



ANDREI PĂDURE, ARINA ȚURCAN-DONȚU

VIOLENȚA ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN

SUPORT DE CURS

[343.55+305]:614.253(075.8)

P 12

Approbat de Consiliul de Management al Calității, USMF „Nicolae Testemițanu”
Proces-verbal nr. 3 din 21.12.2021

Autori:

Andrei Pădure – doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, catedra Medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”;

Arina Țurcan-Donțu, doctorandă, Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice, avocată, Centrul de Drept al Femeilor

Cu contribuția lui **Sergiu Toma**, doctor în psihologie, director al Institutului pentru Familie și Inițiative Sociale (IFIS)

Recenzenți:

Eduard Lungu, conferențiar universitar, doctor în științe medicale, Catedra de medicină legală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rodica Gramma, conferențiar universitar, doctor în științe filosofice, master în legislație și management în sănătate, Catedra de medicină legală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Vladimir Vataman, conferențiar universitar, doctor în științe medicale, Catedra de morfopatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Valeriu Cobeț, profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, șef Catedră de fiziopatologie și fiziopatologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Coordonat de Centrul de Drept al Femeilor

Violența în familie și în bază de gen este considerată astăzi una dintre cele mai frecvente infracțiuni comise în orice societate și țară din lume, iar acest fenomen a căpătat proporțiile unei adevărate epidemii. Republica Moldova a realizat în ultimii ani mai multe acțiuni menite să asigure egalitatea de gen dintre femei și bărbați și prevenirea și combaterea violenței în familie. Însă realizarea cu succes a acțiunilor poate fi asigurată doar prin implicarea unor profesioniști instruiți și neafecțați de stereotipurile și normele sociale, inclusiv a personalului medical.

Lucrarea conține aspectele teoretice ale cursului „Violența în familie și în bază de gen” și este destinată studenților medici, rezidenților, medicilor clinicieni și cadrelor didactice ale catedrei Medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu” în calitate de suport de curs pentru procesul de instruire.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Pădure, Andrei.

Violența în familie și în bază de gen : (suport de curs) / Andrei Pădure, Arina Țurcan-Donțu; cu contribuția lui Sergiu Toma ; Centrul de Drept al Femeilor, PNUD Moldova. – Chișinău : S. n., 2022 (Bons Offices). – 179 p. : fig., fot., tab.

Referințe bibliogr.: p. 174-178 (99 tit.). – Apare cu suportul financiar al Suediei. – 130 ex.

ISBN 978-9975-87-921-7.

CUPRINS

Cuvânt înainte	5
Tema 1. CONCEPTUL DE VIOLENȚĂ ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN	7
Amplizarea violenței în familie și în bază de gen	8
Definirea violenței în familie și în bază de gen	12
Formele violenței în familie și în bază de gen	14
Înțelegerea dinamicii violenței în familie și în bază de gen	17
Cauzele violenței în familie și în bază de gen	27
Miturile privind violența în familie și în bază de gen	29
Subiecții violenței în familie	31
Consecințele violenței în familie și în bază de gen	33
Raportarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen	38
Tema 2. NORMELE DE DREPT INTERNAȚIONAL ȘI NAȚIONAL PRIVIND VIOLENȚA ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN	43
Cadrul legal internațional privind combaterea violenței în familie și în bază de gen	44
Actele normative naționale în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie și în bază de gen	48
Drepturile victimelor violenței în familie și în bază de gen	56
Mecanismul de soluționare a actelor de violență în familie	60
Tema 3. NORMELE DE GEN, MASCULINITATEA ȘI VIOLENȚA	75
Sexul vs. Genul	76
Rolurile de gen	78
Egalitatea de gen, inegalitatea de gen și discriminarea în această bază	80
Piramida violenței	83
Sexismul și limbajul sexist	84
Masculinitatea toxică și violența	86

Tema 4. VIOLENȚA SEXUALĂ. CONSIMȚĂMÂNTUL PENTRU UN RAPORT SEXUAL	89
Consimțământul pentru un raport sexual	90
Semne de liberă exprimare a consimțământului, ezitării și refuzului	94
Expertiza medico-legală în infracțiunile sexuale	96
Infracțiunile privind viața sexuală și rolul expertizei medico-legale	116
Violența sexuală în conflictele armate	120
Mutilarea genitală a femeilor	122
Tema 5. PREVENIREA ȘI COMBATEREA VIOLENȚEI ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN	127
Autoritățile și profesioniștii abilitați cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen	129
Rolul societății în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen	134
Tema 6. RĂSPUNSUL SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII LA VIOLENȚA ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN	139
Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen	140
Intervenția personalului medical în cazurile de violență în familie	144
Identificarea victimei violenței în familie	146
Comunicarea cu victimele violenței în familie	149
Intervenția medicală	152
Barierele ce obstrucționează asistența medicală	156
Documentarea actului medical și a leziunilor corporale	157
Evaluarea riscurilor	160
Susținerea pacientei în dezvoltarea planului de siguranță	162
Raportarea cazului la poliție	162
Referirea cazurilor de violență în familie	165
Examinarea medico-legală	167
ANEXE	
Resursele disponibile victimelor violenței în familie și agresorilor	169
Leziunile asociate cu violența în familie și în bază de gen	172
BIBLIOGRAFIE	174

CUVÂNT ÎNAINTE

Violența în familie și în bază de gen reprezintă o problemă de sănătate publică și medicii trebuie să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat. Întru realizarea acestui obiectiv, medicii urmează să înțeleagă ce presupune violența în familie și în bază de gen, să cunoască cauzele și consecințele acestui fenomen pentru victime, descendenții acestora, dar și pentru societate, rolul lor important în identificarea victimelor și potențialelor victime, recunoașterea și documentarea leziunilor, raportarea și referirea victimei către alți specialiști, serviciile specializate pentru subiecții violenței în familie și autorități. Cu regret, violența în familie și în bază de gen în Republica Moldova este un fenomen de amploare, în societate predomină anumite stereotipuri legate de rolul bărbatului și cel al femeii, iar medicii nu au cunoștințe și abilități practice adecvate referitoare la identificarea și gestionarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen. Drept rezultat, victimele violenței în familie și în bază de gen nu se adresează la medici sau chiar dacă se adresează nu beneficiază de informare și tratament adecvat și nu-și pot realiza drepturile constituționale la sănătate, integritate corporală, viață și justiție echitabilă.

În ultimii ani, Republica Moldova a realizat mai multe acțiuni orientate spre reducerea incidenței violenței în familie și împotriva femeilor, unele dintre cele mai importante fiind adoptarea Legii nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie și semnarea, în februarie 2017 și ratificarea, la 14 octombrie 2021, Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (2011), cunoscută și sub denumirea de Convenția de la Istanbul. Totodată, în anul 2018, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și Planul de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia. Conform acestor acte normative, în sarcina Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” a fost pusă integrarea subiectelor cu privire la violența față de femei și violența în familie în curriculumul de instruire inițială și continuă a mediciniștilor și medicilor practicieni. Pentru realizarea acestui obiectiv, pe parcursul anului 2018 a fost elaborat și aprobat Curriculum-ul cursului „Violența în familie și în bază de gen”.

Prezenta lucrare conține aspectele teoretice ale cursului „Violența în familie și în bază de gen” și este concepută pentru a servi formatorilor și audienților în calitate de suport de curs în procesul de instruire. Suportul de curs va contribui la sporirea înțelegerii în rândul medicilor și viitorilor medici a tuturor aspectelor fenomenului violenței în familie și în bază de gen pentru eficientizarea intervenției lor profesionale la aceste cazuri și asigurarea respectării drepturilor victimelor. Lucrarea a fost elaborată în cadrul Proiectului „Consolidarea eficienței și accesului la justiție în Moldova” implementat de PNUD Moldova și susținut financiar de către Guvernul Suediei.

Autorii





TEMA 1

Conceptul de violență în familie și în bază de gen



Violența în familie și în bază de gen este una din cele mai răspândite încălcări ale drepturilor omului ce afectează relațiile dintre membrii familiei și are un impact semnificativ asupra sănătății lor (fizice, psihologice, sexuale și reproductive) și asupra întregii societăți. Sectorului sănătății îi revine un rol crucial în identificarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen și în oferirea unui răspuns profesionist complex, întrucât victimele necesită îngrijiri medicale, iar pentru multe dintre ele vizita la medic devine primul și, de multe ori, unicul pas pentru accesarea serviciilor necesare. Din aceste raționamente, medicii trebuie să posede cunoștințe privind identificarea acestei categorii de victime și oferirea unei asistențe medicale corespunzător necesităților lor, aceste acțiuni fiind decisive în eforturile de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen.

Amploarea violenței în familie și în bază de gen

Violența față de femei și violența în familie sunt printre cele mai grave și răspândite infracțiuni cu care se confruntă societățile contemporane, fenomenele lezând drepturile și demnitatea umană a membrilor acestora. Fenomenele respective persistă în toate statele lumii, indiferent de modul de organizare politică sau economică, bunăstarea populației, rasă, cultură. Cu toate că violența în familie a fost recunoscută în calitate de fenomen social toate țările lumii se confruntă cu această problemă, însă fiecare are o abordare proprie bazată pe cultură, tradiții, percepții etc.

La nivel global, datele statistice privind prevalența violenței în familie și în bază de gen sunt furnizate de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Consiliul Europei, agențiile Organizației Națiunilor Unite (UN Women, UNFPA, UNODC).

Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC) estimează în cadrul unui studiu global privind omuciderea (2019) că cca 137 femei sunt omorâte zilnic în toată lumea de către partenerul de viață sau un membru al

familiei, iar domiciliul este locul cel mai probabil ca o femeie să fie ucisă. Din aceeași sursă reținem că 50.000 de femei (58%) au decedat în anul 2017 în urma acțiunilor unei persoane apropiate: 30.000 au fost omorâte de partenerul de viață, iar 20.000 de către o rudă; 8 din 10 victime ale omuciderii comise de partenerul de viață sunt femei. Studiul arată că rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un membru al familiei la 100.000 de populație pe glob reprezintă 1,3 (Figura 1), cel mai mic indicator fiind înregistrat pe continentul european (0,7), iar cel mai înalt – pe cel african (3,1).

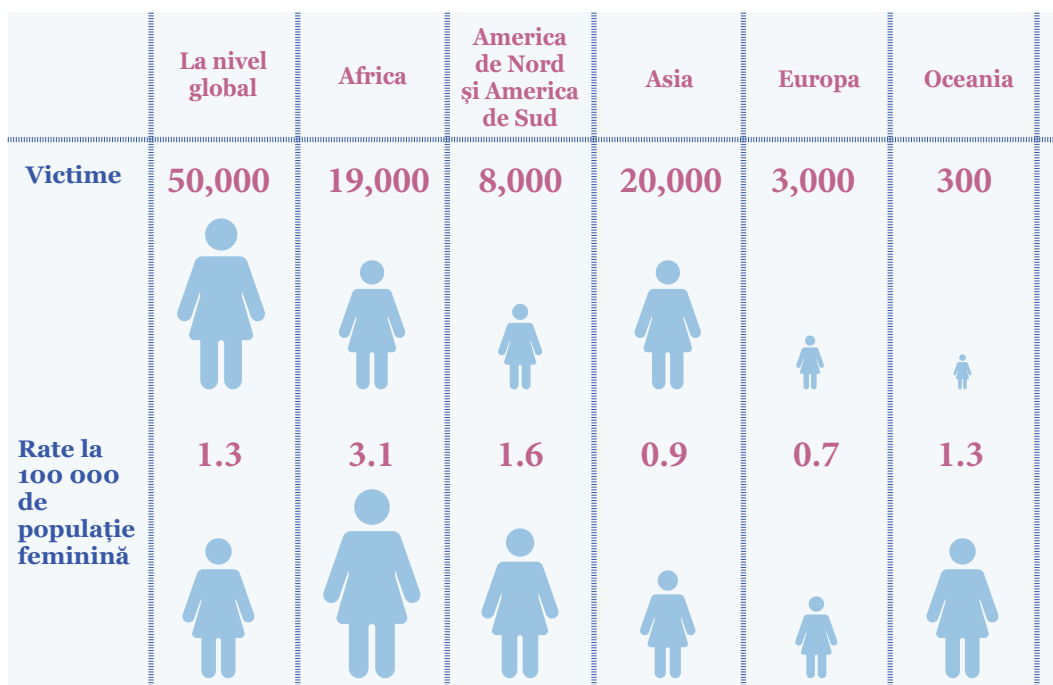


FIGURA 1. Rata femeilor ucise de partenerul de viață sau de un membru al familiei la 100.000 de populație pe glob

(www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf)

Astfel, un studiu privind prevalența globală și regională a violenței în bază de gen publicat de OMS în 2013 arată că, în cursul vieții, 35% dintre femeile care s-au aflat ori sunt într-o relație au fost supuse violenței fizice sau sexuale din partea partenerului de viață, iar 7,2% de femei au suportat violență sexuală din partea unei persoane care nu-i este partener de viață.

