de îngrijire;

Violența asupra persoanelor vârstnice

- crearea de rețele de cooperare, formare și schimbul sistematic de informații între toți actorii și instituțiile implicate în acordarea de servicii de îngrijire a persoanelor vârstnice.

CESE consideră că este imperios necesar să aibă loc o discuție la nivelul Uniunii Europene privind procedeele și modelele de “bune practici”, cu scopul de a asigura calitatea și de a dezvolta standarde în domeniul serviciilor de îngrijire a vârstnicilor.

Proгноzele demografice pleacă de la ideea că în Europa populația în vârstă de 65 de ani și peste, va crește considerabil (cu 58 de milioane, adică cu 77 %) până în anul 2050; numărul persoanelor foarte vârstnice (de 80 de ani și peste) va înregistra cea mai mare creștere. Aceste evoluții au efecte asupra vieții de zi cu zi din multe domenii și conduc la provocări dintre cele mai diverse.

În contextul evoluțiilor demografice, dar nu numai, nevoia de a se aborda problema relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice devine din ce în ce mai urgentă. Aceasta pentru că relele tratamente constituie o temă neglijată, încă minimalizată și trecută sub tăcere. În aceste condiții, baza de date empirice de până acum este insuficientă și aproximativă.

Desigur, după cum arată statisticile privind criminalitatea, riscul de violență împotriva bărbaților și femeilor de peste 60 de ani este net inferior celui existent la generațiile mai tinere, iar în discuții cu victimele violenței, persoanele mai vârstnice semnalează mai rar decât tinerii acte de violență. Statisticile privind criminalitatea și discuțiile cu victimele nu sunt totuși foarte elocvente pentru a pune în evidență și a clarifica riscurile de rele tratamente aplicate persoanelor vârstnice. Acest aspect este valabil mai ales pentru riscurile de rele tratamente împotriva persoanelor vârstnice apărute în anturajul apropiat din cauza unor persoane cunoscute și cu care întrețin o relație de încredere, eventual și de dependență. De-a lungul ultimelor decenii, știința, politica și experiența practică au “descoperit” că **anturajul apropiat reprezintă un cadru în care violența ia o amploare considerabilă.**

În Spania, un studiu din anul 2004 ajunge la concluzia că incidența relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice este aproape la fel de ridicată ca aceea a relelor tratamente aplicate copiilor.

Violența asupra persoanelor vârstnice

Datele disponibile fac să persiste concluziile privind relele tratamente grave și uneori aplicate des persoanelor vârstnice, tratamente care, cu mici excepții, nu ies la iveală. Un sondaj reprezentativ realizat în anul 2006 în Anglia, Scoția, Țara Galilor și Irlanda de Nord, cu peste 2 000 de respondenți în vârstă de peste 60 de ani, care trăiesc în locuințe private (inclusiv în reședințe pentru persoane vârstnice) a ajuns la următoarele rezultate: 2,6 % din cei chestionați relatează că le-au fost aplicate rele tratamente de către un membru al familiei, un prieten sau un îngrijitor în ultimele 12 luni. Dacă se iau în considerare și relele tratamente aplicate de vecini sau cunoscuți, ponderea crește la 4 %. Forma cel mai des întâlnită de rele tratamente a fost neglijența, urmată de exploatarea financiară, de abuzul psihic și fizic și — cel mai rar — de abuzul sexual. Femeile relatează mai des despre rele tratamente decât bărbații.

În Europa de Est, de exemplu, datorită schimbărilor economice care s-au produs, foarte multe persoane vârstnice au rămas fără pensie sau diverse servicii de bunăstare care au existat în regimul comunist. Inegalitățile economice și de structură au fost de multe ori cauze ale veniturilor scăzute, șomajului crescut, servicii medicale de slabă calitate, lipsa oportunităților educaționale și discriminarea femeilor, ceea ce au condus la situația ca persoanele vârstnice să fie mai sărace și mai vulnerabile.

În prezent, persoanele vârstnice au acces la servicii medico-sociale și la instituții specializate în asistență, pentru a raporta violența fizică, emoțională și sexuală, precum și îngrădirea accesului și controlului la proprietăți și alte bunuri personale de către alți membri ai familiei. **Fenomenul violenței în familie, în care victima este reprezentată de către o persoană vârstnică, începe să fie vizibil**, deoarece victimele încep să îndrăznească să vorbească, dar și mult mai des să fie întrebate despre acest subiect, considerat până nu demult a fi ceva secret, rușinos și de păstrat în interiorul familiei.

1.2. Istoric

Violența interpersonală este o problemă care se pierde în negura istoriei dar varianta ei, violența în funcție de vârstă, a început să fie percepută ca atare în secolul trecut. Pentru prima oară abuzul față de bătrâni a fost descris într-o publicație științifică de Baker (1975) și Burston (1977) în Anglia. Până să ajungă această problemă pe masa oamenilor politici sau a legislatorilor au mai trecut 20 ani. Abuzul față de bătrâni a

Violența asupra persoanelor vârstnice

devenit o problemă socială pe măsură ce mișcarea feministă a pus accentul pe violența în familie, iar mișcarea drepturilor omului a creat cadrul juridic pentru a apăra victimele și a urmări făptuitorii. În pas cu această evoluție s-a modificat și discursul public și cel profesional. Limbajul medical a început să capteze problematica omului bătrân, să inventeze conceptul de bătrân neglijat și să identifice consecințele violenței asupra oamenilor în vârstă. Totul a culminat cu Adunarea Generală a ONU de la Madrid asupra îmbătrânirii populației (2002) care a reprezentat prima tentativă a guvernelor de a forma o voce comună pentru a identifica adevărata problematică a bătrânilor și a defini programele specifice de răspuns la îmbătrânirea populației.

De-a lungul ultimelor decenii ale secolului XX, felul cum bătrânii au fost luați în considerare a urmat evoluția concepțiilor rolului statului în protecția persoanelor vulnerabile și a fluctuat de la ideea că statul este responsabil de bunăstarea lor până la ideea că aceștia trebuie încurajați să fie independenți și autonomi în alegerile de viață, iar locul cel mai potrivit pentru protecția lor este familia. În acest din urmă caz, principala valoare promovată de societate în cazul bătrânilor a fost auto-determinarea, respectiv faptul că nu este de așteptat ca cineva din afară să intervină în viața lor personală. Această viziune a creat bariere subiective în accesul la serviciile de protecție, bătrânii încercând să îndeplinească așteptări de care în multe cazuri nu erau capabili să le îndeplinească. Astfel, au apărut cohorte de bătrâni care trăiau în sărăcie și care experimentau rușinea, frica și refuzul de a solicita ajutor.

Alte generații de bătrâni au trăit într-o viziune socială dominată de paternalism în care statul își arogă rolul de protecție și suplinire a nevoilor celor neputincioși. Aceasta a legat bătrânii de servicii și instituții de protecție și familia aparținătoare s-a simțit degrevată de responsabilitatea tradițională de a-și îngriji membrii de familie în vârstă. În acest context, de relație dezechilibrată între cei ce dau și cei ce primesc, s-a creat și premiza abuzului și neglijării față de membrii vulnerabili ai societății. Evoluția societății post-moderne și auto-determinarea fiecărei generații în parte au condus la diminuarea timpului petrecut de o generație cu cealaltă bază a reducerii timpului de co-existență intergenerațională. Aceasta se traduce prin faptul că, copiii sunt încurajați să părăsească părinții cât mai repede, iar părinții la rândul lor împing bătrânii spre o existență autonomă

Violența asupra persoanelor vârstnice

și fiecare generație dorește să rămână în contextul ei relativ și să împărtășească cât mai puțin cu alta de teama contaminării, confruntării sau competiției valorice.

Analize mai atente la situația bătrânilor în societate au început să fie făcute în anii '60, analize care au sugerat o atitudine mai favorabilă. Cu toate acestea, încă se refuza să se perceapă rolul pozitiv al bătrânilor în societate pentru ei înșiși și pentru alții și se încuraja pensionarea timpurie sau anticipată. Tendința acelor ani a fost încadrarea bătrânilor în "modelul deficit" prin care se considera bătrânețea ca un fenomen care produce deteriorarea capacității și funcționării organismului ceea ce a condus la patologizarea și medicalizarea bătrâneții. Bătrânii erau văzuți mai mult ca recipienți decât producători de servicii și bunuri, ei erau "populația pasivă", iar ceilalți erau "populația activă", iar dependența lor de servicii și instituții era descrisă în termeni de povară. Populația era convinsă că bătrânii doreau pensii cât mai mari și erau lacomi în a lua o felie cât mai mare din fondurile de asigurări de sănătate și securitate socială. Se poate spune că în ultimul deceniu al secolului XX, atitudinea negativă asupra bătrânilor s-a instituționalizat și a contribuit la promovarea imaginii publice a bătrânului ca o persoană fragilă mental și fizic, neproductivă și reprezentând o povară pentru ceilalți; în multe privințe, bătrânii deveniseră "oaia neagră" sau "țapul ispășitor" pentru multe din problemele cu care oamenii se confruntau. Bătrânii erau demotivați în a-și construi o imagine pozitivă și a lupta pentru drepturile lor din cauza concepției dominante precum că astfel ei ar deturna resursele atât de necesare pentru protecția copiilor. Se creaseră astfel premisele pentru ca bătrânii să-și nege ei înșiși nevoile și drepturile și aceasta a continuat foarte mult timp ca o strategie încurajată de creatorii de politici sociale. Mai mult, bătrânii încercau să ignore sau să nege segregarea și abuzurile la care erau supuși într-o încercare de a-și menține o identitate socială pozitivă într-o societate din ce în ce mai agresivă.

O altă tendință a secolului XX a fost categorisirea conform vârstei. Dacă în sec. XIX sărbătorirea zilei de naștere era aleatorie, în sec. XX ea a devenit regulă în familie. Aceasta a început prin marcarea evenimentului nașterii copilului ca un eveniment care consolida relația dintre părinți și copii și era marcată de cadouri și ceremonii speciale. Ceremoniile au devenit rutina familiei și s-au transformat în marcarea inexorabilă a trecerii timpului și categorisirea membrilor familiei conform vârstei în tânăr, matur,

bătrân, și inițierea unei dinamici mai subtile în interiorul familiei care presupunea o succesiune în funcție de trecerea timpului.

Începutul secolului XXI a adus schimbări importante în felul cum bătrânii au început să fie priviți de societate și organisme internaționale. Anul 2002 și conferința de la Madrid consacrată vârstnicilor este punctul de cotitură. Bătrânii și problemele lor au început să fie vizibile și acestea nu au mai intrat în conflict cu alte priorități sociale. A fi bătrân astăzi începe să fie considerat ca o virtute, iar abuzul și prejudiciul față de aceștia a început să fie criminalizat.

1.3. De ce se întâmplă ca persoanele vârstnice să fie abuzate?

Prezentăm alături câteva din teoriile etiologice ale abuzului:

1. *Teoria stresului îngrijitorului* spune că abuzul se petrece atunci când un membru de familie care îngrijește un bătrân, care este dependent de îngrijirile oferite, nu mai este capabil să le împlinească pentru că este supraîncărcat sau depășit de acestea. Studii empirice nu au putut dovedi această relație și criticii acesteia au spus că de fapt această teorie caută să blameze victimele și să legitimizeze abuzul.