Statistica Consiliului Europei reflectă că fiecare a patra femeie a avut de suferit în urma violenței fizice pe parcursul vieții, iar una din zece a fost supusă violenței sexuale. Conform aceleiași surse, aproximativ 45% dintre femei au suferit de vreo formă de violență pe parcursul vieții, iar între 12% și 15% de femei din Europa, cu vârsta de peste 16 ani, sunt victime ale violenței în familie. Studiul „*Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE*” (2014) a estimat că, în decursul celor 12 luni premergătoare interviurilor, 13 milioane de femei în Uniunea Europeană au suferit o formă de violență fizică, 3,7 milioane de femei au experimentat o violență sexuală, 5% femei recunoscând că au fost supuse violului după vârsta de 15 ani. Potrivit studiului „*Violența față de femei în Uniunea Europeană*”, anual în Uniunea Europeană se produc circa 3500 de decese asociate cu violența în familie, iar zilnic sunt înregistrate 9 victime, dintre care 7 sunt femei.

Conform studiului „*Violence and health in Sweden*” (2015), pe parcursul vieții, 46% de femei și 38% de bărbați au experimentat o formă de violență. Același studiu subliniază că femeile sunt supuse violenței fizice mai frecvent de către partenerul de viață (14%) și mai rar de către altcineva (3%), în timp ce bărbații sunt supuși violenței fizice mai rar de către partenerul de viață (5%) și mai frecvent de către altcineva (16%).

Cu toate că pe continentul european rata femeilor ucise de partenerul de viață sau un membru al familiei la nivel global este cea mai mică, acest indicator este în continuă scădere de la an la an, ajungând la 0,47 în anul 2016 (Figura 2).

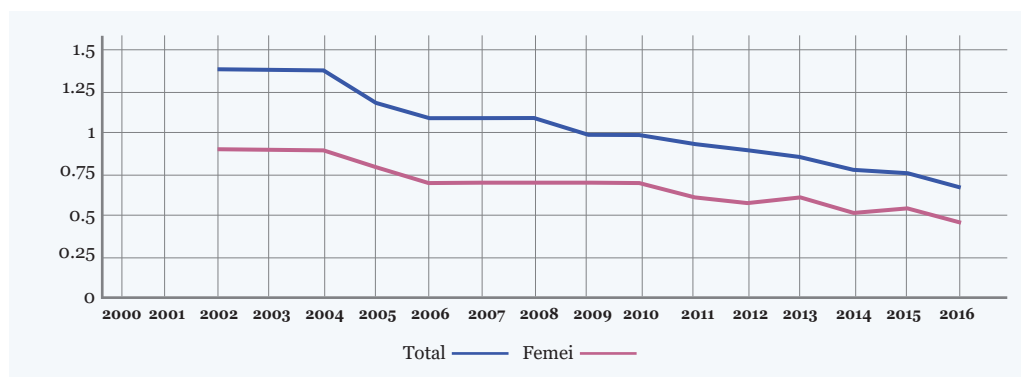


FIGURA 2. Evoluția ratei omuciderii (sus) și femucidului (jos) în UE la 100.000 de populație

(https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_16_10/default/line?lang=en)

Potrivit datelor statistice oferite de Ministerul Afacerilor Interne (MAI), rata omuciderii și femicidului (raportată atât la numărul general al populației – 3,5 de milioane, cât și la numărul de rezidenți permanenți – 2,6 de milioane) calculată la 100.00 de populație în Republica Moldova este mult mai înaltă decât media din țările Uniunii Europene (Figura 3).

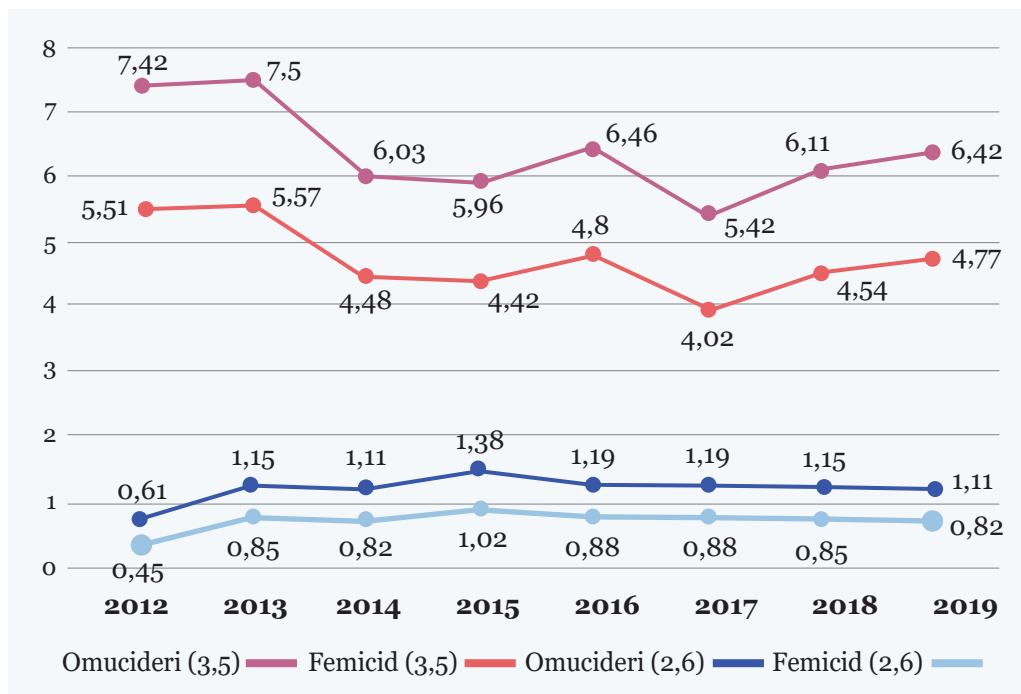


FIGURA 3. Evoluția ratei omuciderii (sus) și femicidului (jos) în RM la 100.000

(http://politia.md/sites/default/files/ni_violenta_in_familie_3_luni_2020_pentru_pagina_web-konvertirovan.pdf)

Un studiu recent (2019) realizat de Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE)¹ arată că, în Republica Moldova, 73% de femei au fost supuse cel puțin unei forme de violență din partea partenerului intim la un moment dat în viață, violența psihologică constituind cea mai răspândită formă de violență – 71%, urmată de cea fizică – 33%, ceea ce este mult peste media UE.

Amploarea fenomenului violenței în familie poate fi reflectată și de dinamica adresărilor victimelor la organele de poliție. Astfel, conform datelor Ministerului Afacerilor Interne, se atestă o creștere constantă a raportării cazurilor, de la 6569 de cazuri în anul 2012 la 12.970 de raportări în anul 2020² (Figura 4).

¹ Studiul „Bunăstarea și siguranța femeilor”, OSCE, 2019, p. 6

² politia.md/sites/default/files/ni_privind_infraactiunile_ce_atenteaza_la_viata_persoanei_si_cele_de_violenta_in_familie_pentru_2020_pagina_web_a_igp.pdf

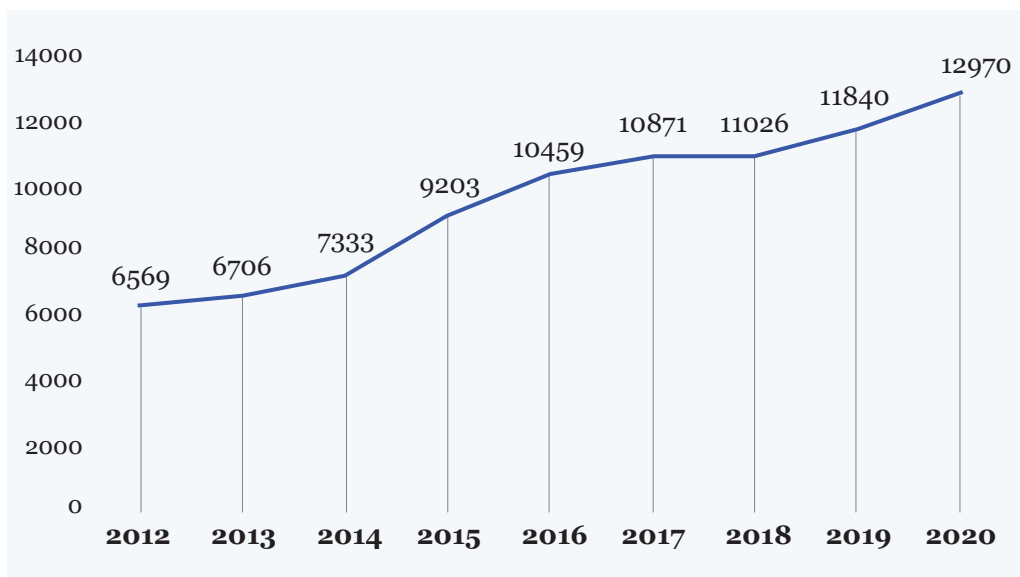


FIGURA 4. Dinamica adresărilor la poliție referitor la violența în familie (2012-2020)

Definirea violenței în familie și în bază de gen

Violența și comportamentele violente sunt probleme importante ale societății contemporane, acestea afectând toate categoriile de persoane indiferent de vârstă, sex sau statutul lor social. În domeniul violenței interpersonale dintre membrii familiei, dintre bărbați și femei sunt utilizate mai multe definiții, însă majoritatea dintre ele subliniază violența din partea bărbaților orientată împotriva femeilor ca parte a relațiilor inegale de putere.

Organizația Mondială a Sănătății definește **violența** drept *folosirea intenționată a forței sau puterii, reală sau sub formă de amenințări, împotriva propriei persoane, împotriva unei alte persoane sau împotriva unui grup sau unei comunități care rezultă sau are o probabilitate ridicată de a rezulta în rănirea, moartea, afectarea psihologică, afectarea dezvoltării sau deprivare*³.

Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul, 2011) privește **violența în familie** ca *totalitatea acțiunilor de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte sau a împărțit același domiciliu cu victima*.

³ <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>

În conformitate cu Legea Republicii Moldova nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, **violența în familie** este definită ca *acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral.*

În realitate, violența în familie este un model de comportamente agresive, repetitive și coercitive pe care bărbații îl folosesc mult mai frecvent pentru a-și controla partenerele. Oricât de adaptive și rezistente ar putea fi femeile sau copiii care au fost afectate direct de violență în familie acestea se află într-o situație de vulnerabilitate atât din perspectiva a ce se poate întâmplă dacă rămân să suporte violența, cât și dacă decid să denunțe acțiunile abuzive ale partenerului intim cu care locuiesc.

! **Violența în familie este un model de comportamente agresive și coercitive pe care adulții sau adolescenții le folosesc împotriva partenerilor lor actuali, foști sau unor membri de familie.**

Pentru a sublinia poziția de inegalitate dintre femei și bărbați, legislația de drept internațional operează și cu alte noțiuni, precum violența în bază de gen, violența împotriva femeilor și violența partenerului intim.

Astfel, Declarația ONU cu privire la eliminarea violenței împotriva femeilor (1993) desemnează **violența contra femeilor** ca *orice act de violență întemeiat pe criteriul de gen care are drept rezultat sau este susceptibil să aibă ca rezultat suferințe fizice, sexuale sau psihologice sau alte suferințe, inclusiv amenințările cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate, realizate în viața publică sau privată*⁴. Declarația subliniază că violența împotriva femeilor este o manifestare a relațiilor de putere, istoric inegale, dintre bărbați și femei, ce s-au soldat cu dominarea și discriminarea femeilor de către bărbați, iar acea violență este unul dintre mecanismele sociale cruciale prin care femeile sunt forțate într-o poziție subordonată comparativ cu bărbații.

Violența împotriva femeilor este reglementată în calitate de noțiune și de Convenția de la Istanbul (2011), fiind definită drept *o încălcare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și va însemna toate acțiunile de violență de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în, vătămarea sau suferința fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată*

⁴ <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

femeilor, inclusiv amenințările cu asemenea acțiuni, coerciția sau deprivarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viața privată. Convenția se bazează pe convingerea fermă că violența domestică afectează femeile în mod disproporționat (femeile și fetele sunt expuse unui risc mai mare de violență de gen decât bărbații), bărbații la fel pot fi victime ale violenței domestice, copiii sunt victime ale violenței domestice, inclusiv în calitate de martori ai violenței. În acest sens, Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW) subliniază că violența împotriva femeilor „este violența direcționată împotriva unei femei pentru că ea este o femeie”.