2. *Teoria învățării sociale* postulează că, acei copii care au crescut într-o atmosferă de violență vor abuza la rândul lor părinții, bunicii sau alți bătrâni pe care se presupune că-i vor îngriji mai târziu. Conform acestei teorii au învățat abuzul în contact cu o altă autoritate punitivă.

3. *Teoria reciprocității schimbului social* explică interacțiunea dintre abuzator și abuzat ca un proces negociat de schimburi de bunuri materiale și nemateriale în care puterea este sinonimă cu dependența unei persoane față de alta. Se presupune că aici interacțiunea socială constă de fapt într-un schimb de premii (de ex. sentimente pozitive, servicii, resurse personale) și atitudini punitive (de ex. sentimente negative, reținerea resurselor, respingere, abuz), iar indivizii din relație vor căuta să maximizeze premiile și să minimizeze pedepsele. Când unul din ei monopolizează "premiile" el vede puține motive să se oprească, în ciuda acumulării pedepselor la celălalt, pentru că privește balanța aceasta în termeni de cost /beneficiu. Această teorie este validată de constatările că bătrânul este dependent de îngrijitor și îi oferă premiere în ciuda pierderilor și abuzurilor personale.

Violența asupra persoanelor vârstnice

4. *Teoria discordiei diadice* consideră conflictul ca fiind nucleul violenței familiale, iar presupunerea că abuzul bătrânului este totdeauna unidirecțională, de la făptuitor la victimă, este o suprasimplificare a fenomenului, care prezintă de multe ori elemente de discordie bidirecțională între aceștia.

5. *Teoria controlului și puterii* scoate în evidență tacticile coercitive folosite abuziv pentru a câștiga și menține controlul și puterea în relația cu abuzatul. Această teorie izvorăște la rândul ei din teoriile violenței față de femei și vârstnici, ceea ce explică de ce persoana abuzivă crede că este îndreptățită să dețină puterea într-o relație cu cineva mai slab sau mai bătrân. Teoria aceasta prezintă faptul că violența împotriva bătrânului nu este datorată dependenței lui de îngrijitor, ci de distorsiunea cognitivă al făptuitorului. Această teorie captează realitatea dinamicii dintre abuzator și abuzat, dar există și tipuri de abuz care răspund mai bine la alte teorii explicative.

6. *Teoria ecologică* surprinde un număr de cauze ale abuzului la bătrâni aparținând: (i) macro-sistemului, precum inegalitatea bazată pe vârstă și sex, normele de agresivitate din societate, (ii) exo-sistemului, precum ambianța economică, integrarea în comunitate, (iii) micro-sistemului precum caracteristicile individuale și familiale și (iv) ontogenetice precum variabilele fiziologice, afective și comportamentale. Interacțiunea particulară dintre aceste variabile formează contextul ecologic în care se încurajează și desfășoară abuzul împotriva bătrânilor.

7. *Teoria contextului socio-cultural* subliniază rolul factorilor individuali precum caracteristici demografice, sănătate fizică și mentală, personalitate, atitudini și modul cum acestea sunt modelate de contextul social și de tradițiile culturale. Aceste variabile individuale stabilesc dinamica inegalității dintre îngrijitor și îngrijit și predispoziția la abuz.

8. *Modelul situațional* în care interacționează caracteristicile bătrânului și cele ale îngrijitorului, cu cele structurale, ale fiecărei situații în parte.

9. *Modelul simbolic interacționist* care subliniază continua negociere și renegociere a obligațiilor și beneficiilor, proces care este modulată de caracteristicile cognitive și afective ale protagoniștilor și care în final definește congruența dintre rolurile simbolice pe care cei doi le joacă și caracteristicile individuale.

Efectele abuzului la bătrâni se relevă în patru dimensiuni: fizic, comportamental, psihologic și social:

Violența asupra persoanelor vârstnice

- *consecințe fizice*: traumatisme, dureri, tulburări de somn, probleme alimentare, cefalee; traumatismele fizice (echimoze, răni, traumatisme craniene, fracturi) au reprezentat mai mult de 50% din toate consecințele găsite la bătrâni abuzați examinați în serviciul de urgență; la aceștia s-au mai întâlnit și situații de malnutriție și deshidratare;
- *consecințele comportamentale* cuprind sentimente de lipsă de ajutor, mânie, gesturi suicidale;
- *consecințele sociale*: dependența de alții, retragere socială, reducerea contactelor cu alții;
- *consecințe psihologice*: frică, anxietate, negarea, depresia; depresia este pe departe cea mai evidentă consecință a abuzului și este datorată deznădejdiei, însingurării, deziluziei, neajutorării și pierderii stimei de sine; această depresie este cea care generează ideea de suicid, tentative de suicid și suicid.

De ce în unele situații persoana vârstnică este așa de **reticentă în a vorbi de abuzul pe care-l suferă**? Există mai multe motive pentru a explica această atitudine:

- unii bătrâni se simt rușinați sau jenați de ce li se întâmplă de la cineva în care au avut încredere;
- teama că blamul va cădea asupra familiei lui;
- credința că oricum nu va putea să scape de persoana abuzivă;
- frica de răzbunare și pedeapsă sau frica că ar trebui să părăsească căminul /locuința;
- loialitatea față de familia lor în care a avut loc abuzul;
- frica de a rămâne singur și neajutorat;
- relație emoțională /privilegiată cu abuzivul;
- sentiment de lipsă de speranță și fatalism;
- stima de sine scăzută, credința că merită abuzul la care este supus;
- nu este conștient de resursele de ajutor din comunitatea în care trăiește;
- deficiențe cognitive severe, cu incapacitate de a verbaliza coerent abuzul;
- diferențe culturale sau bariere în comunicare.

Capitolul 2

FACTORI DE RISC CE PRIVESC VIOLENȚA

Schimbările în structura pe grupe de vârstă a populației și faptul că îmbătrânirea demografică a populației are o tendință crescătoare, afectează întreaga societate.

Comentatori ai post-modernismului Giddens (1999) și Beck (1999) spuneau că una din trăsăturile caracteristice ale timpului nostru este creșterea reală și subiectivă a riscului din societate. Acest risc a devenit principiul organizator fundamental al comportamentului social actual și vocabularul, care altădată era destinat riscului financiar sau al conflictelor geopolitice, a intrat în limbajul comun pentru a descrie riscul vieții noastre de toate zilele, preocupare cu ceea ce este incert, frica de deznodământ, obsesia de a controla și securiza aspecte comune de viață care altă dată erau luate ca atare (“taken for granted”). Aceasta s-a reflectat și asupra relației interpersonale care a început să fie privită ca o relație riscantă atât în familie cât și în afara ei. Relațiile care odată erau organizate pe baze reflexive și conduceau la auto-actualizare, astăzi sunt instabile, incerte, frustrante, riscante și chiar dăunătoare. Aceasta se traduce prin nevoia de a negocia, defini și justifica relațiile dintre membrii familiei în mod constant cu scopul de a menține împreună pe membri săi. Beck și Beck-Gersheim (2002) au conceptualizat familia de astăzi ca “*familie post-familială*” ca o instituție care nu mai este structurată în jurul normelor obligatorii, ci din contră, a devenit o “asociație electivă” de persoane care stau împreună pentru a atinge niște scopuri comune. Familia a devenit un loc al relațiilor democratice și egalitare cu prețul creșterii incertitudinii, instabilității, dinamismului ce a dus la amplificarea de riscuri mai vechi sau mai noi și a făcut necesară reconcilierea permanentă a nevoii de individualizare, a tendințelor centrifuge, a conflictelor intergeneraționale și a nevoii de îngrijire a copiilor și persoanelor vârstnice. Unul din aceste riscuri este statutul persoanelor vârstnice în familie și problema abuzului față de acestea.

2.1. Cine este victima?

De la început trebuie spus că victima abuzului poate fi orice persoană de peste 65 ani aflată în orice fel de relație cu ceilalți și trăind în familia proprie, în altă familie, singur sau într-un alt tip de rezidență. Nu există ceva sau cineva care să o poată proteja

Violența asupra persoanelor vârstnice

de abuz, iar acesta se petrece cu persoanele vârstnice indiferent de sex, nivel intelectual sau apartenență etnică, religioasă, socio-economică sau culturală. Dacă o persoană vârstnică va trece prin viață fără să fi fost ținta vreunui act de abuz, înseamnă că a fost norocoasă!

Nouă din zece canadieni (90,5%) au considerat corectă următoarea aserțiune: *“Creșterea conștiinței publice referitor la drepturile persoanelor vârstnice de a trăi în siguranță și demnitate este cea mai importantă problemă a guvernanților”* (ancheta efectuată de Environics pe un eșantion de 3.001 canadieni incluzând 718 persoane vârstnice peste 65 ani, condus în lunile mai – iunie 2008). O explicație evoluționistă a întrebării de ce sunt persoanele vârstnice subiect de abuz a fost dată de Kurzban și Leary (2001) care spuneau că originea abuzului stă în stigmatizarea persoanelor vârstnice pe baza unei balanțe cost /beneficiu care stă la baza selecției trăsăturilor adaptative pozitive. Astfel, există în familie ca și în societate un fel de ambivalență între dorința de a furniza ajutor persoanelor vârstnice alături de tendința instinctivă de a-i stigmatiza și îndepărta.

Important pentru profesionistul din programul de criza este să nu se întrebe de ce persoanele vârstnice sunt abuzate în general, ci să se concentreze asupra persoanei vârstnice din fața sa, cine este și cum s-o ajute mai bine. Ajutând-o pe aceasta vor fi ajutate și celelalte persoane vârstnice. De la început este important să se deceleze factorii de risc care au contribuit la abuzul pentru care persoana vârstnică este în programul de criză. Pentru Bonnie și Wallace (2003) factorii de risc sunt *“acele experiențe, comportamente și aspecte ale stilului de viață sau ambianței sau caracteristici personale care cresc șansele ca o persoană vârstnică să fie ținta unui abuz”*. Decelarea factorilor de risc este importantă pentru că de ei poate depinde deznodământul pe termen lung al abuzului, respectiv permanentizarea sau stoparea lui.

Majoritatea celor care raportează că au fost victima abuzului sunt femeile (O’Keeffe și colab. 2007). Faptul că femeile suferă mai multe abuzuri decât bărbații reflectă realitatea că femeile trăiesc mai mult decât bărbații și din cauza aceasta vor trăi mai mult timp singure și în nevoia de a fi îngrijite în această perioadă, pe când bărbații trăiesc mai puțin și rămân până la moarte împreună cu partenera /soția lor (Mc Creadie, 1996). Bărbații sunt mai reticenți decât femeile în a dezvălui abuzul la care au fost

Violența asupra persoanelor vârstnice

supuși, dar de fapt se crede că ei sunt mult mai des subiectul abuzului (Pritchard, 2001). După o statistică făcută conform apelurilor telefonice la linia de criză reclamând abuz și suport, grupa de vârstă 65-69 ani prezintă abuz în proporție de 17.7%, cea cuprinsă între 70-79 a raportat abuz în 22,9% din cazuri, iar grupa de vârstă 80-89 pare cea mai vulnerabilă cu o proporție de 39,2% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studiile întreprinse în Marea Britanie au arătat că cei mai constanți factori de risc pentru abuz sunt statutul marital, depresia, calitatea vieții, folosirea medicației și sexul feminin (McDonald, 2011). Alt factor important de risc este capacitatea fizică și psihologică a persoanei vârstnice. Persoanele vârstnice cu deficiențe fizice, mobilitate redusă, dificultăți în auto-îngrijire sunt cei mai predispuși la abuzuri (O'Kueeffe, 2007). La fel, persoanele vârstnice cu probleme psihologice cum ar fi cei cu probleme de memorie, anxietate, tulburări de somn sau mai ales cei cu demență, reprezintă o altă categorie de persoane vulnerabile. Mai există și factori de risc ce par similari cu cei din alte forme de violență familială, precum proasta calitate a relațiilor, preexistența unui model de violență în familie, dependența de făptuitor, consumul de alcool și droguri, izolarea socială. Factorii de risc care contribuie la probabilitatea ca o persoană vârstnică să fie abuzată sunt inventariați astfel (Anthony și colab. 2009):

Caracteristici individuale:

- Vârsta avansată (peste 75 ani);
- Sexul feminin;
- Statutul marital;
- Abilități inadecvate de a comunica.