Convenția de la Istanbul (2011) mai operează cu noțiunea de **violență de gen împotriva femeilor** prin care subînțelege *violența care este direcționată împotriva unei femei pentru că ea este o femeie sau care afectează femeile în mod disproporționat*.

În contextul violenței în familie, Organizația Mondială a Sănătății (2013) înaintea noțiunea de **violența partenerului intim** ce presupune *comportamentul unui partener intim care cauzează prejudicii fizice, sexuale sau psihologice, inclusiv acte de agresiune fizică, constrângere sexuală, abuz psihologic și forme de control*. Aceasta cuprinde violența cauzată atât de actualul sau fostul soț, cât și de oricare alt partener intim (de ex., concubin).

Prin urmare, elementul definitoriu al violenței în familie și în bază de gen, subliniat în aproape toate definițiile, este controlul sau coerciția care se poate manifesta prin exercitarea puterii, influenței și dominării unui membru al familiei sau a partenerului intim asupra altor membri ai familiei.

Formele violenței în familie și în bază de gen

Violența în familie și în bază de gen cuprinde o varietate mare de acțiuni dăunătoare, cauzatoare de prejudicii. Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie recunoaște următoarele forme de violență în familie: fizică, sexuală, psihologică, spirituală, economică.

- **Violența fizică** presupune vătămarea intenționată a integrității corporale ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar.
- **Violența sexuală** subînțelege orice violență cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală în cadrul familiei sau în alte relații interpersonale, cum ar fi violul conjugal, interzicerea folosirii metodelor de contracepție, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicii prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu un membru

de familie minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar.

- **Violența psihologică** cuprinde impunerea voinței sau a controlului personal; provocarea stărilor de tensiune și de suferință psihică prin ofense, luarea în derâdere, înjurarea, insultarea, poreclirea, șantajarea, distrugerea demonstrativă a obiectelor, amenințările verbale, afișarea ostentativă a armelor sau lovirea animalelor domestice, neglijarea; implicarea în viața personală; actele de gelozie; impunerea izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială; izolarea de familie, de comunitate, de prieteni; interzicerea și/sau crearea impedimentelor în realizarea profesională ori interzicerea și/sau crearea impedimentelor în realizarea programului educațional în instituția de învățământ; persecutarea prin contactarea sau încercarea de a contacta, prin orice mijloc sau prin intermediul altei persoane, victima căreia i s-a cauzat o stare de anxietate, frica pentru siguranța proprie ori a rudelor apropiate, fiind constrânsă să-și modifice conduita de viață; deposedarea de acte de identitate; privarea intenționată de acces la informație; alte acțiuni cu efect similar.
- **Violența spirituală** se manifestă prin subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, prin interzicere, limitare, luare în derâdere sau pedepsire a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice sau religioase; impunerea unui sistem de valori personal inacceptabile; alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.
- **Violența economică** se exprimă prin privarea de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate; abuz de variate situații de superioritate pentru a sustrage bunurile persoanei; interzicere a dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune; control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune; refuz de a susține familia; impunere la munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv a unui membru de familie minor; alte acțiuni cu efect similar.

Una dintre formele de violență în familie care nu se regăsește în legislația Republicii Moldova este **violența legată de onoare**. Această noțiune este folosită pentru a desemna o mare varietate de acțiuni violente împotriva victimei, de obicei (dar nu întotdeauna) o femeie, dintre care cea mai gravă este uciderea de onoare. Deși nu există o definiție unanim recunoscută a violenței legate de onoare, aceasta presupune orice formă de violență comisă împotriva femeilor în cadrul familiilor patriarhale în care principala justificare a violenței

este protecția „onoarei” ce există în calitate de sistem social de valori, normă sau tradiție. Prin urmare, actele de violență vin în calitate de consecință a acțiunilor ce ar fi adus dezonoarea asupra întregii familii. Într-o familie bazată pe „onoare”, bărbatul este definit drept apărător al „onoarei” sale și al familiei, de data aceasta fiind protecția ei împotriva oricărui comportament care ar putea fi văzut ca rușinos sau umilitor de către comunitatea din care familia face parte. Astfel, drept motivație a acțiunilor agresorului servește „redobândirea onoarei” pierdute prin comportamentul victimei, acțiuni ce sunt acceptate de comunitatea respectivă în calitate de normă socială ce promovează discriminarea femeilor și violența în bază de gen. De fapt, sensul violenței legate de onoare constă în controlul comportamentului și sexualității fetelor și femeilor care sunt strâns legate de onoarea familiei, castitatea (virginitatea) fiind considerată o „proprietate” a familiei. Viața fetelor și femeilor în familiile ce trăiesc într-o comunitate bazată pe „onoare” este limitată în privința diferitor alegeri cotidiene: compania socială, îmbrăcămintea, libertatea de acțiune, educația, munca, căsătoria, divorțul ș. a. Libertatea de acțiune a copiilor care trăiesc în familiile bazate pe „onoare” este în scădere odată cu înaintarea în vârstă, în timp ce libertatea copiilor din familiile ce nu împărtășesc asemenea norme sociale este în creștere odată cu vârsta. Deși violența legată de onoare este aplicată, mai frecvent, de către bărbații familiei, femeile sunt, la fel, implicate în rol de agresor. Violența legată de onoare poate lua mai multe forme, cum ar fi răpirea, agresiunea fizică, atacurile cu acid, însă în calitate de exemple specifice ale acestei violențe servesc căsătoriile forțate, mutilarea genitală a femeilor (Tema 4) și uciderea de onoare. Această violență poate fi declanșată de orice încercare a femeii de a-și manifesta independența decizională, cât și de devierile de la un comportament sexual impus care se pretinde că au adus dezonoarea, precum: îmbrăcarea într-un mod considerat inadecvat de familie/comunitate, refuzul unei căsătorii aranjate, dorința divorțului, a fost victima unei agresiuni sexuale, pierderea virginității înainte de căsătorie, comiterea adulterului, relațiile homosexuale.

Violența împotriva fetelor și femeilor are loc la diferite etape din ciclul lor de viață (copilărie, maturitate, vârstă înaintată) și, în funcție de vârstă, poate lua diferite forme:

TABELUL 1 Formele de violență în funcție de etapele vieții fetelor și femeilor

Etapele vieții	Formele de violență
Prenatală	selectarea prenatală a sexului viitorului copil, abuzul fizic comis asupra femeii însărcinate, sarcină forțată
Infantilă	infanticid; abuz fizic, emoțional și sexual; mediu de trai violent; neglijare; acces diferențiat la alimentare și servicii medicale; mutilare genitală
Copilărie	mediu de trai violent; abuz fizic, emoțional și sexual; prostituție infantilă; căsătorie timpurie; mutilare genitală; acces diferențiat la alimentare, servicii medicale și educație
Adolescență	prostituție și pornografie; hărțuire sexuală la școală, în stradă și în alte locuri publice; căsătorie timpurie; violență legată de onoare; violență din partea partenerului intim; viol și hărțuire sexuală; mutilare genitală
Maturitate	hărțuire sexuală la locul de muncă și în alte locuri publice; violență din partea partenerului intim; viol și hărțuire sexuală; exploatare sexuală și trafic de ființe umane; sarcină forțată; abuz economic; violență legată de onoare; femicid
Femei în etate	abuz fizic; violență din partea partenerului intim; viol și hărțuire sexuală

Înțelegerea dinamicii violenței în familie și în bază de gen

În procesul comunicării cu victimele violenței în familie, personalul medical se poate confrunta cu situații inexplicabile, precum minimizarea de către victimă a severității situației în care se află sau a traumelor suportate, continuarea relației cu partenerul violent, autoblamarea pentru agresivitatea partenerului de viață ș. a. Cunoașterea dinamicii violenței în bază de gen poate ajuta personalul medical să înțeleagă anumite comportamente ale victimei și să asigure un răspuns profesional adecvat, lipsit de prejudecăți, dar bazat pe suportul primar (ascultare, precizarea necesităților și îngrijorărilor, validarea sentimentelor, asigurarea siguranței și suportului necesar). Necunoașterea dinamicii violenței existente într-o relație intimă poate aduce și mai multe prejudicii femeilor care se confruntă cu violența și poate împiedica personalul medical să ofere îngrijirile necesare.

Există mai multe teorii care arată în ce mod coabitarea cu un partener violent modifică percepția victimelor asupra violenței și explică de ce victima continuă să stea cu acest partener și tolerează violența.

Ciclul violenței

În anul 1979, psihologa americană Lenore E. Walker a lansat noțiunea de „ciclu al violenței” pentru a descrie caracterul ciclic al relațiilor dintre partenerii intimi marcate de violență și a explica de ce unele femei păstrează aceste relații cu partenerii lor abuzivi. Conform acesteia, relația violentă dintre partenerii intimi parcurge 3 etape consecutive:

- **I etapă:** Se caracterizează prin acumularea treptată a tensiunilor. Femeia încearcă să-și domolească partenerul, își modelează comportamentul conform capriciilor partenerului generând astfel un sentiment fals că ea este capabilă să controleze agresiunea acestuia și să prevină violența. La această etapă, agresorul urmărește comportamentul victimei, caută să învinuiască victima de orice, creează situații care ar justifica abuzul asupra victimei, apar nemulțumiri nejustificate, apar amenințările. Victima, le fel, își schimbă comportamentul și este foarte atentă și încearcă, prin orice modalități, să evite abuzul, îndeplinește orice capriciu al abuzatorului și este în tensiune permanentă.
- **II etapă:** Presupune o descărcare necontrolată a tensiunii manifestată printr-un episod acut al violenței fizice, sexuale sau psihologice cu o durată de la câteva minute la câteva ore care se consumă atunci când agresorul încetează temporar să abuzeze victima. Agresorul nu-și poate controla comportamentul, iar orice rezistență îl face și mai violent. În cadrul acestei etape agresorul intensifică controlul asupra victimei care apare înfricoșată și neputincioasă. Este un „joc de-a puterea” destinat să-i arate victimei cine este „șeful” în relație. De menționat că intensitatea și durata violenței crește proporțional cu numărul de recidive.
- **III etapă:** („luna de miere”) agresorul se simte vinovat, găsește justificări pentru violență, își cere scuze și promite că-și va schimba comportamentul violent. El poate să demonstreze un comportament deosebit de afectuos și grijuliu; acest comportament o convinge pe femeie că partenerul ei violent are și o latură „bună” pe care ea o va putea menține printr-o ajustare la comportamentul partenerului și prin modificarea comportamentului ei. Etapa „luna de miere” poate să-i dea victimei speranța că abuzatorul s-a schimbat cu adevărat de data aceasta.

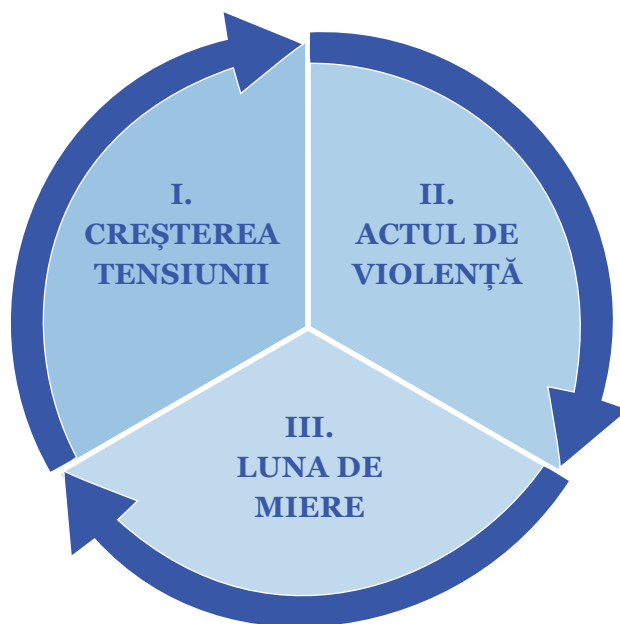


FIGURA 5. Ciclul violenței

Ciclul violenței poate fi întrerupt doar dacă victima nu iartă imediat primele acte de violență și opune rezistență sau se adresează după ajutor. Rudele, prietenii și anumiți profesioniști (polițistul, asistentul social, medicul, primarul) pot fi persoane de suport în caz de violență. Victima pierde în timp capacitatea de a conștientiza caracterul violent al relației și n-o poate nicidecum rupe fără ajutorul specializat.

Ciclul violenței se repetă și, în timp, intervalul dintre faze se reduce, manifestările violente se intensifică și capătă forme mai grave, iar etapa „luna de miere” se scurtează și dispare. Astfel, cu timpul, femeile se izolează de cei din jur, dezvoltă o relație emoțională cu agresorul și o strategie de supraviețuire care poate include o pasivitate extremă și periculoasă ce presupune negarea abuzului, refuzarea ajutorului oferit și chiar apărarea agresorului. Toate aceste modificări de comportament sunt determinate de o serie de cauze și factori care au în vedere menținerea siguranței persoanei, inclusiv de Sindromul Stockholm.

Sindromul Stockholm

Sindromul Stockholm este unul dintre fenomenele (ce ajută victima să supraviețuiască) care clarifică parțial tendința unor victime ale violenței în familie de a-și menține siguranța și securitatea prin justificarea acțiunilor violente.

De fapt, acest sindrom este un fenomen din domeniul psihiatriei, fiind caracterizat prin simpatia victimei față de agresorul, invadatorul sau răpitorul său și s-a înregistrat printre ostatici, prizonieri de război, copii-victime, membri ai sectelor religioase. Fenomenul a fost observat pentru prima dată în 1973 când infractorii care au jefuit o bancă din Stockholm au sechestrat patru persoane și le-au ținut ostatici pe parcursul a 6 zile. În acest timp, ostaticii s-au atașat de infractori, au perceput polițiștii ca pe inamici, s-au împotrivit încercărilor de a fi salvați și au refuzat să depună mărturie împotriva celor care îi sechestraseră. Femeile care au suferit violență domestică se atașează frecvent de agresor și chiar se identifică cu el. Aceasta este una dintre strategiile de supraviețuire a victimei. Dacă partenerul agresor este gata uneori să facă chiar și cele mai mici concesii sau demonstrează o atitudine caldă femeia începe să nutrească speranțe și este gata să-i ofere o a doua șansă.

Sindromul se poate dezvolta dacă sunt întrunite 4 condiții:

- viața victimei este în pericol (sau așa crede ea);
- victima nu se poate salva sau crede că nu poate;
- agresorul este uneori prietenos;
- victima este izolată de lumea din exterior.

Drept efect al sindromului femeile agresate sunt recunoscătoare pentru orice act de bunătate manifestat de agresor, neagă abuzul, sunt excesiv de vigilente față de nevoile agresorului și bănuitoare față de cei care încearcă să le ajute.

Cu toate acestea, potrivit unor opinii științifice, Sindromul Stockholm trebuie aplicat cu atenție în calitate de explicație a atașamentului și comportamentului victimei violenței în familie, existând o diferență dintre aceste victime și persoanele sechestrare de cei care au jefuit banca din Stockholm și care au stat la baza apariției sindromului!

În contextul vieții de familie este inerentă tendința de a te atașa emoțional, ceea ce este un mecanism biologic de acomodare și menținere a siguranței psihologice, dar și sociale (a avea încredere în acțiunile partenerului, a aștepta grijă și protecție din partea acestuia, a fi disponibil pentru aceasta). Astfel, sindromul poate fi privit ca o reacție adaptativă care asigură menținerea siguranței personale a victimei. Totodată posibilele efecte și consecințe pe care le poate avea denunțarea pot fi analizate cu ajutorul *Tabelului „Dileme ale victimei în luarea deciziei de a-și părăsi partenerul și a denunța violența în familie”*.

TABELUL 2 Dileme ale victimei în luarea deciziei de a-și părăsi partenerul și a denunța violența în familie

Categorii de dileme	Riscuri dacă rămâne în relație cu partenerul agresor	Riscuri dacă pleacă/denunță violența
Siguranță fizică	<p>Leziunile fizice. El poate continua s-o lovească și s-o rănească.</p> <p>Moarte. Ar putea s-o omoare pe ea sau pe copii.</p> <p>Abuz sexual. Ar putea s-o agrezeze sexual.</p>	<p>Leziuni fizice. Ar putea continua s-o rănească, s-o urmărească.</p> <p>Moarte. Plecarea nu asigură că agresorul n-o va găsi și ar putea crește șansa ca ea sau copiii să fie uciși.</p>
Educația copiilor	<p>Abuzul față de copii. Copiii vor deveni ținta abuzului (în special dacă intervin și apără) și vor prelua comportamentul.</p> <p>Pierderea copiilor. Agresorul ar putea face acuzații false despre neglijarea copilului sau despre abuz. Argumentele de neprotejare ar putea fi folosite pentru îndepărtarea copiilor sau decăderea victimei din drepturile părintești.</p>	<p>Abuzul față de copii. Copiii riscă repetarea violenței la întrevederi după separare.</p> <p>Pierderea copiilor. Ar putea fi manipulați de către agresor sau luați cu forța și convinși că dacă se întorc la victimă își pierd celălalt părinte pentru totdeauna.</p>
Financiar/ Economic	<p>Nivelul de trai. Ar putea controla banii ca victima să nu aibă cele necesare pentru trai. Agresorul ar putea pierde serviciul sau renunța la serviciu. Agresorul s-ar putea să o facă pe victimă să-și piardă sau să renunțe la slujbă.</p> <p>Pierderea venitului/locului de muncă. Agresorul putea s-o împiedice să lucreze sau limitează cât de mult lucrează. S-ar putea să-i saboteze eforturile de a găsi un loc de muncă sau succesul ei într-un loc de muncă sau în cadrul unui program de formare.</p> <p>Pierderea sau deteriorarea bunurilor. Agresorul ar putea distruge lucrurile de importanță sau valoare pentru victimă.</p>	<p>Nivelul de trai. Victima ar putea fi nevoită să întrețină singură copiii și pe sine, astfel având mai puțin decât are acum. Ar putea fi nevoie să-și caute gazdă sau să rămână împreună cu agresorul până se face partajul averii (dacă partenerii au avere comună).</p> <p>Pierderea venitului. Victima va fi nevoită să continue comunicarea în scopul obținerii pensiei alimentare și astfel să fie ținta acuzațiilor și reproșurilor.</p> <p>Pierderea sau deteriorarea bunurilor. Agresorul ar putea distruge lucrurile de importanță sau valoare pentru victimă care îi revin sau urmau să-i revină.</p>

Familie și prieteni	<p>Leziunile fizice. Agresorul ar putea amenința sau ataca membri de familie dacă aceștia se implică sau intervin în relațiile lor de familie.</p> <p>Pierderea suportului. Victima ar putea pierde legătura cu prietenii dacă aceștia află ce se întâmplă sau dacă ea refuză să accepte ajutorul lor.</p>	<p>Leziunile fizice. Agresorul ar putea amenința sau ataca membri de familie dacă aceștia se implică sau intervin în relațiile lor de familie.</p> <p>Pierderea suportului. Victima ar putea pierde legătura cu prietenii dacă ei n-o vor susține în ideea de a părăsi partenerul agresor.</p>
Psihologic	<p>Amenințări și stres continuu. Suferința va continua. Victima ar putea începe să consume alcool/droguri pentru a face față suferinței.</p> <p>Suicid. Ar putea amenința că-și pune capăt zilelor sau chiar să o facă.</p>	<p>Amenințări și stres continuu. Suferința va continua. Victima ar putea începe să consume alcool/droguri pentru a face față suferinței.</p> <p>Suicid. Ar putea amenința că-și pune capăt zilelor sau chiar să o facă.</p>

„Normalizarea” violenței în familie

O altă strategie de adaptare la mediul violent în care trăiește victima violenței în familie este „normalizarea” care explică de ce femeile care locuiesc cu un partener violent întâmpină dificultăți în identificarea relației ca fiind marcată de violență. În general, oamenii care sunt martori ai scenelor de violență domestică sunt predispuși să devină fie mai toleranți la ea, fie, uneori, victime ori agresori. Coabitarea cu un partener violent și aflarea într-un asemenea mediu schimbă percepția persoanelor asupra violenței. Drept urmare, femeile ce trăiesc cu un partener violent pot interpreta actul de violență drept o consecință a propriului eșec. Mai mult, femeile agresate nu vor să fie percepute ca „femei bătute”, iar partenerii lor ca „agresori”, deoarece ar trebui să recunoască faptul că relația lor este diferită de cea a altor membri ai societății. Ca rezultat, ambii parteneri minimizează severitatea violenței. Doar după părăsirea partenerului agresiv, dispariția controlului și izolării din partea acestuia, cât și după reabilitarea psihologică femeia poate aprecia relația ca fiind una violentă.

Efectele „normalizării” violenței în familie pot fi observate și prin intermediul percepțiilor distorsionate ale societății. Astfel, studiul „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova” (2015) a arătat că 27,7% de bărbați și 17,5% de femei consideră că o femeie trebuie să tolereze violența pentru a-și păstra familia, iar 41,1% de bărbați și 19,1% de femei cred că există momente când o femeie trebuie bătută!

Totodată încercarea de a normaliza acțiunile de violență este puternic influențată de tendința persoanelor care recurg la violență în relații de a utiliza tehnici de manipulare, control și izolare.

Izolarea partenerei/partenerului:

- Partenerul la o etapă inițială a relației ar putea exprima dezacord ca femeia să mențină relații de susținere utilizând argumentul că „te iubesc atât de mult, de cine mai ai nevoie?” și „vreau să fii alături de mine tot timpul”.
- Intenția este de a-i controla timpul și de a o izola de sistemul de sprijin al familiei și prietenilor care ar putea adresa întrebări.
- De exemplu, el ar putea să-i monitorizeze e-mailul, să ceară frecvent explicații despre locurile unde-și petrece timpul.
- S-ar putea să-i critice în permanență familia și prietenii sau s-o hărțuiască atât de mult încât victimei îi este mai ușor să întrerupă contactul cu ei. S-ar putea să-i întrerupă contactele cu alte persoane folosind constrângerea, amenințările sau forța.

Manipulare prin implicarea copiilor:

- De asemenea ar putea pedepsi copiii ca o modalitate de a răni/intimida victima.
- S-ar putea să abuzeze copii sau să-i oblige să asiste la abuzul victimei.
- El ar putea folosi copiii pentru ca aceștia să spioneze victima sau să-i raporteze agresorului despre activitățile ei.
- S-ar putea să amenințe cu răpirea sau uciderea copiilor dacă ea pleacă.
- El ar putea obține custodia legală, doar ca să ia copiii ori să folosească aranjamentele de custodie și vizitare pentru a hărțui victima sau a-i face rău.

Discreditarea reputației și statutului social al victimei

- Agresorul ar putea discredita relațiile victimei cu membrii din comunitate (vecini, prieteni, rude), cu angajatorii, prin răspândirea zvonurilor sau a informațiilor distorsionate. De exemplu, el le-ar putea spune altora că ea este nebună sau mincinoasă sau să trimită mesaje de pe adresa ei de e-mail pentru a o înstrăina de prieteni și familie.

Amenințări indirecte prin distrugerea bunurilor și omorârea animalelor de companie:

- Agresorul ar putea lovi peretele de lângă locul unde stă victima sau arunca în ea cu obiecte. S-ar putea să lovească în masă chiar lângă victimă sau să-i deterioreze lucrurile preferate. Ar putea spune: „Uite ce m-ai făcut să fac” sau „Tu urmezi”.
- Agresorul ar putea face rău animalelor de companie ale victimei pentru a o răni și a o intimidă.
- Agresorul ar putea să-l urmărească, să-l amenințe, să-l hărțuiască și să-l sperie pe actualul sau fostul partener, mai ales după ce victima l-a părăsit pe agresor sau ei s-au despărțit.
- Abuzatorul ar putea monitoriza locul unde se află victima, activitățile ei zilnice, conversațiile telefonice sau e-mailul pentru a-i demonstra că ea nu-i poate ascunde nimic.

Toate aceste exemple sunt dificil de probat și adesea induc victimei o stare de deznădejde și descurajare, iar, ca urmare, o frică puternică de a denunța fenomenul la organele competente.

Roata puterii și controlului

Violența în familie are un caracter ciclic și nu se rezumă doar la un episod singular de abuz fizic, psihologic sau sexual, ci presupune o serie de încălcări sistematice ale drepturilor omului comise de către un membru al familiei sau un partener intim cu scopul de a-și impune puterea și controlul asupra victimei. Violența în familie poate apărea în orice moment al vieții unui cuplu. Uneori agresorii se manifestă încă de la începutul relației, alteleori trec ani până la apariția primelor semne ale abuzului.

Exercitarea puterii și controlului este mecanismul ce asigură perpetuarea violenței și menținerea femeilor într-o poziție de subordonare. Roata puterii și controlului a fost dezvoltată de Programul de Intervenții asupra Abuzului Domestic din Minnesota, SUA, și este un model ce oferă înțelegerea manifestărilor și mecanismelor puterii și controlului în relațiile dintre partenerii intimi (Figura 6). „Roata” conține opt segmente ce specifică comportamentele care sunt mai dificil de conștientizat de către victimă, dar care stabilesc ferm un model de constrângere și control în relație pentru a domina în mod deliberat partenerul intim: folosirea intimidării; aplicarea abuzului emoțional; folosirea izolării; diminuarea valorii, negarea sau blamarea; folosirea copiilor; folosirea privilegiu-

lui masculinității; folosirea abuzului economic; uzul coerciției și al amenințărilor. Aceste acțiuni sunt realizate pentru a exercita „puterea și controlul”. Astfel, orice formă de violență domestică este utilizată de agresor pentru a exercita puterea asupra victimei și a-i controla acțiunile și faptele.