Sănătate fizică și mentală:

- Diminuarea capacității mentale (de ex. boala Alzheimer și alte forme de demență);
- Tulburări mentale, în special depresia;
- Folosirea medicației;
- Afectare cognitivă sau funcțională, deficit intelectual;
- Boli cronice;
- Impulsivitate și trăsături agresive;
- Dificultăți în activitatea zilnică /în familie ce limitează independența persoanei;
- Nevoi sporite sau speciale de îngrijire.

Factori sociali /relaționali:

- Izolare socială;
- Dependența de îngrijitor;
- Conviețuire cu îngrijitori potențial abuzivi sau exploatativi;
- Lipsa de relații familiale strânse;
- Lipsa de suport în comunitate sau acces la resurse.

Factori economici:

- Situație locativă inadecvată sau nesiguranța privind locuința;
- Evidența de exploatare financiară.

2.2. Cine sunt făptuitorii?

Cine abuzează persoanele vârstnice? Ei sunt abuzați de persoane pe care le cunosc și în care au avut încredere, fie că sunt membrii de familie, prieteni, cunoscuți sau persoane de îngrijire medicală sau generală. În multe situații abuzatorul este dependent de persoana vârstnică în baza unui înțelegeri sau contract, pe baza unor beneficii bănești, alimentație sau locuință. Astfel, cercetătorii au pus accentul pe relațiile care există între persoana abuzivă și persoana vârstnică, pe durata relației de îngrijire care există între ei și pe caracteristicile individuale ale făptuitorului /abuzatorului. Conform definiției utilizate în SUA, un îngrijitor este *“o persoană sau o instituție care și-a asumat responsabilitatea de a furniza îngrijire pentru menținerea sănătății mentale și fizice a persoanei vârstnice. Această responsabilitate poate fi asumată voluntar, prin contract, prin plățirea îngrijirii, ca rezultat al relației de familie sau prin ordin judecătoresc”* (Loue, 2001).

Erlingsson și colaboratorii (2003) găsesc 263 de factori de risc pentru abuzul față de persoana vârstnică aparținând persoanei abuzive, dar valoarea multora dintre aceștia este incertă. Totuși există factori de risc care au fost validați de numeroase studii și printre aceștia cei mai des incriminați sunt:

- (i) domiciliu comun între victimă și făptuitor;
- (ii) izolare socială și rețea socială de suport defectuoasă;
- (iii) prezența tulburărilor psihice, în special depresia;
- (iv) trăsături de ostilitate;
- (v) folosirea de alcool;

Violența asupra persoanelor vârstnice

(vi) dependența abuzatorului de persoana vârstnică abuzată (McDonald, 2011).

O altă caracteristică găsită constant este aceea că de cele mai multe ori persoana vârstnică este abuzată de partenerul său și mai rar de copii sau de alți membrii de familie (Pillemer și Suito, 1992), dar nu toată lumea este de acord cu această constatare. Bărbații sunt cel mai bine reprezentați în mai toate formele de abuz împotriva persoanelor vârstnice (O'Keefe și colab. 2007). Conform Centrului Național de Abuz asupra Vârstnicilor (1998), bărbații ca îngrijitori sunt cel mai frecvent implicați în abandon (83%), abuz fizic (63%), abuz emoțional (60%) și exploatare financiară (59%). În același timp s-a căutat să se găsească o corelație dintre diferitele tipuri de abuz și caracteristicile făptuitorului. Astfel s-a găsit că abuzul psihologic și cel fizic este făcut mai frecvent de indivizii cu probleme psihopatologice și /sau dependenți financiar de victimă (Wolf și Pillemer, 1989). Comparativ cu alte locuri de abuz, cel mai des abuzul e săvârșit în familie, de către membrii familiei persoanei vârstnice, iar datele din literatură sunt conflictuale privind locul pe care-l deține partenerul sau copiii victimei în rolul de abuzatori. În statistica făcută de Action on Elder Abuse (2004), copiii sunt pe primul loc, cu 50% abuzuri, urmat de parteneri (soț /soție, concubin /concubină) cu 23%. Oricum membrii de familie dețin o pondere de 87% din abuzuri, față de doar 26% abuzuri comise de alți îngrijitori care vin să-l îngrijească la el acasă.

Ramsey-Klawnsnik (2000) face o tipologie a abuzivului conform datelor obținute în expertizarea cazurilor juridice și delimitează cinci clase de făptuitori:

- (i) abuzivul suprasolicitat care este de obicei bine intenționat, bine echipat pentru a fi îngrijitor, dar ajunge să fie abuziv din cauza suprasolicitării la care este supus de persoana vârstnică;
- (ii) abuzivul cu probleme, care este și el bine intenționat, dar care prezintă anumite afecțiuni fizice sau mentale care-l fac să nu fie calificat pentru rolul de îngrijitor;
- (iii) abuzivul narcisic care devine îngrijitor anticipând beneficiul de pe urma relației cu persoana vârstnică și care este preocupat de satisfacerea nevoilor proprii în detrimentul celor ale îngrijitului;
- (iv) abuzivul dominator cu trăsături de personalitate de a blama și ataca pe alții și care tinde să externalizeze problemele și responsabilitățile;

(v) abuzul sadic este cel cu trăsături antisociale care își alimentează sentimentul de putere din umilirea și chinuirea celorlalți.

Prezentăm o listă cu factorii de risc aparținând făptuitorului (Anthony și colab. 2009):

Caracteristici individuale:

- Vârsta mai tânără decât cea a victimei;
- Sexul masculin;
- Membru de familie (soț /soție, concubină /concubin, fiu /fiică);
- Incapacitatea de a înțelege și percepe nevoile persoanei vârstnice;
- Deficit intelectual.

Probleme de sănătate fizică /psihică:

- Consum de alcool și /sau droguri;
- Probleme psihiatrice netratate, în special depresia;
- Istoric de violență sau comportament antisocial;
- Prost control al impulsurilor;
- Tulburări de personalitate.

Factori sociali /relaționali:

- Stres familial;
- Stres legat de activitatea pe care o face, epuizare;
- Locuiește cu victima sub același acoperiș;
- Dependența de victimă cu privire la locuință, transport sau bani;
- Stres sever legat de boli, pierderea locului de muncă, etc.

Factori economici:

- Probleme financiare.

2.3. Factorii de risc ai abuzului în instituțiile de bătrâni

Printre cei care pot abuza o persoană vârstnică este și instituția de îngrijire a persoanei vârstnice care, în acest context, are același statut ca și îngrijitorul individual în ceea ce privește încrederea cu care este investită, responsabilitatea și încadrarea în definiția abuzului, cu deosebirea că aici variabilele luate în calcul sunt cele ambientale, de management și de profesionism ale personalului instituției ca întreg și nu numai un îngrijitor anume. Un număr de variabile ambientale ale instituțiilor de îngrijire a persoanei

Violența asupra persoanelor vârstnice

vârstnice au fost luate în considerare ca factori de risc pentru abuz și neglijare a persoanei vârstnice. După Loue (2001), aceste variabile care pot conduce la abuz sunt:

- (i) standardizarea procedurilor conform unei persoane etalon, ceea ce face greoaie personalizarea îngrijirii după necesitățile fiecărui rezident;
- (ii) tendința de a trata persoanele vârstnice din instituție ca o populație omogenă, ceea ce duce la imposibilitatea de a identifica particularitățile fiecărui caz în parte;
- (iii) formularea de standarde de îngrijire rigide care ignoră satisfacția subiectului față de îngrijirea acordată;
- (iv) "cultură a instituției" care prevalează asupra intereselor subiectului;
- (v) tipizarea canalelor de comunicare care barează comunicarea informală cu subiectul;
- (vi) predominanța abordării custodiale al îngrijirii și transformarea subiectului într-un receptor pasiv al îngrijirii;
- (vii) izolarea instituției de comunitatea în care este plasată.

Alți factori de risc sunt dați de faptul că acest tip de instituții funcționează pe baze financiare și relația cu persoana vârstnică este construită în jurul capacității acesteia de a plăti îngrijirile oferite. Pe de altă parte, personalul din aceste instituții nu este remunerat corespunzător, ceea ce conduce la lipsa cronică de personal înalt calificat. La toate acestea se mai adaugă lipsa de instruire și supervizare a personalului, lipsa de proceduri adecvate care să evite conțenția persoanelor vârstnice agitate, tendința personalului de a căuta revanșa față de persoanele vârstnice agitate sau turbulente, lipsa unui cod de conduită care să evite abuzul și a unui cod etic care să ducă la respectarea teritoriilor și limitelor dintre îngrijitori și îngrijiți (McDonald, 2011). În ciuda imaginii populare că abuzul în aceste instituții este dat de suprasolicitarea și epuizarea personalului de îngrijire, studii riguroase nu au constatat nici o corelație între nivelul abuzului și aglomerarea sarcinilor de serviciu a personalului (Wolf, 2000). Nu trebuie ignorată nici tendința de împiedicare permanentă a persoanelor vârstnice de a raporta abuzul atât în interiorul instituției cât și în afara ei și de a-i considera pe cei care își caută drepturile ca persoane turbulente în contextul deteriorării cognitive și a ideății paranoide datorate vârstei înaintate.

Cel mai des, abuzul față de persoanele vârstnice se petrece în instituțiile de îngrijiri pe termen lung, cu 53% din cazuri, față de spitale cu 13% sau adăposturi pentru

Violența asupra persoanelor vârstnice

bătrâni cu 5%. Dintre profesiile cel mai des implicate sunt: îngrijitorii direcți, cu 49%, surorile cu 11%, asistenții sociali, cu 5%, doctorii de spital, cu 3% și medicii de medicină generală, cu 3% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studii calitative recente au adăugat și factori protectivi în ecuația abuzului incluzând aici factorii de personalitate, familia suportivă și legăturile sociale (Brozowski și Hall, 2003). Acești factori protectivi acționează prin contrabalansarea greutății factorilor de risc sau chiar prin alterarea prezenței acestora și astfel descresc probabilitatea ca un abuz să se petreacă (Bonnie și Wallace, 2003).