FIGURA 6. Roata puterii și controlului

Recurgerea de către agresor la diferite comportamente întărite de unul sau mai multe acte de violență fizică alcătuiesc un sistem mai vast de abuz. Agresorii care aplică violența prin constrângere și control cred că au dreptul să controleze acțiunile, gândirea și comportamentele partenerei și altor membri ai familiei. Într-o astfel de relație victima are puțină autonomie sau chiar deloc și deseori

se simte prinsă într-o capcană. Implicit sau explicit, agresorii pot recurge la șantaj, manipulări de genul „nu mă poți părăsi fără a fi pedepsită”. Deși agresiunile fizice ar putea să se producă doar o dată sau ocazional acestea reprezintă o amenințare pentru atacuri violente viitoare și-i permit agresorului să preia controlul asupra vieții și situației femeii.

Aceste tactici generează vulnerabilitatea victimelor „paralizându-le” și diminuându-le capacitatea de a acționa. Un singur incident de violență fizică sau o amenințare cu violența fizică susținute de abuzul non-fizic și coerciție este suficient pentru instaurarea puterii și controlului. De exemplu, o tentativă de a strangula victima poate institui controlul agresorului și genera supunerea victimei. Furia agresorului, vandalizarea proprietății, distrugerea mobilierului, aruncarea obiectelor din casă sunt doar câteva exemple de intimidare care pot să înspăimânte toți membrii familiei, fără a mai fi nevoie ca agresorul să recurgă la violența fizică.

De fapt, relațiile dintre partenerii intimi și alți membri ai familiei ar trebui să aibă la bază egalitatea (Figura 7).



FIGURA 7. Roata egalității

Cauzele violenței în familie și în bază de gen

Violența în familie și în bază de gen nu este generată de o singură cauză, ci de un complex de factori. În anul 1998, L. Heise a înaintat „Cadrul ecologic” care prezintă multitudinea de factori ce pot determina o persoană să devină victimă sau agresor familial. Cadrul diferențiază 4 niveluri de factori de risc: individual, relațional, comunitar, social (Figura 8).

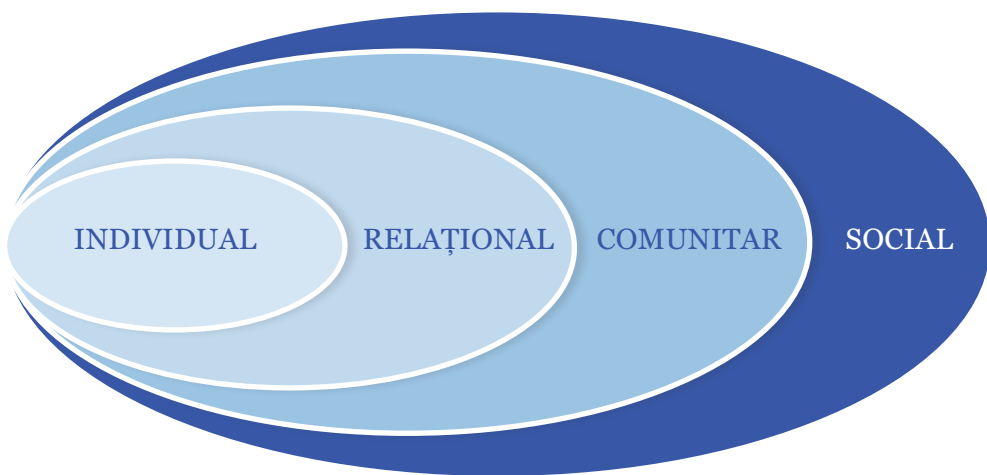


FIGURA 8. Cadrul ecologic pentru înțelegerea violenței împotriva femeilor (după L. Heise (1998))

Modelul explorează relația dintre factorii individuali și contextuali și consideră violența drept un produs al mai multor factori cauzali care influențează comportamentul uman.

TABELUL 3 Cadrul ecologic al violenței în familie și în bază de gen

NIVELUL INDIVIDUAL	factorii biologici și ai biografiei personale ce influențează comportamentul și sporesc riscul de comitere sau expunere la acte de violență
	venituri reduse, nivelul educațional scăzut, impulsivitate, depresie, abuz de substanțe, experiență de violență în trecut (copilărie, relații anterioare), incapacitatea de a-și exprima în mod adecvat emoțiile de furie (comportament agresiv), sarcină nedorită, perceperea violenței ca un comportament acceptabil
NIVELUL RELAȚIONAL	legături și relații sociale (cu colegii, partenerii sau membrii familiei)
	bărbați care au mai multe parteneri/infidelitate, relații de căsătorie cu un nivel scăzut de satisfacție față de partener, certuri constante, diferențe între nivelul de educație al partenerilor, familia învinovățește victima pentru violență, nu agresorul

NIVELUL COMUNITAR	mediul în care persoana formează relații sociale (școală, loc de muncă și reședință)
	intervenții reduse la nivel comunitar (comunități în care se practică traficul de droguri, rate ridicate ale șomajului, izolare socială ridicată (oamenii nu-și cunosc vecinii sau nu participă la viața comunității)), viața într-un mediu de violență; riscul violenței este mai mare în unele comunități sărace în care există puține instituții sau acestea funcționează deficitar
NIVELUL SOCIAL	norme culturale și sociale care modelează rolurile de gen
	normele tradiționale de gen, societale și culturale care susțin violența, tratarea violenței în familie ca pe o problemă privată a familiei și nu ca pe un act de violență care poate fi prevenit, lipsa de intervenție a societății în cazuri de violență în familie, norme care prioritizează drepturile părintești asupra bunăstării copiilor, norme care susțin superioritatea bărbaților asupra femeilor și copiilor, promovarea inegalității financiare ale partenerilor

Miturile privind violența în familie și în bază de gen

Miturile sunt niște idei și convingeri care nu au un substrat obiectiv, nu se bazează pe fapte și, respectiv, sunt false. Miturile despre violența în familie oferă o informație eronată cu referire la fenomen și cauzele lui, modelează percepția acestuia și răspunsul societății la cazurile de violență. Ele sunt dăunătoare deoarece distorsionează situația reală privind violența în familie și în bază de gen și, din această cauză, pot descuraja intervenția diferitor profesioniști, inclusiv a specialiștilor din domeniul sănătății.

Societatea este marcată de mai multe mituri legate de violența în familie, însă în continuare ne vom axa doar pe câteva dintre acestea.

TABELUL 4 Miturile privind violența în familie și în bază de gen

Violența domestică nu este atât de extinsă sau gravă

De fapt, fiecare a doua femeie a suferit vreo formă de violență pe parcursul vieții, iar cca 137 de femei sunt ucise zilnic în toată lumea în cadrul familiei (vezi compartimentul *Amploarea violenței în familie și în bază de gen*)

Violența în familie apare numai în familiile din păturile sărace ale societății și în mediul persoanelor fără educație

De fapt, violența în familie se manifestă în toate mediile socio-culturale, fără excepție; s-au înregistrat numeroase cazuri de violență intrafamilială și în rândul persoanelor cu studii superioare și statut social superior; victimele provenite din aceste medii raportează mai greu agresiunile din cauza rușinii, presiunii sociale sau temerii că le va fi afectată imaginea în cercul lor social sau profesional

Soluționarea cazurilor de violență intrafamilială trebuie făcută în cadrul familiei deoarece este o chestiune privată

De fapt, violența în familie nu este o chestiune privată, ci o problemă socială; fără o asistență specializată violența în familie nu poate fi soluționată; încercarea de a o depăși de sine stătător consolidează poziția agresorului și intensifică sentimentul de vulnerabilitate al victimei

Victimele acceptă agresiunea

De fapt, victimele nu ripostează din frică; ele percep pericolul ca fiind mai mare dacă părăsesc familia și ajung să se teamă pentru siguranța copiilor; unii agresori își omoară victimele atunci când acestea au curajul să-i părăsească

Dacă violența ar fi atât de gravă femeia ar rupe relația cu partenerul ei

De fapt, de multe ori, femeia victimă nu rupe o relație violentă, motivele fiind dependența emoțională și financiară de agresor, prezența copiilor și resursele limitate de creștere a lor, un nivel redus de încredere și respect față de propria persoană sau lipsa unui sprijin social și familial, blamarea societății

Bătaia survine într-un moment de pierdere a cumpătului

De fapt, agresiunea fizică survine într-o relație în care agresorul controlează deja partenera, prin frică; agresiunea fizică este numai o formă de violență fiind însoțită în general și de alte comportamente violente; violența în familie este un comportament intenționat, iar agresorii sunt capabili să se controleze

Consumul de alcool este cauza violenței familiale

De fapt, alcoolul nu este o cauză a violenței în familie, ci un factor de risc; nu toți bărbații consumatori de alcool își agresează partenererele; agresorii folosesc consumul de alcool drept o scuză pentru violență

Agresorii suferă frecvent de tulburări psihice

De fapt, studiile arată că doar 10% dintre agresorii familiari prezintă tulburări psihice, restul nu sunt afectați din punct de vedere al discernământului și al controlului asupra propriilor reacții și comportamente; majoritatea bărbaților abuzivi nu se comportă violent în afara cuplului

Numai femeile sunt victime ale violenței în familie

De fapt, oricine poate deveni victimă a violenței în familie; deși, în general, statisticile arată că majoritatea victimelor sunt femei, un anumit procent este reprezentat de bărbați (vezi compartimentul *Subiecții violenței în familie*)

Bărbații sunt victime ale violenței în familie la fel de des ca și femeile

De fapt, studiile indică faptul că femeile sunt victime în majoritatea cazurilor de violență în familie; bărbații supuși violenței în familie au un acces mai bun la resurse pentru a părăsi o situație violentă (vezi compartimentul *Subiecții violenței în familie*)

Nu există viol între soț și soție

De fapt, violul este definit prin acțiune și nu prin identitatea agresorului sau a victimei; orice raport sexual coercitiv constituie un viol, indiferent dacă victima este sau nu în relații de căsătorie cu agresorul

Personalul medical ar trebui să deosebească mitul de adevăr deoarece:

- miturile și stereotipurile despre violența în familie modelează percepțiile profesioniștilor față de fenomen și răspunsul lor la problemă;
- miturile pot împiedica medicii să identifice un episod de violență în familie și să ofere asistența necesară;
- miturile sunt dăunătoare deoarece vinovăția pentru violența în familie este de obicei transferată asupra victimelor;
- personalul medical trebuie să facă diferența dintre mit și realitate pentru a înțelege situația și necesitățile victimei menținând în același timp o atitudine profesionistă și imparțială.

Subiecții violenței în familie

Studiile efectuate în domeniul violenței în familie și în bază de gen au arătat că femeile (inclusiv fetele) și copiii sunt expuși unui risc mai mare de violență decât bărbații. Studiul „*Violența față de femei în familie*” realizat în 2011 de către Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova a scos în evidență că cele mai afectate de fenomenul violenței în familie sunt femeile din mediul rural, femeile cu un nivel scăzut de studii, șomerele sau cele angajate în activități agricole pe cont propriu. Copiii sunt victime ale violenței domestice atât direct, cât și indirect în calitate de martori.

Cu toate acestea, există și o categorie de persoane vulnerabile față de violența în familie și în bază de gen:

- femeile, în special, cele fără o educație profesională;
- femeile gravide;
- persoanele cu copii;
- copii și adolescenții;
- persoanele în vârstă;
- persoanele cu dizabilități fizice sau psihice;
- persoanele din diferite culturi și limbi (familii mixte);
- persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate;
- persoanele care fac abuz de substanțe psihoactive;
- persoanele cu nivel scăzut de alfabetizare;
- persoanele LGBT (homosexuali, lesbiene etc.)

Convenția de la Istanbul (2011) recunoaște faptul că femeile și fetele sunt expuse unui risc mai mare de violență de gen decât bărbații. Potrivit datelor Ministerului Afacerilor Interne din Republica Moldova, profilul victimelor violenței în familie și în bază de gen este reprezentat la nivel de peste 84% de femei și fete⁵ (Figura 9). Declarația și platforma de acțiune de la Beijing (1995) a recunoscut că adolescentele sunt mai susceptibile să devină victime ale violenței, inclusiv a celei sexuale, decât băieții adolescenți. Din aceeași sursă constatăm că ponderea cea mai mare a victimelor omorului consumat în familie revine femeilor (81,11%), date statistice care corelează cu cele internaționale unde ponderea cea mai mare a victimelor ucise de partenerul de viață sau de un membru al familiei la nivel global o dețin la fel femeile (82%)⁶.

Cu referire la profilul agresorilor, datele statistice ale MAI (Figura 10) arată cert o predominare semnificativă a bărbaților (92,61%) în această ipostază.

⁵ Notă informativă a MAI, https://politia.md/sites/default/files/ni_violenta_in_familie_3_luni_2020_pentru_pagina_web-konvertirovan.pdf

⁶ UNODC, Global Study on Homicide 2019. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf

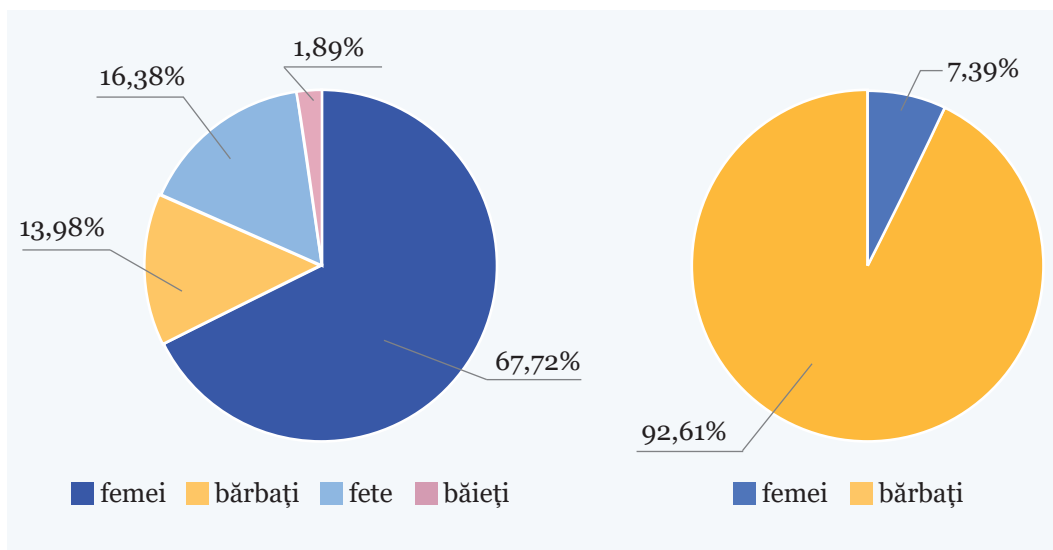


FIGURA 9. Profilul victimelor violenței în familie

FIGURA 10. Profilul agresorilor violenței în familie

Consecințele violenței în familie și în bază de gen

Consecințele violenței în familie și în bază de gen sunt vaste și diverse, afectează victimele, copiii și societatea în general, cuprinzând aspecte de ordin fizic, psihologic, financiar sau social.

Ca orice fenomen social negativ, violența în familie și în bază de gen implică consecințe social-economice, cum sunt:

- creșterea numărului concediilor medicale;
- sporirea cheltuielilor pentru asigurări;
- scăderea productivității muncii, irosirea timpului de lucru;
- creșterea mortalității;
- cheltuieli inutile în diverse domenii (păstrarea ordinii publice, justiție, medicină ș. a.);
- întreținerea copiilor rămași fără îngrijire părintească;
- perpetuarea violenței din generație în generație;
- înrădăcinarea ideii despre așa-zisa superioritate a bărbatului.

Consecințele economice afectează atât victimele, cât și economiile țărilor, în general. Astfel, Institutul European pentru Egalitate de Gen estimează costurile violenței în bază de gen în Uniunea Europeană la 366 mlrd. de euro anual,

79% dintre aceste costuri fiind suportate pentru violența față de femei⁷. IEEG a constatat că cel mai mare cost provine din impactul fizic și emoțional (56%), urmat de serviciile de justiție penală (21%) și pierderea producției economice (14%). Alte costuri pot include serviciile de justiție civilă (ex.: pentru divorțuri și procedurile de custodie a copiilor), ajutorul acordat pentru locuință și protecția copilului. Un studiu realizat în Marea Britanie în anul 2019 a estimat că violența domestică a costat, per ansamblu, în 2016-2017, peste 66 mlrd. de lire sterline și a inclus costuri pentru daunele fizice și emoționale suportate de victime în urma abuzului lor, pierderea productivității ș.a.⁸ Violența de gen cauzează costuri plătitorilor de taxe și în țările de pe alte continente. Un studiu din Australia a estimat cheltuieli privind violența împotriva femeilor și copiilor suportate în 2015-2016 în valoare de 22 miliarde de dolari australieni⁹. Canada cheltuiește 7,4 miliarde de dolari canadieni pentru a face față doar consecințelor violenței pertenerului intim¹⁰. Un studiu realizat în Statele Unite ale Americii în anul 2018 a estimat costuri anuale în valoare de 55 mlrd. de dolari americani pentru a face față doar efectelor expunerii copiilor la violența domestică¹¹.

Studiul *„Raportul de estimare a costurilor violenței în familie și violenței împotriva femeilor”* (2016) realizat în Republica Moldova a evaluat cheltuielile pentru anul 2014 în domeniile protecției sociale, medicinei și justiției în valoare de circa 36 de milioane de lei. Deoarece mecanismul de răspuns al autorităților statului este focusat pe atenuarea consecințelor și nu pe prevenire, majoritatea cheltuielilor au fost din domeniul sănătății și au constituit circa 15.845.000 de lei, fiind în mare parte suportate de către victime și nu de stat. Cheltuielile din domeniul justiției evaluate la circa 14.990.000 de lei au reprezentat costurile asistenței acordate victimelor violenței în cadrul proceselor de judecată și au fost acoperite, la fel, preponderent de victime. Cheltuielile din sectorul social au constituit circa 5.195.000 de lei și au fost furnizate în proporție de 60% de către organizațiile necomerciale. Potrivit raportului, în doar 4 ani au fost achitate despăgubiri de circa 1.550.970 de lei în baza hotărârilor Curții Europene pentru Drepturile Omului (CtEDO).

⁷ <https://eige.europa.eu/news/gender-based-violence-costs-eu-eu366-billion-year>

⁸ The economic and social costs of domestic abuse (2019). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/918897/horr107.pdf

⁹ The cost of violence against women and their children in Australia (2016). https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/o8_2016/the_cost_of_violence_against_women_and_their_children_in_australia_-_summary_report_may_2016.pdf

¹⁰ <https://canadianwomen.org/the-facts/gender-based-violence/>

¹¹ Exposure to domestic violence costs US government \$55 billion each year (2018). <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/04/180425093846.htm>

Pe lângă costuri economice și impact social, violența în familie și în bază de gen presupune și consecințe de natură morală. Șirul acestora poate fi exemplificat prin următoarele:

- impactul asupra relațiilor dintre parteneri
- destrămarea familiilor
- dezorganizarea relațiilor părinți-copii
- creșterea criminalității în societate
- deprecierea valorilor general-umane.

Violența în familie are un impact sever asupra tuturor victimelor, dar afectează în special femeile și copiii.

Consecințele violenței bazate pe gen periclitează grav toate aspectele sănătății femeii: sănătatea fizică, sexuală și reproductivă, mentală și comportamentală. Consecințele pot fi imediate și acute, precum și de lungă durată și cronice. Cu cât actul de violență este mai puternic cu atât mai mare va fi impactul acesteia asupra sănătății femeii. Mai mult, supunerea persoanei la mai multe forme de violență (de ex., fizică și sexuală) și/sau la acte multiple de violență poate genera în timp consecințe mai grave pentru sănătatea acesteia, inclusiv sindromul femeii bătute (descriș de Lenore E. Walker (1984)), o subcategorie a sindromului de stres posttraumatic. Violența în bază de gen poate avea ca rezultat și decesul femeilor, fie în urma actelor de violență, fie, pe termen lung, ca urmare a altor efecte adverse asupra sănătății. Decesul poate fi determinat atât de femicid, cât și de suicidul generat de consecințele traumelor psihice. Potrivit datelor MAI, anual în Republica Moldova se comit 30-35 de omucideri în mediul familial, iar cca 5 decese sunt determinate de suicidul asociat actelor de violență în familie.

Consecințele și efectele violenței în familie se manifestă în următoarele domenii ale vieții victimei:

- **Starea de sănătate** – victima poate suferi o serie de leziuni corporale, cu grade diferite de gravitate, care pot necesita mai multe sau mai puține îngrijiri medicale, inclusiv încadrarea într-un grad de dizabilitate, pierderea totală sau parțială a capacității de muncă sau decesul victimei.
- **Realizarea personală a victimei** poate fi afectată prin interdicția de a face studii, lipsirea de locul de muncă sau de pierderea acestuia în urma interdicțiilor agresorului de a se încadra în muncă sau a scenelor de gelozie ale acestuia. Din cauza violențelor fizice victima poate absenta deseori de la locul de muncă și acest fapt poate constitui temei pentru pierderea serviciului. Absența unui loc de muncă provoacă dependența financiară a victimei față de agresor și o face mult mai vulnerabilă.

- **Viața socială** – victimele sunt izolate de familie, grupul de prieteni, colegii de serviciu sau de serviciile de asistență socială. Izolarea socială a victimei reprezintă unul dintre cei mai severi factori de eșec în încercarea acesteia de depășire a dependenței.

Întreg spectrul de consecințe ale violenței domestice asupra sănătății femeii este reflectat în Figura 11.

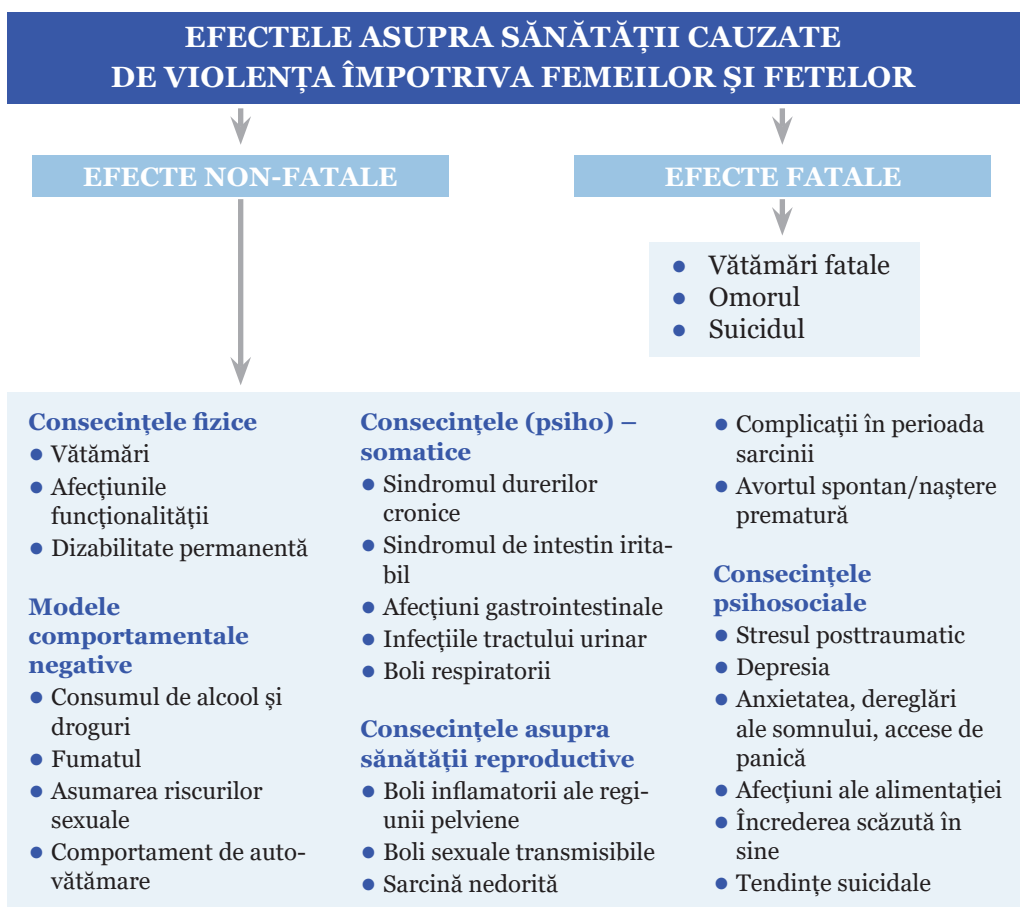


FIGURA 11. Consecințele violenței domestice asupra sănătății femeii (după Heise L. et. al. (1999), CHANGE (1999))

- **Tulburări de sănătate mentală.** Deși violența psihologică și neglijarea emoțională pot fi mai dificil de depistat în comparație cu violența fizică, efectele acestora pot fi la fel de subtile. Un studiu a descoperit că 80% dintre copiii a căror copilărie a fost umbrată de violență sufereau de cel puțin un tip

de tulburare psihiatrică până la vârsta de 21 de ani. Categoriile de probleme variază și pot fi diverse, precum: depresia, tulburările de anxietate, tulburările de nutriție și suicidul care sunt toate asociate cu violența psihologică.