Există critici care spun că studiile din acest domeniu s-au canalizat asupra problemei definiției, a considerentelor metodologice și au ignorat realitatea dură a vieții persoanelor vârstnice (Erlingson, 2007). Vocea acestora s-a auzit foarte puțin prin aceste studii și e rolul profesioniștilor să se facă cunoscute pentru a arăta cum persoanele vârstnice se constituie într-un grup social oprimat prin includerea lor într-un sistem de dominare și subordonare unde indivizii sunt categorisiți în funcție de variabile lipsite de etică. Oprimarea socială a bătrânilor promovează o balanță de putere în defavoarea lor și permanentizează abuzul. Astfel, Walsh și colab. (2011) conduc un “focus group” cu scopul de a analiza modurile prin care societatea privește persoanele vârstnice și identifică câteva din temele oprimirii acestora:

- (i) ageismul, persoanele vârstnice fiind tratate “*ca un copil*”, ca un “*incompetent*”, ca “*ceva de aruncat la guno*” “*o țintă ușoară*” sau “*mai puțin uman*”;
- (ii) sexismul, ceea ce explică de ce femeile bătrâne sunt mai frecvent abuzate, ele fiind privite ca “*sex slab*” sau “*fără apărare*”;
- (iii) dizabilitatea, persoanele vârstnice fiind privite ca lipsite de apărare din cauza slăbiciunii fizice și mentale;
- (iv) clasism, persoanele vârstnice fiind asociate cu sărăcia, lipsa de mijloace, limitarea autonomiei, ceea ce îi face “*sărace și abuzate*”.

Participanții la acest “Focus grup” au furnizat nenumărate modalități prin care forme variate de opresiune sunt întrețesute unele cu altele la nivel micro- și macro-social și tendința lor de a se perpetua în cultura actuală.

Capitolul 3

VIOLENȚA ÎN FAMILIE

Sociogeneza abuzului și violenței contra persoanelor vârstnice se ia în considerare, alături de evoluția în general a fenomenului și accentuarea binecunoscutului conflict dintre generații.

Dimensiunea fenomenului este într-o creștere subestimată, chiar ignorată și este explicată de mutații proprii societății contemporane precum: creșterea numerică a persoanelor vârstnice (îmbătrânirea demografică - “feminizarea îmbătrânirii”, creșterea numărului de femei în grupul de persoane vârstnice și “îmbătrânirea bătrânilor”, creșterea accentuată a numărului de persoane foarte vârstnice), mutațiile în structura și relațiile psiho-afective intrafamiliale, urbanizarea, inegalitatea socială.

Adesea, abuzul contra persoanelor vârstnice, este generat de către o rudă (membru al familiei) care locuiește împreună cu o persoană vârstnică sau de către persoane care nu au calitatea de rude, dar care fac parte din anturajul vârstnicului sau care vin în contact cu acesta. La aceste două categorii se adaugă și categoria instituțiilor care nu au în vedere condiția de persoană defavorizată a persoanei vârstnice.

Stereotipurile de gen și existența unui cumul de convingeri care minimalizează fenomenul violenței intrafamiliale, în special în mediul rural, reprezintă puternici factori de risc, în special în asociere cu faptul că problemele conflictuale între rude sunt probleme ce trebuie rezolvate în familie, neconsiderând necesară sesizarea autorităților pentru aplanarea lor. La acestea, se adaugă toleranța excesivă la violență din partea persoanelor vârstnice.

În mediul rural, violența este percepută ca un fenomen normal, considerându-se că unele comportamente violente pot fi justificate, deoarece “...orice om își mai pierde cumpătul și devine violent”.

Informațiile privind fenomenul răspândirii violenței familiale în România sunt foarte sumare și nu suficient de concludente pentru a avea o imagine de ansamblu asupra evoluției acestuia, în scopul abordării strategiilor celor mai eficiente. În acest sens, un rol însemnat l-au avut Institutul Național pentru Cercetarea și Prevenirea Criminalității din cadrul Inspectoratului General al Poliției, precum și

Violența asupra persoanelor vârstnice

diferitele institute de cercetare și organizații neguvernamentale care, printr-o serie de acțiuni concertate, au propus măsuri de asistență și prevenire. Eficiența acestor luări de poziție trebuie să țină seama atât de structurile sociale, cât și de mentalitățile culturale existente în societate, care pot întreține, într-o anumită măsură, violența familială. Aceasta din urmă mai poate fi influențată și de normele juridice care o incriminează, de relațiile dintre sexe, de raporturile stabilite între generații, de nivelul de dezvoltare economică, de gradul de cultură și civilizație, de modul de viață al unei familii și, nu în ultimă instanță, de trăsăturile de personalitate. De cele mai multe ori, factorii amintiți se intercondiționează reciproc.

Nu se aplică programe de educație publică sau civică, prezentate prin intermediul mass-media, care să-și propună prevenirea violenței între membrii familiei și conștientizarea factorilor de risc ce determină comiterea agresiunilor în mediul familial.

După cum sesiza un cunoscut psiholog român (Constantin Păunescu, *Agresivitatea și condiția umană*), **societatea contemporană este "bolnavă de violență"**. Referindu-se la familie, același autor arăta că "relațiile de familie ascund un paradox". Considerată spațiul celor mai profunde relații afective, refugiul din calea adversităților, familia este și cel mai activ centru de agresivitate, poate și pentru faptul că, în familie, fiecare își poate dezvălui adevărata față a personalității sale. Se pare că aici agresivitatea este extrem de puternică, mai puternică decât în oricare altă comunitate. Dar, spre deosebire de alte situații, violența familială constituie un secret de grup, foarte bine păzit și, de cele mai multe ori, mistificat din cauza solidarității în păstrarea unei imagini sacrosancte a familiei. Este binecunoscut că **în toate societățile bazate pe reguli și principii democratice, legile protejează familia față de intervențiile din afară, întrucât familia este considerată un spațiu privat**. Pe de o parte, reglementările juridice interzic autorităților să intervină în viața de familie; pe de altă parte, victimele actelor de violență familială trebuie protejate prin norme distincte. De toate aceste aspecte trebuie să se țină seama la elaborarea unor măsuri mai severe și mai ferme pentru diminuarea și prevenirea violenței familiale.

Institutul pentru Cercetarea și Prevenirea Criminalității are în vedere nu doar violența fizică (omor, vătămare, lovire), ci și cea sexuală (violul marital), cea psihologică (șantaj, denigrare, umilire, ignorare, abandon, izolare), cea verbală (insultă, amenințare),

Violența asupra persoanelor vârstnice

cea economică (privarea de mijloace și bunuri vitale), dar cazurile investigate sunt mult mai puțin numeroase decât cele reale.

Considerată cândva drept o problemă privată, violența familială este actualmente definită și pedepsită de lege. Este de subliniat faptul că în Codul Penal român, normele juridice pun mai mult accent pe apărarea drepturilor agresorului și nu pe protecția victimei. Nu există, încă, o strategie globală de prevenire a violenței în familie, însă aceasta din urmă este incriminată într-o serie de articole din Codul Penal. Astfel, sunt prevăzute actele săvârșite cu violență prin intermediul cărora sunt sancționate cele mai numeroase manifestări agresive din cadrul familiei. Sunt avute în vedere lovirea sau alte violențe (articolul 180), vătămarea corporală (articolul 181), vătămarea corporală gravă (articolul 182), lovirea sau vătămările cauzatoare de moarte (articolul 183), vătămarea corporală din culpă (articolul 184). Prin Legea nr.197/2000 pentru modificarea și completarea unor dispoziții din Codul Penal s-a urmărit sancționarea mai aspră a agresorilor și, implicit, protecția victimelor. Astfel, în cazul articolului 180, dacă atât forma simplă, cât și cea agravantă a infracțiunii în discuție vizează în mod direct un membru al familiei, pedepsele sunt mult mai mari; în aceste cazuri, acțiunea penală se pune în mișcare atât la plângerea persoanei vătămate, cât și din oficiu. Un inconvenient al noilor prevederi se referă la înlăturarea răspunderii penale în cazul împăcării părților, chiar și atunci când acțiunea penală a fost pusă în mișcare din oficiu. În cazul săvârșirii acestei infracțiuni se poate lua și măsura interzicerii de a reveni în locuința familiei la cererea persoanei vătămate, doar atunci când infractorul a fost condamnat la pedeapsa închisorii de cel puțin un an. Această măsură de siguranță poate fi luată pe o durată de până la doi ani. Vătămarea corporală (articolul 181) săvârșită asupra membrilor familiei este o formă agravantă a acestei infracțiuni ce este sancționată mai sever. Violența familială este incriminată și în articolul 197 (violul) ca formă agravantă a acestei fapte penale atunci când victima este membru al familiei.

Printre alte infracțiuni ce privesc violența familială, în Codul Penal se prevede că omorul săvârșit asupra soțului sau asupra unei rude apropiate este o formă mai gravă a omorului calificat, elementul circumstanțial din cadrul acestei infracțiuni fiind tocmai calitatea de soț sau de rudă apropiată¹.

¹ Art. 199 Jurisprudență Violența în familie

În acest context **credem că se impun anumite modificări ale legislației existente în ceea ce privește actele de violență exercitate asupra membrilor familiei. Sistemele de justiție penală trebuie să furnizeze programe de sprijin și tratament, astfel încât victimele să fie protejate, iar agresorii educați să nu mai cultive violența.**

Incriminarea violenței familiale nu poate avea efecte pozitive fără a dezvolta politici sociale complementare pentru a sensibiliza opinia publică în legătură cu gravitatea acestui fenomen. Este necesară, astfel, introducerea unor programe de tratament și de reeducare a agresorilor, care să cuprindă o analiză detaliată a scopurilor, obiectivelor, metodelor și gradului lor de eficacitate. De exemplu, asemenea programe au fost elaborate și aplicate în SUA și în Canada, unde violența familială constituie o problemă prioritară a serviciilor sociale. În aceeași ordine de idei, s-ar putea crea servicii și agenții speciale în sprijinul victimelor, servicii în cadrul cărora grupuri voluntare de persoane să acorde un ajutor efectiv și susținere emoțională. Se impune, astfel, intervenția coordonată a comunității față de amploarea și gravitatea violenței în familie prin acțiuni concertate ale polițiștilor de proximitate, judecătorilor, medicilor, asistenților sociali sau ale unor organizații specializate.

Fenomenul violenței intrafamiliale se află printre preocupările majore ale ONU și ale altor organisme internaționale. Nu trebuie uitat nici faptul că în Declarația Universală a Drepturilor Omului, **familia este definită ca fiind elementul natural și fundamental al societății și are dreptul la ocrotire din partea statului.** Promovarea unor măsuri legislative mai ferme de sancționare a agresorilor, intervenția mai hotărâtă a organelor de poliție în detensionarea conflictelor familiale, multiplicarea acțiunilor de asistență socială sunt printre cele mai adecvate și necesare modalități de diminuare și prevenire a acestui fenomen social. Acestora trebuie să li se asocieze măsuri cum sunt: prevenirea izolării familiei de societate și sprijinul acordat familiilor defavorizate. În același timp, este de remarcat că nici o măsură de natură a preveni sau diminua violența familială nu

(1) Dacă faptele prevăzute în art. 188, art. 189 și art. 193-195 sunt săvârșite asupra unui membru de familie, maximul special al pedepsei prevăzute de lege se majorează cu o pătrime.

(2) În cazul infracțiunilor prevăzute în art. 193 și art. 196 săvârșite asupra unui membru de familie, acțiunea penală poate fi pusă în mișcare și din oficiu. Împăcarea înlătură răspunderea penală.

Violența asupra persoanelor vârstnice

va avea eficiență atâta timp cât nu este înlăturată violența ce se manifestă la nivelul societății românești.

Violența în cadrul familiei suscită din ce în ce mai multă atenție, problema este de actualitate, iar cercetările pentru cunoașterea actelor de violență de acest gen beneficiază de un interes crescut.

Sănătatea publică se caracterizează în primul rând pe accentul pe care îl pune pe prevenție (primară, secundară, terțiară, cuaternară). Prevenția nu trebuie să se limiteze la intervenția după producerea fenomenului violenței, ci se bazează pe faptul că este posibil să se prevină din timp comportamentele violente și consecințele acestora.

Într-o abordare a tratării și soluționării problemei violenței se poate recomanda parcurgerea succesivă a următoarelor etape:

- descoperirea și cunoașterea tuturor aspectelor de bază ale violenței printr-o colectare sistematică de date (amplarea, caracteristicile și consecințele violenței la scară locală, națională și internațională);
- realizarea unor analize, anchete clinice și epidemiologice pentru determinarea cauzelor, corelațiilor, factorilor de risc, factorilor favorizanți ai violenței, precum și a factorilor asupra cărora se poate interveni, influențând pozitiv fenomenul;
- conceperea unor mijloace de prevenire a violenței utilizând informațiile furnizate de analizele efectuate și aplicarea lor acordând atenție evaluării intervențiilor;
- punerea în practică a măsurilor dovedite ca promițătoare, difuzarea pe larg a informațiilor și calcularea eficienței programelor aplicate.

În general, statisticile privind fenomenul violenței în familie au o valoare informativă destul de limitată, deoarece aceasta continuă să fie încă un subiect privat, asupra căruia, persoanele în cauză nu doresc să vorbească, informațiile respective fiind considerate ca făcând parte din "viața privată a cuplului".

În același timp, cifrele privind acest fenomen, deschid un amplu subiect de discuție, demonstrând totodată că, într-adevăr, fenomenul violenței familiale reprezintă o problemă majoră care la rândul ei cuprinde o multitudine de aspecte.

În acest context, se poate afirma că valoarea informativă a datelor asupra frecvenței fenomenului este limitată și aproximativă. Fiind vorba despre acte pe care societatea nu le autorizează, datele nu furnizează decât informații sumare asupra amplitudinii fenomenului.

În realitate, declarațiile făcute investigatorului sau polițistului asupra violențelor trăite sunt supuse unor influențe diverse. Interesul crescut pe care îl suscită violența împotriva femeilor poate da naștere la analize centrate pe culegerea informațiilor asupra diferitelor forme de violență. De fiecare dată, când este evocat un subiect sensibil, persoanele chestionate au tendința de a ascunde o parte a realității. Apare astfel riscul unei analize bine intenționate, dar nefundamentate, care nu oferă rezultate reale, prevalența actelor de violență fiind inferioară realității. Aceste rezultate ridică întrebări de ordin moral și practic.

Impactul informațiilor eronate riscă să fie mult mai periculos decât lipsa de informații, deoarece un nivel al prevalenței inferior realității poate fi utilizat pentru a contesta importanța fenomenului violenței. Este deci important ca o analiză asupra violenței în familie să fie condusă după o metodologie clară pentru a reduce la maximum acest fenomen. Un exemplu concret de erori ce se pot produce în cadrul unei analize este cel care va "masca" cunoașterea "reală" a situației, respectiv "motivele" pentru care persoana violentată refuză să "discute" despre violență; un motiv pentru care o femeie va păstra tăcerea asupra violențelor suferite îl constituie frica acesteia de a suporta alte noi violențe "de pedepsire" din partea agresorului.

3.1. Statistici utilizate la realizarea de analize ce privesc fenomenul de violență

3.1.1. Statistici criminalistice

Statisticile criminalistice ale poliției indică numărul de plângeri penale înregistrate. Dar, din diverse motive, nu toate delictele ce țin de dreptul penal sunt denunțate. În cazul violenței în familie, în particular, sunt foarte frecvente cazurile când victimele nu doresc intervenția autorităților statului în mediul familial. Deoarece, în ultimii ani sensibilizarea opiniei publice a crescut ca urmare aportului justiției, persoanele violentate, au din ce în ce mai mult curaj să depună "plângeri".

Putem afirma că numărul de delictes denunțate este influențat în mare măsură de capacitatea și dispoziția victimei de a depune o plângere. Este deci quasi-imposibil de

determinat, într-o perioadă, care a fost creșterea sau scăderea numărului delictelor, cu alte cuvinte: amploarea reală a fenomenului de violență.

3.1.2. Statistica condamnărilor reale

Statistica condamnărilor pronunțate nu permite, de asemenea, stabilirea cu certitudine a frecvenței violenței în familie. În realitate, între actele de violență suportate de o persoană și condamnarea autorului faptei, există o succesiune de faze care complică /împiedică precizarea numărului de condamnări din numărul de acte de violență comise.

Aceste filtre sunt reprezentate de numărul de reclamații la poliție, instrucțiuni penale, existența sau absența de probe și aprecierea faptelor de către judecător.

3.1.3. Statistici privind consilierea victimelor

Centrele de consiliere și ONG-urile care acordă ajutor victimelor diferitelor agresiuni și infracțiuni, țin în general o evidență asupra activității și asupra serviciilor acordate. Dacă această statistică indică în mod corect numărul persoanelor care au solicitat ajutor, precum și tipurile de consiliere acordate și motivele solicitării, aceste date generale indică prea puține informații asupra episoadelor de violență în familie; este foarte probabil ca majoritatea victimelor să nu caute "un ajutor propriu-zis" atunci când apelează la un astfel de centru de consiliere.

Erori care pot interveni în astfel de evidențe sunt cele reprezentate de luarea în evidență de mai multe ori a aceleiași victime, din momentul când este înregistrată ca victimă a unor delict multiple.

3.1.4. Statistica cercetărilor empirice

Exemplul unor studii diverse ne evidențiază cauzele datorită cărora, analizele empirice nu pot furniza cifre fiabile. Gillioz (Gillioz, L. et al., *Domination et violence envers la femme dans le couple*, Lausanne, Payot, 1997) a interogat un grup reprezentativ de femei asupra violenței în familie, utilizând un chestionar structurat aplicat prin telefon. Concluzia: numărul cazurilor reale au fost mult mai mari, comparativ cu cele înregistrate. Pentru a explica acest decalaj, el a avansat următoarele argumente:

- persoanele aflate într-un raport de violență cu partenerul(a) refuză să răspundă;

Violența asupra persoanelor vârstnice

- violența în familie continuă să rămână un subiect privat, asupra căruia persoanele prezintă reticențe și deci nu doresc să vorbească;
- este dificil de stabilit dacă declarațiile făcute sunt corecte în măsura în care victima minimizează sau dramatizează faptele de violență trăite.

Acești factori pot provoca distorsiuni reale ale rezultatelor finale, datele subestimând sau supra-estimând fenomenul.

Metoda de cercetare utilizată poate, de asemenea, ridica numeroase probleme. Putem lua ca exemplu rezultatul cercetărilor în care, utilizând un instrument numit Conflict Tactics Scale (CTS), au afirmat că "bărbații suferă în aceeași măsură ca și femeile de acte de violență în cadrul cuplului". Această afirmație a provocat o reală controversă, deoarece contrazice toate datele oferite de poliție, justiție, serviciile de sănătate, cabinetele medico-legale.

Cauza acestor divergențe se datorează faptului că scala CST consideră toate actele agresive ca și acte de violență, fără a ține seama de geneza și contextul celor de violență.

3.1.5. Alte statistici

În ceea ce privește statistica mortalității datorată violenței în familie, este aproape sigur că cifrele cunoscute subestimează consecințele reale ale violenței, decesul reprezentând o parte evidentă a acesteia.

Agresiunile fizice, psihice și sexuale cotidiene sunt în mare parte necunoscute și nu există astfel de estimări naționale. Agresiunile nu se soldează, în marea majoritate a cazurilor, cu traumatisme grave care să determine victima să apeleze la sistemele de îngrijiri medicale și uneori, chiar atunci când persoanele grav afectate de violență fac apel la sistemele medicale de urgență și de supraveghere, acestea nu le înregistrează ca acte de violență.

Chiar dacă datele statistice sau cele prin sondaj nu oferă decât o fiabilitate limitată, ele ne ajută să ne formăm o idee asupra amplitudinii violenței în general și asupra persoanelor vârstnice în subsidiar.

3.2. Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2018

Strategia națională de prevenire și combatere a violenței în familie are ca premise asumate politic importanța asigurării stabilității cadrului legislativ și instituțional în domeniu și alocarea resurselor adecvate pentru o funcționare eficientă a instituțiilor care luptă împotriva acestui flagel, ce afectează viața de familie, în România.

Strategia Națională de Prevenire și Combatere a Violenței în Familie pentru perioada 2013 – 2018 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale de Prevenire și Combatere a Violenței în Familie pentru perioada 2013 – 2017 stabilesc un set de măsuri destinate să reducă sau să contribuie la diminuarea actelor de violență în familie, să atenueze sentimentul de insecuritate al victimei precum și să reducă riscul recidivei și facilitarea unui reintegrări sociale a persoanelor care au comis infracțiuni de violență în familie.

Cadrul legislativ național și internațional în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie este prezentat în anexa nr. 1.

Obiective generale:

1. Prevenirea violenței în familie în vederea diminuării fenomenului;
2. Protecția victimelor violenței în familie și responsabilizarea agresorilor prin constituirea unui cadru instituțional integrat și adoptarea unor politici și măsuri specifice;
3. Promovarea cooperării intersectoriale și susținerea parteneriatului cu societatea civilă și a parteneriatului public-privat în implementarea politicilor în domeniu.

Obiective operaționale:

1. Creșterea eficacității programelor de prevenire prin implementarea sistematică a măsurilor de prevenire în vederea reducerii toleranței la violența în familie.
2. Dezvoltarea de atitudini și comportamente non-violente pentru atingerea obiectivului "toleranță zero" față de violența în familie.
3. Asigurarea implementării unitare a legislației și îmbunătățirea cadrului legislativ actual prin elaborarea legislației secundare.
4. Întărirea capacității instituționale a autorităților administrației publice centrale și locale de gestionare a violenței în familie corelat cu violența asupra copilului.

Violența asupra persoanelor vârstnice

5. Dezvoltarea unui sistem unitar de servicii sociale specializate în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie și asigurarea calității acestora, printr-o abordare nediscriminatorie, în particular sensibilă la diferențele culturale, de vârstă și gen.
6. Crearea unui sistem informațional integrat de înregistrare, raportare și management al cazurilor de violență în familie și violență asupra copilului la nivel național.
7. Dezvoltarea și consolidarea competențelor profesionale ale resurselor umane în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie. Creșterea calității resurselor umane.
8. Dezvoltarea relațiilor de colaborare între partenerii interni și între statul român și statele sau organismele internaționale implicate în prevenirea și combaterea violenței în familie.
9. Monitorizarea și evaluarea activităților întreprinse în vederea prevenirii și combaterii violenței în familie.