- **Sindromul stresului posttraumatic.** Această consecință limitează frecvent capacitatea persoanei de a se simți în siguranță chiar și în absența pericolului real, victima trăiește stări puternice de dezechilibru emoțional și își poate organiza cu greu activitățile zilnice în mod independent. Necesită frecvent suport psihologic și medical (după caz) pentru a-și gestiona stările de frică și neliniște. Această consecință, de asemenea, poate genera o serie de alte tulburări psihoemoționale: tulburări de somn, tulburări alimentare, abuz de alcool, fobii etc.
- **Afecțiuni ale capacității cognitive (frecvent în cazul copiilor).** Dezvoltarea cognitivă a copiilor abuzați și neglijați poate fi afectată în mod sever. Incompetența lingvistică comparativă a copiilor abuzați este cel mai evidentă chiar din primii ani. „Recuperarea” într-o etapă ulterioară reprezintă o provocare semnificativă pentru mulți copii, deoarece în anumite cazuri, mult mai grave, dezvoltarea cerebrală este împiedicată de lipsa de stimuli pozitivi. Împiedicarea dezvoltării în acest sens nu le permite copiilor să acceseze și să se bucure de multe dintre drepturile lor și, de asemenea, îi supune unui risc mai mare ca astfel de drepturi să le fie încălcate.

Copiii sunt supuși frecvent diferitor forme de violență în mediul lor familial, inclusiv în calitate de metodă de disciplinare și „educare”. Violența în familie ce vizează copiii este asociată cu un risc înalt de dezvoltare a problemelor somatice, psihologice, comportamentale și cognitive, precum:

- sindromul copilului bătut (1962);
- retardare (întârziere în dezvoltarea intelectului);
- tulburări emoționale, psihice: anxietate, depresie, nivel redus de încredere în sine, agresivitate sporită, inclusiv autoagresivitate, insecuritate, angoasă, culpabilizare;
- frustrare;
- tulburări de stres posttraumatic;
- tulburări de învățare, de somn;
- probleme comportamentale și relaționale cu semenii;
- dezvoltarea unui nivel înalt de toleranță la violență.

Cu toate că violența asupra copilului este aplicată de către părinții care, de fapt, ar trebui să le asigure protecția și grija, părintele va rămâne oricum o autoritate pentru copil. **Un copil agresat de părinți nu încetează să-și iubească părinții, el încetează să se iubească pe sine.** Violența din partea părinților reduce autostima copilului, în viitor acesta va dezvoltă tot felul de frustrări și complexe de inferioritate. Copilul devine agresiv, iar agresivitatea ajunge o normă de relaționare cu semenii.

Studiul „*Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*” (2015) a relevat că violența fizică a existat în aproape 50% din familiile de origine a 1500 de bărbați care au participat la sondaj. Fenomenul violenței în familie se perpetuează prin intermediul copiilor care devin victime sau martori ai actelor de violență. Părinții care au fost martori sau victime ale unui comportament abuziv în copilărie manifestă tendința de a aplica acest model de comportament în raport cu propriii copii și membrii familiei. Astfel, datele studiului indicat evidențiază că respondenții de sex masculin care în copilărie au fost victime ale diferitor forme de violență (în familie și în afara acesteia) au confirmat că vor perpetua acest comportament asupra soțiilor și copiilor în propriile familii. Pe de altă parte, rolul de victimă în copilărie sporește riscurile de a deveni victimă și la vârsta adultă. Astfel, studiul „*Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE*” (2014) arată că 30% dintre femeile care au devenit victime ale unui abuz sexual comis de către un fost sau actual partener au suportat violența sexuală și în copilărie, în timp ce numai 10% dintre femeile care n-au fost supuse violenței sexuale în relația lor actuală sau în una precedentă indică existența unor experiențe de violență sexuală în copilărie.

Deși consecințele violenței în familie asupra copiilor sunt severe, cazurile copiilor-victime rareori ajung să fie raportate.

Raportarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen

Violența în familie este o infracțiune latentă. Cele mai multe incidente nu sunt raportate autorităților. Contextul social și cultural din Republica Moldova prezintă multiple bariere și provocări în calea realizării siguranței victimelor și responsabilizării agresorilor. Chiar dacă statisticile oficiale ale MAI arată o creștere semnificativă a cazurilor înregistrate de violență în familie (vezi Figura 4) studiile demonstrează că fenomenul este în continuare subraportat. Conform studiului sociologic „*Opinii, percepții și experiențe ale tinerilor privind violența în familie/cuplu*” realizat în anul 2014, nouă din zece persoane consideră că actele de violență în familie nu sunt raportate de către victime. Rata joasă de raportare a cazurilor de violență în familie este confirmată și de studiul „*Bărba-*

ții și egalitatea de gen în Republica Moldova” (2015), potrivit căruia doar 8,4% dintre femeile abuzate în familie au semnalat cazul la poliție. Drept cauze au fost identificate următoarele:

- frica de agresor;
- tendința de a păstra familia;
- necunoașterea mecanismelor de soluționare a actelor de violență;
- lipsa încrederii în instituțiile abilitate să intervină în cazurile de violență în familie;
- controlul și izolarea victimelor de către agresor;
- presiuni puternice din partea agresorului, a rudelor ori a altor persoane pentru a determina victima să renunțe la plângere;
- gradul redus de mulțumire față de intervenția poliției.

Situația privind raportarea cazurilor de violență în familie în țările europene este un pic mai bună decât în Republica Moldova. Astfel, potrivit studiului „*Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE*” (2014), victimele au raportat poliției cel mai grav incident de violență exercitată de partenerul de viață în 14% din cazuri. Studiul „*Violence and health in Sweden*” (2015) a arătat o pondere de 20% de victime ce au raportat cazurile de violență în familie la organele poliției.

Există încă mulți factori ce împiedică victimele să raporteze cazurile de violență în familie și în bază de gen, cum ar fi:

■ **Informarea insuficientă a victimelor** cu referire la modul de sesizare a actelor de violență și serviciile disponibile. Potrivit studiului „*Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*” (2015), 62,4% dintre femei cunosc despre legile referitoare la violență împotriva femeilor, 9,1% au negat existența acestora și 28,4% nu cunosc despre existența lor¹². Gradul de cunoaștere a mecanismului de protecție împotriva violenței în familie, dar și cunoașterea despre existența serviciilor de suport este mai mare în cazul victimelor ce locuiesc în mediul urban, a celor cu un nivel ridicat de studii, dar și cu venituri mai mari în cadrul familiei. În localitățile rurale, victimele violenței în familie dispun de informare juridică limitată, care, de regulă, vine din sursele mass-media. Victimele care au televizor, aparat de radio sau conexiune la Internet beneficiază de un acces mai facil la informație. Dacă victimele provin

¹² „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”, Centrul de Drept al Femeilor, Sociopolis, Chișinău, 2015.

din familii social-defavorizate și nu dețin mijloace electronice de informare, accesul la informație este limitat, iar multe dintre ele nu cunosc că există o lege care le protejează și nici cum ar putea avea acces la serviciile destinate victimelor violenței în familie.

- **Informarea incorectă privind sancțiunile care îi pot fi aplicate agresorului** este un impediment în raportarea/sesizarea cazurilor de violență în familie. Mitul ce vizează aplicarea pedepsei cu amendă pentru agresor constituie o barieră în sesizarea cazurilor de violență. Chiar dacă cadrul normativ existent nu mai prevede sancțiunea cu amendă pentru acte de violență în familie puține victime cunosc despre aceste modificări legislative. În percepția generală a populației încă persistă mitul ce vizează aplicarea pedepsei cu amendă pentru agresorii familiari, iar gândul că amenda va fi achitată din bugetul familiei, care de multe ori și așa este modest, constituie un obstacol în raportarea către autorități a actelor de violență în familie.
- **Tradiția, specificul cultural și prejudecățile de gen le determină pe femei să tolereze violența în familie și să ezite în a sesiza autoritățile.** Situația descrisă este mult mai accentuată în comunitățile cu valori patriarhale puternice. Normele și atitudinile sociale contribuie la inegalitatea de gen și la prevalența violenței. Violența generată în familie creează o societate violentă și, invers, o societate care acceptă violența în sfera vieții publice, accentuează tendințele violente în cadrul familiei, transmitându-le de-a lungul generațiilor¹³. Numărul femeilor care raportează la poliție actele de violență din partea partenerului actual este foarte mic în Republica Moldova – 8,4%¹⁴. De cele mai multe ori, femeile nu cred că raportarea experiențelor de violență le-ar oferi protecție, aceasta este o posibilă explicație pentru faptul că șapte din zece femei care au identificat cel mai grav incident de violență fizică și/ sau sexuală din partea partenerului actual nu au contactat poliția sau vreun alt serviciu sau organizație (70%), același lucru fiind valabil și pentru cele mai grave incidente de violență din partea partenerului anterior (58% de femei nu au raportat) și cele mai grave incidente de violență din partea non-partenerului (51%)¹⁵.
- **Miturile despre violența în familie determină victimele să ezite în raportarea cazurilor către autorități.** Foarte puține femei au raportat cazurile de violență pe care le-au considerat drept cele mai grave, fapt susținut de jumătate dintre femeile care consideră că violența în familie este

¹³ „Bunătatea și siguranța femeilor”, OSCE, Chișinău, 2019, p. 19.

¹⁴ „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”, Centrul de Drept la Femeilor, Sociopolis, Chișinău, 2015, p. 16.

¹⁵ „Bunătatea și siguranța femeilor”, OSCE, Chișinău, 2019, p. 50-51, 63.

„o chestiune privată” care ar trebui rezolvată în cadrul familiei¹⁶. Astfel, peste jumătate (55%) din femeile din Republica Moldova, de patru ori mai mult decât în UE (14%), consideră violența în familie drept o chestiune privată care trebuie soluționată în cadrul familiei. Aceste stereotipuri și prejudecăți întărite de prieteni, rude, reprezentanți ai diferitor autorități, perpetuate de instituțiile religioase, determină femeile să sufere în tăcere.

- **Dependența financiară de agresor** și insuficiența surselor financiare necesare pentru deplasarea în centrul raional pentru a accesa serviciile disponibile pentru victime, dar și pentru a participa la acțiuni procesuale, judecarea cauzei etc.
- **Numărul insuficient al serviciilor acordate gratuit victimelor violenței în familie.** Participanții la interviuri au menționat că populația apelează la un specialist pentru consiliere juridică doar atunci când are o problemă.
- **Lipsă de încredere în instituțiile care ar trebui să ofere sprijin și servicii victimelor violenței în familie și în bază de gen.** Din perspectiva victimelor, violența împotriva femeilor este puțin raportată către poliție și alte organizații deoarece există o lipsă de încredere în instituțiile care ar trebui să ofere sprijin și servicii victimelor. Rușinea, teama de agresor, precum și lipsa unui sprijin pe termen lung și practic, cum ar fi ajutorul pentru locuințe și ajutorul financiar, sunt obstacole care împiedică femeile să raporteze cazurile de violență în familie. Deși multe femei au declarat că au suferit vătămări corporale și consecințe psihologice ca urmare a celui mai grav incident de violență fizică și/sau sexuală pe care l-au suportat, foarte puține au denunțat aceste cazuri la poliție sau la alte instituții. Chiar și atunci când violența este raportată, în percepția victimelor violenței în familie, succesul în ceea ce privește aducerea agresorilor în fața justiției este discutabil¹⁷.

¹⁶ „Bunăstarea și siguranța femeilor”, OSCE, Chișinău, 2019 https://www.osce.org/files/f/documents/e/f/425867_0.pdf

¹⁷ „Bunăstarea și siguranța femeilor”, OSCE, Chișinău, 2019, https://www.osce.org/files/f/documents/e/f/425867_0.pdf





TEMA 2

**Normele de drept internațional
și național privind violența
în familie și în bază de gen**



Cadrul legal internațional privind combaterea violenței în familie și în bază de gen

Violența în familie reprezintă o încălcare gravă a drepturilor omului. Drepturile și libertățile fundamentale ale omului sunt prerogative conferite de dreptul național și recunoscute de dreptul internațional fiecărui individ în raporturile sale cu comunitatea și cu statul ce dau expresie unor valori sociale fundamentale.

Constituirea și consolidarea Republicii Moldova ca stat independent și democratic, cu statut de subiect de drept internațional (anul 1991), a determinat internaționalizarea dreptului național, îndeosebi în *domeniul protecției drepturilor omului și libertăților fundamentale* prin ratificarea a numeroase documente cu vocație universală în domeniul drepturilor omului deschizând astfel calea spre un sistem de protecție internațională.