Fiecare măsură cuprinsă în prezenta strategie și în planul de acțiune se subsumează următoarelor principii:

- a) Principiul legalității în desfășurarea activităților de prevenire și combatere a violenței în familie;
- b) Principiul respectării drepturilor omului și a libertăților fundamentale în implementarea măsurilor de prevenire și combatere a violenței în familie;
- c) Principiul nediscriminării și egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați - impune actorilor care gestionează cazurile de violență în familie adoptarea unui comportament corect, imparțial și nediscriminatoriu, fără deosebire de rasă, sex, religie, naționalitate, apartenență politică, avere sau origine socială, față de toți cetățenii;
- d) Principiul celerității în instrumentarea cazurilor de violență în familie;
- e) Principiul prevenirii săvârșirii actelor de violență în familie;
- f) Principiul securizării și protecției victimei - garantează intervenția, în limita cadrului legal, prin acțiuni care să asigure inclusiv protecția fizică a victimei;
- g) Principiul centrării pe persoană. Acest principiu presupune centrarea pe nevoile persoanei și implicarea ei activă în toate deciziile ce o privesc;

Violența asupra persoanelor vârstnice

- h) Principiul confidențialității și al normelor deontologice profesionale, fără prejudicierea activității de semnalare a situațiilor de violență sau a activității de instrumentare a cazurilor;
- i) Principiul prevenirii revictimizării, prin limitarea interviurilor repetate;
- j) Principiul finanțării adecvate și utilizării responsabile a resurselor financiare alocate pentru implementarea măsurilor identificate pentru atingerea obiectivelor de reducere a violenței în familie;
- k) Principiul descentralizării în dezvoltarea acțiunilor de prevenire și combatere a violenței în familie - presupune acordarea unui sprijin logistic și financiar pentru autoritățile locale;
- l) Principiul abordării integrate - presupune coordonarea și cooperarea între toate instituțiile implicate, iar practicile și procedurile în domeniul prevenirii, monitorizării și combaterii violenței în familie, precum și cele de implementare a măsurilor de asistență socială, vor avea la bază o viziune și o concepție unitară, cu accent pe parteneriat și colaborarea în rețea;
- m) Principiul parteneriatului public – privat, care recunoaște importanța cooptării societății civile în activitățile concrete de implementare a măsurilor de prevenire și combatere a violenței în familie.

Pentru anii 2013 - 2018, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și-a propus atingerea următoarelor direcții de acțiune, ținând cont de măsurile prevăzute de prezenta strategie, respectiv:

1. dezvoltarea capacității autorităților administrației publice locale de a interveni în prevenirea și combaterea violenței în familie;
2. implementarea la nivel național a Sistemului informațional integrat de înregistrare, raportare și management al cazurilor de violență în familie;
3. creșterea eficienței în combaterea infracțiunilor de violență în familie;
4. realizarea de acțiuni de prevenire a fenomenului violenței în familie, în colaborare cu instituțiile partenere;
5. formarea profesională continuă a specialiștilor care activează în domeniul violenței în familie (de ex., pentru asistent social, polițist, medic /medic legist, psiholog, procuror, judecător);

Violența asupra persoanelor vârstnice

6. recuperarea victimei și /sau a agresorului familial prin activități integrate și complementare medicale, de informare, consiliere, psihoterapie și alte terapii, derulate într-o manieră integrată în scopul creșterii autonomiei și valorii sociale individuale, a dezvoltării responsabilității și redobândirii abilității sociale;
7. continuarea procesului de finanțare pentru înființarea de noi unități de prevenire și combatere a violenței în familie.

Activitățile în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie se finanțează conform prevederilor legale în vigoare din următoarele surse:

- a)** bugetul de stat;
- b)** bugetele fondurilor provenite din credite externe contractate sau garantate de stat și ale căror rambursare, dobânzi și alte costuri se asigură din fonduri publice;
- c)** bugetele fondurilor externe nerambursabile;
- d)** bugetele locale ale județelor, respectiv ale sectoarelor municipiului București, precum și ale municipiilor, orașelor și comunelor;
- e)** donații, sponsorizări și alte surse, în condițiile legii.

În conformitate cu prevederile Legii nr. 217/2003 privind prevenirea și combaterea violenței în familie, republicată, implementarea strategiei pentru prevenirea și combaterea violenței în familie se va realiza sub autoritatea și în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice prin structurile de specialitate. Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice în colaborare cu Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției vor asigura mediatizarea strategiei, precum și diseminarea informațiilor relevante și bunele practici identificate în implementarea strategiei.

Capitolul 4

REALIZĂRI CARE PRIVESC DIMINUAREA VIOLENȚEI

4.1. În domeniul protecției sociale

În domeniul protecției sociale a populației, România a semnat în anul 1997 și a ratificat prin Legea nr. 74/1999, Carta Socială Europeană adoptată de Consiliul Europei, care vizează dreptul la protecția sănătății, la securitatea socială și medicală, cât și dreptul de a beneficia de servicii sociale.

Potrivit art. 23 al Cartei, care reglementează dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială, statele semnatare se angajează să promoveze măsuri care să permită acestora să beneficieze de o existență independentă în mediul lor obișnuit, atât timp cât doresc și cât este posibil, măsuri cu privire în primul rând la serviciile de sănătate de care au nevoie.

Una dintre cele mai importante măsuri guvernamentale întreprinse în acest sens de România în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice a constat în elaborarea unui cadru juridic, care să țină seama de normele europene.

Astfel, a fost adoptată Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice și Legea asistenței sociale nr. 292/2011. În conformitate cu prevederile art.4 din această lege, principiile care stau la baza funcționării sistemului de asistență socială sunt: universalitatea (potrivit căreia fiecare persoană are dreptul la asistență socială în condițiile legii); respectarea demnității umane (potrivit căreia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității); solidaritatea socială (conform căreia comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale); subsidiaritatea (potrivit căreia, în situația în care persoana sau familia nu își poate asigura integral nevoile sociale, intervin colectivitatea locală și structurile ei asociative și, complementar, statul).

Chiar dacă, în ceea ce privește legislația în domeniul protecției sociale, s-au făcut progrese considerabile și s-a elaborat un cadru legislativ adecvat pentru protecția socială a persoanelor vârstnice, cea mai importantă problemă rămâne cea a punerii în practică a tuturor instrumentelor de protecție socială create, deoarece sunt evidente disfuncționalitățile existente, în prezent, în sistemul de protecție socială a vârstnicilor.

Violența asupra persoanelor vârstnice

Legislația în vigoare prevede că dreptul la asistență socială se stabilește pe baza unei anchete sociale care se elaborează luându-se în considerare afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.

Nevoile persoanelor vârstnice care și-au pierdut total sau parțial autonomia, nevoi ce pot fi de natură medicală, sociomedicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza „Grilei Naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice”. Acest instrument de evaluare a fost aprobat în anul 2000 și cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Dependența, potrivit art. 1 alin. 3 din HG nr. 886/2000, reprezintă situația unei persoane care, urmare a pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și /sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții cotidiene. Pe baza evaluării și a analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se propune măsura de asistență socială justificată de situația constatată.

Serviciile comunitare care sunt reglementate de Legea nr.17/2000 constau în:

- îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu;
- îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
- îngrijire în centre de zi.

Serviciile comunitare care, potrivit legii, pot fi asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu, constau în:

- servicii sociale (vizând în principal prevenirea marginalizării și sprijinirea reintegrării sociale);
- servicii socio-medicale (vizând ajutorul pentru realizarea igienei personale, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice);
- servicii medicale (sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu, consultații stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale).

4.2. În domeniul îngrijirii

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine și centre de recuperare reprezintă o măsură de asistență socială care se dispune numai cu titlu de excepție. Accesul unei

Violența asupra persoanelor vârstnice

persoane vârstnice în cămin se face avându-se în vedere următoarele criterii de prioritate:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- nu se poate gospodări singură;
- este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice;
- nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

În cadrul căminelor pentru persoane vârstnice și centrele de recuperare se asigură condiții de găzduire și de hrană, îngrijiri medicale, recuperare și readaptare, activități de ergoterapie și de petrecere a timpului liber, asistență socială și psihologică. Serviciile medicale asigurate în cămin constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei imobilizate; servicii de îngrijire-infirmierie; asigurarea medicamentelor; asigurarea cu dispozitive medicale; consultații și îngrijiri stomatologice.

Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine, precum și susținătorii legali ai acestora, au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere. În cazul persoanelor vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, contribuția de întreținere este asigurată din bugetele locale sau județene, după caz.

Potrivit unei analize privind abuzurile și neglijențele față de cei care locuiesc în cămine și centre de îngrijire a persoanelor vârstnice, un procent de 70 % din personalul de îngrijire chestionat a recunoscut că a comis acte violente sau acte care pot fi considerate îndoielnice, că nu a fost sancționat, atunci când o acțiune era necesară sau că a asistat la astfel de acțiuni sau inacțiuni.

În practică, perceperea relelor tratamente se dovedește adesea a fi foarte dificilă. Printre cauzele principale pentru care relele tratamente nu sunt identificate se numără: pudoarea victimelor; dependența de asistență, îngrijire și sprijin din partea celor care aplică relele tratamente și frica de răzbunare ulterioară și de o înrăutățire a situației; incapacitatea fizică de a relata despre relele tratamente îndurate, din cauza bolii,

Violența asupra persoanelor vârstnice

îndeosebi în cazul atrofierii celulelor creierului, incertitudinile legate de bănuiala că au fost aplicate rele tratamente.

În prezent, numai o mică parte din persoanele vârstnice dependente sunt îngrijite în centre instituționale, însă se preconizează creșterea numărului de persoane asistate în căminele pentru persoanele vârstnice, îndeosebi din rândurile persoanelor foarte vârstnice. Totodată, se constată o tendință de abandonare a îngrijirii la domiciliu și de utilizare a îngrijirii în centre rezidențiale sau prin intermediul serviciilor de îngrijire în ambulatoriu.

În marea majoritate a centrelor de îngrijire nu se ajunge la rele tratamente. Acest lucru este valabil îndeosebi pentru centrele recunoscute și controlate periodic, care respectă cu strictețe dispozițiile privind asistarea persoanelor vârstnice.

Cu toate acestea, unele centre de îngrijire au o reputație proastă. Analizele periodice privind relele tratamente din centrele de îngrijire sunt puține, însă unele verificări, efectuate de serviciile medicale ale furnizorilor de asigurări de sănătate, au arătat că relele tratamente ale vârstnicilor nu sunt cazuri izolate.

S-a constatat deteriorări ale stării de sănătate cauzate de proasta îngrijire și lipsuri în serviciile de îngrijire, de exemplu la administrarea de alimente și surse de hidratare, prescrierea de medicamente psihotrope într-un dozaj prea mare, deficiențe în raport cu medicamentele uzuale și măsurile de împiedicare a mișcării libere a asistaților.

În centrele de îngrijire se întâlnește adeseori neglijența și indiferența, în locul unei atitudini orientate către persoana aflată în îngrijire. Orarele rigide sunt împotriva autodeterminării și independenței asistaților.

Noțiunea de “îngrijire” este înțeleasă în sens larg și merge de la ajutor și sprijin în gospodărie până la terapie intensivă (staționară).

Un risc deosebit prezintă persoanele vârstnice dependente de îngrijire și /sau izolate sau aflate în centre de recuperare.

Din acest motiv, situația acestora, pericolele specifice și posibilitățile de prevenire și intervenție constituie o problemă specială.

Relele tratamente aplicate persoanelor vârstnice aflate în îngrijire sunt înțelese ca o problemă specifică gerontologiei și nu cuprind numai relele tratamente corporale

Violența asupra persoanelor vârstnice

aplicate persoanelor care necesită îngrijire, ci și toate acțiunile și inacțiunile care au efecte negative grave asupra situației de viață și a confortului persoanelor vârstnice.

Forme ale acestor rele tratamente pot fi:

- **violența corporală directă** (lovituri, zgâlțâituri, ciupituri, aplicarea de sancțiuni corporale, imobilizarea mecanică, privarea acestora de aparatele ajutătoare etc.);
- **violența corporală indirectă** (administrarea nejustificată de medicamente, de exemplu sedative etc.);
- **abuzul sexual** (nerespectarea limitelor pudorii individuale, contacte intime neconsimțite etc.);
- **violența emoțională sau psihică** (agresiune verbală, dispreț sau indiferență, răceală emoțională, izolare socială, amenințarea cu violență corporală sau alt tip de violență sau alte represiuni, înjurături, umilințe etc.);
- **exploatarea financiară sau materială** (utilizarea neautorizată a averii, vânzarea neconsimțită a bunurilor imobiliare, convingerea sau silirea la a face cadouri bănești, deturnarea de bani și obiecte de valoare până la obținerea de avantaje bănești etc.);
- **neglijența** (ignorarea serviciilor cotidiene de îngrijire, a asistenței pentru igienă și a asistenței în general, îndeosebi privarea de alimente și surse de hidratare, apariția de escare și decubit cauzate de îngrijirea deficitară a persoanelor imobilizate la pat);
- **amenințarea cu abandonul sau cu plasarea într-un cămin;**
- **abuzul prin cooptarea în serii de experimente fără acordul sau împotriva voinței persoanei vârstnice.**

Atât în îngrijirea la domiciliu, cât și în îngrijirea în centre specializate se poate ajunge la rele tratamente aplicate persoanelor vârstnice. Există informații despre neglijențe, abuzuri și violență în serviciile de îngrijire, un domeniu puțin cunoscut, dar considerat a fi larg diversificat.

În prezent, domiciliul privat este încă habitatul de zi cu zi al majorității persoanelor vârstnice. În majoritatea situațiilor de îngrijire nu apar rele tratamente. Îngrijirea la domiciliu presupune diferite efecte negative, în special pentru sănătatea, starea

generală și viața socială a persoanelor care acordă îngrijire. Familiile trebuie să suporte constrângeri destul de mari pentru a-și îngriji rudele vârstnice.

Relele tratamente în îngrijirea la domiciliu nu se explică totuși numai prin supraîncărcarea persoanei care îngrijește, ci și prin prezența a nenumărați factori de risc. Dintre aceștia fac parte calitatea relației înainte de apariția nevoii de îngrijire, dependența de droguri și tulburările psihice ale persoanei care îngrijește, izolarea socială și insuficiența sprijinului social, dar și comportamentul agresiv al persoanei care necesită îngrijire.

În vederea asigurării îngrijirilor la domiciliu pentru persoanele vârstnice, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire specializat. Autorizarea persoanelor fizice și juridice care acordă servicii de îngrijiri la domiciliu este reglementată de Normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii, aprobate prin Ordinul nr. 318/2003, emis de ministrul sănătății.

Potrivit art. 4 din aceste Norme, beneficiază de îngrijiri medicale la domiciliu persoanele cu afecțiuni acute și /sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici. Îngrijirea la domiciliu se efectuează numai la indicația medicilor, iar furnizorii de îngrijiri au obligația de a comunica medicului care a recomandat aceste servicii situația evoluției stării de sănătate a persoanei îngrijite.

4.3. Prevenția privind actele antisociale

Asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizațiilor pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice. **Serviciile sociale** reprezintă servicii privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrare socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și a gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei. **Serviciile socio-medicale** sunt oferite pentru realizarea igienei

Violența asupra persoanelor vârstnice

personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate.

Serviciile medicale sunt acordate sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale, în baza reglementărilor legale privind asigurările sociale de sănătate.

În condițiile fenomenului de îmbătrânire a populației și a contextului socio-economic actual, numărul persoanelor vârstnice dependente de ajutor este în creștere, iar măsurile aplicate de guvern pentru finanțarea prestațiilor sociale sunt insuficiente. În aceste condiții se impune sporirea rolului comunităților locale, organizațiilor neguvernamentale, instituțiilor religioase și de caritate, persoanelor fizice.

Numărul redus al beneficiarilor care apelează la serviciile destinate prevenirii și combaterii violenței în familie este determinat de următoarele motive:

- lipsa de informare sau mediatizarea insuficientă a fenomenului;
- numărul limitat de pârghii legale prin care se pot asigura drepturile beneficiarilor;
- absența unei reacții comunitare adecvate cazurilor de violență în familie;
- încrederea slabă în intervenția instituțiilor publice la nivelul instrumentării cazurilor;
- teama de a se expune judecății opiniei publice.

Până în prezent nu s-au realizat programe unitare, la nivel național, care să țină seama de faptul că nevoile populației vârstnice se diferențiază și au un grad ridicat de individualizare, atât în ceea ce privește categoriile de nevoi, cât și prioritățile.

PROPUNERI

5.1. Îmbunătățirea asistenței sociale a persoanelor vârstnice

În domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice este imperios necesar: inițierea unei noi legi privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice; asigurarea accesului la servicii sociale a persoanelor vârstnice expuse riscului de excluziune socială; dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative; introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice; reglementarea unui sistem național în acest domeniu care să fie monitorizat de o autoritate națională; dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistentul social, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice; îmbunătățirea cadrului legislativ ce reglementează organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial; reglementarea sistemului de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență al persoanelor vârstnice; stimularea organizațiilor neguvernamentale să înființeze unități de asistență socială pentru persoane vârstnice, cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat.

5.2. Prevenirea și combaterea violenței asupra persoanelor vârstnice

În acest domeniu se sugerează următoarele măsuri:

- Sensibilizarea societății românești asupra fenomenului de violență în familie prin promovarea valorilor familiale, prin dezvoltarea, inclusiv prin educație, de atitudini și comportamente non-violente, precum și conștientizarea asupra efectelor actelor de violență în familie;
- Dezvoltarea cadrului legislativ, a normelor, procedurilor, precum și a formării de specialitate în contextul construcției instituționale pentru creșterea capacității de prevenire, intervenție și combaterea violenței în familie;
- Asistența și intervenția socială în domeniul violenței în familie prin dezvoltarea unui sistem unitar de servicii specializate acordate atât victimelor, cât și agresorilor familiari;
- Monitorizarea și cercetarea fenomenului de violență în familie prin crearea unui sistem informatic de înregistrare a cazurilor de violență în familie, precum și

Violența asupra persoanelor vârstnice

elaborarea de analize sectoriale pentru a obține o imagine reală a amplitudinii acestui fenomen;

- Cooperarea inter-instituțională și realizarea parteneriatului intern și extern incluzând formele organizate ale societății civile pentru determinarea resurselor financiare, materiale, umane, pentru o mai bună și mai eficace gestionare a fenomenului de violență în familie la toate nivelurile societății;
- Promovarea egalității de șanse și de gen, precum și a echității în prevenirea violenței în familie, prin încurajarea aplicării mecanismelor incluziunii sociale în rândul persoanelor vârstnice.

Relele tratamente și violența aplicate persoanelor vârstnice sunt inacceptabile, indiferent de circumstanțele sau amploarea acestora și nu trebuie să fie ignorate. Din această cauză persoanele vârstnice trebuie să fie protejate, fie că rămân la domiciliu sau merg în centre de asistență și recuperare. Pentru soluționarea favorabilă a acestui deziderat major este necesar:

- schimbarea percepției asupra imaginii vârstei înaintate;
- acordarea unei mai mari atenții fenomenului discriminării pe criterii de vârstă, deoarece aceasta este adeseori și cauza relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice; ar trebui să se treacă în mod evident la integrarea socială a persoanelor vârstnice și la perceperea îngrijirii lor ca pe o sarcină comună;
- persoanele vârstnice trebuie să poată alege locul în care doresc să trăiască, în funcție de amploarea sprijinului de care au nevoie;
- persoanele vârstnice trebuie să aibă posibilitatea să reclame incidentele și să existe încrederea că toate informațiile comunicate vor fi tratate cu discreție și eficiență;
- sensibilizarea publicului asupra relelor tratamente aplicate persoanelor vârstnice prin intermediul campaniilor mediatice;
- îmbunătățirea informației privind relele tratamente, disponibilă pentru persoanele vârstnice și rudele acestora;
- garantarea, pentru personalul calificat de îngrijire, a dreptului de a raporta incidentele privind relele tratamente și de a primi suficiente sfaturi și sprijin;

Violența asupra persoanelor vârstnice

- organizarea de cursuri de formare cu privire la identificarea rețelor tratamente și la mecanismele de abordare a acestora, pentru tot personalul medical și de îngrijire, precum și pentru cel din poliția de proximitate;
- asigurarea faptului că rețelele de servicii sociale pot furniza centre de primire de urgență, grupuri de sprijin și consiliere confidențială prin telefon;
- informarea rudelor care acordă îngrijire vârstnicilor cu informații referitoare la simptomele și evoluția bolilor (de exemplu, demența) în vederea furnizării acestora a unui sprijin suficient și eficient;
- asigurarea faptului că rudele care acordă îngrijire au acces adecvat la serviciile de îngrijire de zi, servicii de îngrijire temporară și sprijin medical pentru înlăturarea stresului unei îngrijiri care poate ajunge eventual la 24 de ore pe zi;
- organizarea de rețele între instituții pentru asigurarea cooperării, formării și schimbului sistematic de informații;
- organizarea de servicii de monitorizare și control, pentru a garanta furnizarea de servicii de calitate pentru persoanele vârstnice, servicii bazate pe standarde de îngrijire clar exprimate și accesibile publicului și pentru a garanta că aceste organisme au autoritatea de a lua măsuri de remediere;
- identificarea rețelor tratamente într-un mod discret, fie că acestea au loc la domiciliu sau în centre specializate; poliția sau acțiunile în justiție ar putea face parte din acest proces.

Pentru a răspunde așteptărilor populației, activitatea Poliției Române a cunoscut ample transformări structurale și calitative, adoptând în acest cadru și conceptul "poliție de proximitate".

Poliția Română și implicit poliția de proximitate are, potrivit art. 26 alin (1) din Legea nr. 218/2002, atribuțiile și responsabilitățile cuprinse în anexa nr. 2.

5.3. Obiective strategice

În vederea asigurării unei mai bune protecții a persoanelor vârstnice, care să răspundă nevoilor specifice ale acestei categorii de populație și prevenirea violenței, propunem următoarele obiective strategice:

Violența asupra persoanelor vârstnice

- Reorientarea politicilor sociale în vederea îmbunătățirii nivelului de trai al persoanelor vârstnice;
- Implementarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015 – 2020;
- Inițierea de măsuri care să combată riscul de excluziune socială a persoanelor vârstnice rămase singure, fără familie;
- Reglementarea prevenirii oricăror forme de abuz și neglijare a persoanei vârstnice, intensificarea colaborării cu poliția de proximitate, crearea de servicii sociale specializate destinate victimelor abuzului;
- Îmbunătățirea sistemului național de îngrijire a sănătății vârstnicilor;
- Reglementarea unui sistem național de servicii socio-medicale pentru persoanele vârstnice care nu se mai pot autogospodări și a standardelor de calitate pentru acestea;
- Facilitarea accesului permanent al persoanelor vârstnice la serviciile sociale și de sănătate;
- Dezvoltarea îngrijirilor socio-medicale la domiciliu ca alternativă a instituționalizării persoanelor vârstnice, precum și a îngrijirilor în propria familie prin acordarea de facilități;
- Identificarea /construirea de sedii noi, în cadrul cărora să se amenajeze cămine pentru persoane vârstnice;
- Stimularea, prin diverse forme, a participării persoanelor vârstnice la viața socială (centre de consiliere, dezvoltarea de programe, promovarea de locuri de muncă pentru vârstnici, intensificarea mișcării de voluntariat, implicarea în luarea deciziilor cu privire la acțiunile și măsurile ce le sunt destinate, campanii de informare etc.) ;
- Intensificarea parteneriatului cu sectorul neguvernamental la realizarea obiectivelor politicilor sociale pentru persoanele vârstnice.

Soluționarea favorabilă a acestor obiective, apreciem că va contribui în mod evident la prevenirea și diminuarea apreciabilă a actelor de violență asupra persoanelor vârstnice.

Bibliografie

1. Anthony EK, Lehning A, Austin MJ, Peck MD (2009): *Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services*, Journal of Gerontological Social Work, 52:815-836
2. *Action on Elder Abuse* (2004): Hidden Voices: Older People's Experience of Abuse. An analysis of calls to the Action on Elder Abuse helpline, London: Astral House
3. Beck U (1999): *World Risk Society*, Cambridge: Polity Press
4. Beck U, Beck-Gernsheim B (2002): *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*, London: Sage
5. Bonnie RJ, Wallace RB (Eds.) (2003): *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*, Washington, DC: The National Academies Press
6. Brozowski K, Hal D (2003): *Elder abuse in a risk society*, Geriatrics Today, 6: 167-172
7. Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. (2003): *Elder abuse risk indicators and screening questions: Results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries*, Journal of Elder Abuse and Neglect, 15(3/4): 185-203
8. Erlingsson CL (2007): Searching for elder abuse: A systematic review of database Citations, Journal of Elder Abuse and Neglect, 19: 59–78
9. Giddens A (1999): *Runaway world: How Globalization is reshaping our lives*, London: Profile Books
10. Kurzban R, Leary MR (2001): *Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion*, Psychological Bulletin, 127: 187–208
11. Kosberg JI, Garcia JL (Eds.) (1995): *Elder Abuse in international and cross-cultural perspective*, New York: The Haworth Press
12. Loue SJD (2001): *Elder abuse and neglect in medicine and law*, The Journal of Legal Medicine, 22:159–209
13. McCreadie C (1996): *Elder abuse: update on research*. London: Age Concern, Institute of Gerontology, King's College London

14. McDonald L (2011): *Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full*, Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 30(3): 437-465
15. National Center on Elder Abuse (1998): *The National Elder Abuse Incident Study*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services
16. O’Keeffe M, Doyle M, McCreddie C, Scholes S et al. (2007): *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Study Report*, London: National Centre for Social Research
17. Păunescu, C., *Agresivitatea și condiția umană*, Ed. Tehnică, București, 1994
18. Pritchard J (2001): *Male victims of elder abuse*, London: Jessica Kingsley
19. Pillemer K, Suitor JJ (1992): *Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers?*, Journal of Gerontology, 47(4): S165-S172
20. Ramsey-Klawnsnik H (2000): *Elder-abuse offenders: A typology*, Generations, 24(2): 17-22
21. Rădulescu, M.S., *Sociologia violenței intrafamiliale, victime și agresori în familie*, Ed. Luminalex, 2001
22. Scripcaru, Gh., Pirozynski, T., Astărăstoae, V., Scripcaru, C., *Criminologie clinică și relațională*, Ed. Synposion, Iași, 1995
23. *Strategia Națională de Prevenire și Combatere a Violenței în Familie pentru perioada 2013 – 2018*
24. *Violența în mediul rural -Atitudini, convingeri și modalități de control social*, Institutul de Cercetare și Prevenire a Criminalității, august 2008
25. Wolf RS, Pillemer K (1989): *Helping elder victims: The reality of elder abuse*, Worcester, MA: University Center on Aging, University of Massachusetts Medical Center
26. Wolf RS (2000): *Introduction: The nature and scope of elder abuse*, Generations, 24(2): 6-12
27. Walsh CA, Olson JL, Ploeg J, Lohfeld L, MacMillan HL (2011): *Elder abuse and oppression: Voices of marginalized elders*, Journal of Elder Abuse and Neglect, 23:17–42

Anexa nr. 1

Cadrul legislativ național în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie

- Codul Penal al României, republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, republicată;
- Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 211 din 27/05/2004 privind unele măsuri pentru asigurarea protecției victimelor infracțiunilor, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale;
- Hotărârea Guvernului nr. 1434/2004, republicată privind atribuțiile și Regulamentul-cadru de organizare și funcționare ale Direcției generale de asistență socială și protecția copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 1007/2010 privind aprobarea programelor de interes național în domeniul protecției familiei și a drepturilor copilului pentru perioada 2010 – 2012;
- Hotărârea Guvernului nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie;
- Ordinul nr. 383 din 12 iulie 2004 privind aprobarea standardelor de calitate pentru serviciile sociale din domeniul protecției victimelor violenței în familie;
- Ordinul nr. 384 din 12 iulie 2004 pentru aprobarea Procedurii de conlucrare în prevenirea și monitorizarea cazurilor de violență în familie;
- Ordinul nr. 385/304/1018 din 21 iulie 2004 privind aprobarea Instrucțiunilor de organizare și funcționare a unităților pentru prevenirea și combaterea violenței în familie.

Prevenirea și combaterea violenței în familie se regăsește în toate normele juridice internaționale care au stat la baza elaborării legislației românești în domeniu, inclusiv a strategiilor. Dintre acestea, menționăm:

Violența asupra persoanelor vârstnice

- Carta Națiunilor Unite – 24 octombrie 1945;
- Convenția pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW), adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite în 1979 și ratificată de România în 1981;
- Recomandarea Comitetului de Miniștri către statele membre nr. R(85)4, cu privire la violența în familie;
- Recomandarea Comitetului de Miniștri către statele membre nr. R(87)21 privind asistența victimelor și prevenirea victimizării;
- Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 20 noiembrie 1989;
- Recomandarea Comitetului de Miniștri către statele membre R(90)2 privind măsurile sociale referitoare la violența în familie;
- Declarația privind eliminarea violenței împotriva femeilor, adoptată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite la 23 februarie 1994;
- Declarația și Platforma de acțiune adoptate la Beijing, în cadrul Conferinței Mondiale asupra Femeilor, septembrie 1995;
- Recomandarea Consiliului Europei nr. R (2002)5 privind protecția femeilor contra violenței;
- Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite nr. 61/143 privind intensificarea eforturilor în vederea eliminării tuturor formelor de violență împotriva femeilor din 19 decembrie 2006;
- Rezoluția Consiliului Europei nr. R (2007) 1582 "Parlamentele unite în combaterea violenței în familie împotriva femeilor";
- Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 26 septembrie 2007;
- Rezoluția Parlamentului European din 26 noiembrie 2009 referitoare la eliminarea violenței împotriva femeilor (2010/C 285 E/07);

Violența asupra persoanelor vârstnice

- Rezoluția Parlamentului European din 5 aprilie 2011 referitoare la prioritățile și structura unui nou cadru al politicii UE de combatere a violenței împotriva femeilor (2010/2209(INI));
- Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie (Council of Europe Treaty Series - No. 210/2011).

Atribuțiile și responsabilitățile poliției de proximitate

- să cunoască foarte bine teritoriul și populația deservită din zona de responsabilitate și să fie cunoscută și apreciată de către membrii comunității respective;
- să știe să anticipeze și să prevină dificultățile potențiale ce pot să apară în rândul unei comunități;
- să răspundă așteptărilor populației privind creșterea gradului de siguranță civică și încrederii membrilor comunității în această instituție publică;
- să realizeze un parteneriat interactiv între polițiștii de proximitate și cetățeni, în scopul prevenirii unor posibile evenimente negative;
- să diminueze sentimentul de nesiguranță în rândul populației, prin încurajarea gândirii și acțiunilor preventive;
- să favorizeze creșterea gradului de implicare a cetățenilor în soluționarea unor probleme ale comunității, vizând nivelul de siguranță civică;
- să arate populației că securitatea contribuie la creșterea calității vieții cetățenilor;
- să încurajeze populația să informeze poliția, în mod responsabil, atunci când au luat la cunoștință despre un delict.

Poliția de proximitate desfășoară următoarele activități:

- poartă un dialog constructiv pentru stabilirea unei colaborări eficiente între poliție și membrii comunității;
- acordă consiliere pentru protecția și siguranța cetățenilor, a familiei și a bunurilor pe care aceștia le dețin;
- ascultă problemele și manifestă receptivitate în rezolvarea legală a acestora;
- mediază și aplanează conflictele dintre cetățeni pentru rezolvarea pașnică a neînțelegerilor dintre aceștia;
- ajută copiii și persoanele vârstnice aflate în pericol, precum și cetățenii ce pot deveni victime ale infractorilor;
- cooperează cu factorii responsabili din cadrul autorităților publice, mass-media, organizații neguvernamentale și jandarmerie pentru a acționa împreună în scopul cunoașterii stării de spirit a populației și pentru prevenirea faptelor antisociale.

Violența asupra persoanelor vârstnice

Potrivit prevederilor protocoalelor încheiate, atât consiliile județene ale persoanelor vârstnice, cât și inspectoratele de poliție județene au convenit să îndeplinească următoarele obligații:

Obligațiile consiliilor județene ale persoanelor vârstnice:

- să colaboreze permanent cu inspectoratul de poliție al județului pentru informarea persoanelor vârstnice în legătură cu serviciile acordate de către polițistul de proximitate;
- să informeze inspectoratul de poliție al județului despre cazurile de insecuritate, amenințare și agresiune în care sunt implicate persoanele vârstnice;
- să propună persoanelor vârstnice, membre ale organizațiilor de pensionari, să desfășoare activități voluntare pe lângă polițistul de proximitate în vederea identificării faptelor antisociale și de insecuritate în care sunt implicate persoanele vârstnice;
- să informeze inspectoratul de poliție al județului, asupra posibilităților de acordare a protecției pentru persoanele vârstnice;
- să solicite reprezentanților inspectoratului de poliție al județului să participe la ședințele consiliului județean al persoanelor vârstnice ori de câte ori tematica implică probleme ce privesc securitatea cetățenilor.

Obligațiile inspectoratului județean de poliție :

- să identifice prin polițiștii de proximitate persoanele vârstnice care locuiesc singure, în case izolate și care reprezintă potențiale victime ale infracțiunilor;
- reprezentanții inspectoratului județean de poliție să participe la ședințele consiliului județean al persoanelor vârstnice ori de câte ori se dezbate probleme ce fac obiectul îmbunătățirii securității cetățenilor;
- să informeze persoanele vârstnice în legătură cu măsurile de autoprotecție și să desfășoare activități de atragere a acestor persoane, pe bază de voluntariat, la acțiunile specifice poliției pentru prevenirea și combaterea faptelor antisociale;
- să consilieze persoanele vârstnice asupra legilor și normelor de conviețuire socială.