Conform prevederilor art. 4 alin. (2) din Constituție, în caz de neconcordanță dintre legea națională și normele dreptului internațional privind drepturile fundamentale ale omului, prioritate se acordă prevederilor internaționale¹⁸. Această normă constituțională exprimă atașamentul față de reglementările internaționale și, în același timp, demonstrează receptivitatea statului nostru în aplicarea tratatelor la care este parte.

În continuare sunt prezentate câteva acte internaționale la care Republica Moldova este parte, toate având relevanță în domeniul combaterii violenței în familie și în bază de gen.

Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor¹⁹ este cel mai complex tratat privind drepturile femeilor. Convenția garantează egalitatea dintre femei și bărbați în drepturi civile, politice, economice și culturale. Convenția stabilește că statele nu sunt obligate doar să se abțină de la comiterea încălcărilor, dar sunt responsabile pentru acțiunile

¹⁸ Raport al Curții Constituționale a Republicii Moldova la cel de al XVI-lea Congres al Conferinței Curților Constituționale Europene

¹⁹ Abreviere în limba engleză – CEDAW

actorilor privați în cazul în care nu reușesc să-și îndeplinească obligația de a preveni și pedepsi asemenea acțiuni. Deși în actul internațional indicat nu se conține o prevedere expresă cu privire la interzicerea violenței în familie, prin Recomandarea 19 a Comitetului CEDAW s-a stabilit că **„violența în bază de gen, inclusiv violența domestică, este o formă de discriminare care afectează grav abilitatea femeilor de a-și exercita drepturile și libertățile în condiții egale cu bărbații”**.

Convenția europeană privind prevenirea și combaterea violenței față de femei²⁰ (cunoscută sub denumirea de *Convenția de la Istanbul*) a fost deschisă pentru semnare la 11 mai 2011, la Istanbul, și reprezintă primul document obligatoriu juridic la nivel european pentru prevenirea, investigarea și pedepsirea actelor de violență împotriva femeilor și a violenței domestice, protejarea victimelor, urmărirea penală a autorilor și adoptarea unei game largi de măsuri pentru a stopa acest flagel și, în același timp, cel mai complex instrument de cooperare juridică internațională.

Obiectivul Convenției de la Istanbul îl constituie toleranța zero față de orice formă de violență în raport cu femeile fiind un pas important în eforturile instituțiilor europene și autorităților naționale de a asigura securitatea și siguranța femeii în Europa, dar și la nivel global.

Convenția de la Istanbul definește diferite forme de violență împotriva femeilor: fizică, sexuală și psihologică și stabilește legătura dintre realizarea egalității de gen și eradicarea violenței față de femei. Astfel, se recunoaște natura structurală a violenței față de femei drept o manifestare a pozițiilor istorice de inegalitate dintre femei și bărbați.

La 6 februarie 2017, Republica Moldova a semnat Convenția de la Istanbul. Prin acest fapt a fost exprimat consimțământul Republicii Moldova de a fi legată prin acest tratat. Astfel, statul nostru a devenit cel de-al 44-lea stat semnatar al tratatului. Ratificarea Convenției privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice a fost indicată drept prioritate la nivel național, acest obiectiv fiind trasat și în mai multe documente de politici la nivel național, precum Planul național de acțiuni în domeniul drepturilor omului pentru anii 2018-2022 aprobat prin Hotărârea Parlamentului nr. 89 din 24.05.2018 și Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și Planul de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 281 din 03.04.2018. Republica Moldova a ratificat Convenția de la Istanbul pe 14 octombrie 2021.

²⁰ Abreviere în limba engleză – CAHVIO

Convenția ONU împotriva torturii și altor tratamente sau pedepse cu cruzime, inumane sau degradante²¹ definește termenul „tortură” ca fiind orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferințe puternice, de natură fizică sau psihică, în special, cu scopul de a obține, de la această persoană sau de la o persoană terță, informații sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis sau este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiune asupra unei terțe persoane sau pentru orice alt motiv bazat pe o formă de discriminare, oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau suferință sunt provocate de către un agent al autorității publice sau orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau la instigarea sau cu consimțământul expres sau tacit al unor asemenea persoane. La fel ca tortura, violența în familie „este despre vătămare, durere și moarte”²², deși este percepută în multe zone ale lumii ca „o problemă zilnică, normală și nu o încălcare gravă a drepturilor omului”. În jurisprudența sa, Curtea Europeană a Drepturilor Omului²³ s-a expus că actele de tortură sau relele tratamente sunt cauzate de persoane private, în cazul violenței în familie, care este o formă de violență bazată pe gen. Astfel, în cazul violenței în familie asistăm la o formă de tortură, tratamente și pedepse inumane și degradante.

Convenția Europeană a Drepturilor Omului²⁴ este principalul instrument elaborat în cadrul Consiliului Europei pentru garantarea drepturilor fundamentale ale omului. Statele semnatare ale Convenției au obligația să nu încalce drepturile și libertățile garantate și să asigure o protecție judiciară adecvată. Republica Moldova este parte a Convenției Europene a Drepturilor Omului începând cu 12 septembrie 1997. Curtea Europeană a Drepturilor Omului are ca misiune verificarea acțiunilor Statelor membre cu privire la prevederile Convenției. În timp ce violența în familie nu este un fenomen nou, jurisprudența CtEDO cu privire la violența în familie a început să apară abia recent, prima cauză, *Kontrova c. Slovaciei*, fiind examinată în 2007²⁵. Deoarece CEDO nu conține prevederi exprese despre violența în familie, în cazurile de violență își găsesc aplicabilitatea următoarele prevederi ale Convenției Europene a Drepturilor Omului:

²¹ Adoptată de către Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 10 decembrie 1984

²² Sally Engle Merry, 'Human rights and transnational culture: Regulating gender violence through global law' (2006) 44 *Osgoode Hall LJ*, pag. 53, 56

²³ Abreviere – CtEDO

²⁴ Abreviere – CEDO

²⁵ Aalbers C., Vilcu N., *Obligațiile pozitive ale statului în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului în materie de violență în familie*, Chișinău, 2019

- *Art. 3 al Convenției* - interzice tortura, tratamentele și pedepsele inumane și degradante
- *Art. 8* - garantează dreptul la respectarea vieții private și de familie
- *Art. 13* - asigură dreptul la un recurs efectiv la nivel național
- *Art. 14* - interzice discriminarea, inclusiv în bază de sex.

Convenția internațională cu privire la drepturile copilului²⁶ promovează drepturile copiilor în familie și societate, principiile de asigurare a protecției și asistenței de care are nevoie un copil pentru a putea să joace pe deplin rolul său în societate, fiind oferite următoarele garanții:

- dreptul la un standard de viață care este suficient pentru a se asigura dezvoltarea copilului;
- eliminarea violenței și a exploatării economice și sexuale a copiilor;
- dreptul la protecție specială și la îngrijiri speciale, în principal, la o protecție juridică potrivită, înainte și după naștere.

În partea ce ține de obligația statului de a proteja copiii împotriva violenței, Convenția privind drepturile copilului prevede: *„Statele părți vor garanta că nici un copil nu este supus la tortură, la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante”*²⁷. Art. 19 din Convenție prevede obligația statelor de a lua toate măsurile legislative, administrative, sociale și educative corespunzătoare în vederea protejării copilului împotriva oricăror forme de violență, vătămare sau abuz, fizic sau mental, de abandon sau neglijență, de rele tratamente sau de exploatare, inclusiv abuz sexual, în timpul cât se află în îngrijirea părinților sau a unuia dintre ei, a reprezentantului ori reprezentanților legali sau a oricărei persoane căreia i-a fost încredințat.

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități²⁸ este un tratat internațional cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități. Republica Moldova a ratificat CRPD la 21 septembrie 2010. Scopul Convenției este de a

²⁶ Convenția internațională cu privire la drepturile copilului din 20.11.1989 a fost adoptată de Adunarea Generală a ONU la 20 noiembrie 1989, fiind în vigoare pentru Republica Moldova din 23.02.1993, Tratatate internaționale 1/51, 1998. Republica Moldova a aderat la Convenție prin Hotărârea Parlamentului nr.408-XII din 12.12.90, Veștile nr.12/303, 1990

²⁷ Art. 37, Convenția privind drepturile copilului; adoptată la New York, 20 noiembrie 1989, publicată în ediția oficială „Tratatate Internaționale”, 1998, vol. 1, p. 51, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 408-XII din 12.12.1990, publicată în Veștile nr. 12, 1990

²⁸ Abreviere în limba engleză – CRPD

promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă. CRPD abordează următoarele concepte:

- conceptul egalității și non-discriminării în exercitarea tuturor drepturilor și libertăților fundamentale;
- capacitatea juridică egală și luarea deciziei susținute;
- acomodarea rezonabilă și accesul liber la justiție al persoanelor cu dizabilități.

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități recunoaște că persoanele cu dizabilități continuă să se confrunte cu bariere în participarea lor ca membri egali ai societății, precum și cu încălcări ale drepturilor omului, printre care:

- persoanele cu dizabilități sunt supuse unor forme multiple sau agravate de discriminare;
- persoanele cu dizabilități trebuie să aibă posibilitatea să se implice activ în procesele de luare a deciziilor, în elaborarea de politici și programe, inclusiv a celor care le privesc în mod direct.

Adoptarea mecanismului național de protecție împotriva violenței în familie și a violenței în bază de gen a constituit un pas important în vederea respectării instrumentelor internaționale în domeniu și a marcat începutul procesului de armonizare a legislației naționale cu standardele internaționale și europene în domeniul drepturilor omului, fapt pentru care în compartimentul următor ne vom referi la cadrul național de protecție a victimei violenței în familie și a violenței de gen.

Actele normative naționale în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie și în bază de gen

Constituția Republicii Moldova adoptată la 29.07.1994 este Legea Supremă. Nicio lege și nici un alt act juridic care contravine prevederilor Constituției nu are putere juridică (art.7 – Constituția, Lege Supremă), dreptul la viață, precum și dreptul persoanei la integritate fizică și psihică sunt drepturi naturale, inerente ființei umane făcând parte din categoria inviolabilităților.

Constituția Republicii Moldova reglementează următoarele aspecte aplicabile în cauzele de violență în familie și în bază de gen:

- a) În art. 16 alin.(2) este indicat: „Toți cetățenii Republicii Moldova sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de ... sex”, și în art. 28 declară că „statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată.” De asemenea, este garantată libertatea individuală și siguranța persoanei și este prevăzut că statul va respecta și ocroti dreptul la viața intimă, privată și de familie.
- b) Orice persoană are dreptul la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Nici o lege nu poate îngreuna accesul la justiție (art. 20 din Constituție).
- c) Dreptul la apărare este garantat. Fiecare om are dreptul să reacționeze independent, prin mijloace legitime, la încălcarea drepturilor și libertăților sale. În tot cursul procesului părțile au dreptul să fie asistate de un avocat, ales sau numit din oficiu (art. 26 din Constituție).
- d) Art. 24 din Constituție consfințește că „nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante”. Amestecul în activitatea persoanelor care exercită apărarea în limitele prevăzute se pedepsește prin lege.
- e) Art. 29 reglementează inviolabilitatea domiciliului și prevede o excepție „pentru înlăturarea unei primejdii care amenință viața, integritatea fizică sau bunurile unei persoane”. Această prevedere constituțională permite organelor poliției, în cazul raportării acțiunilor de violență în familie, să intervină și să izoleze agresorul.
- f) Statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată (art. 28 din Constituție).
- g) Familia constituie elementul natural și fundamental al societății și are dreptul la ocrotire din partea societății și a statului. Familia se întemeiază pe căsătoria liber consimțită între bărbat și femeie, pe egalitatea lor în drepturi și pe dreptul și îndatorirea părinților de a asigura creșterea, educația și instruirea copiilor (art. 48 alin. (1) și (2) din Constituție).
- h) Orice persoană își exercită drepturile și libertățile constituționale cu bună credință, fără să încalce drepturile și libertățile altora (art. 55 din Constituție).

Având în vedere principiile consfințite *supra* este necesar de subliniat că respectarea și apărarea demnității umane este o obligație a puterii publice.

Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității²⁹.

Violența împotriva femeilor transcende personalitatea victimei, indiferent de felul cine este aceasta și constituie, de fapt, o formă severă de **violență în bază de gen** și o formă severă de manifestare a **discriminării** împotriva femeilor. În consecință, violența în familie este o încălcare a dreptului de a nu fi discriminat – drept recunoscut de instrumentele internaționale și cadrul normativ național, care lezează, în primul rând, demnitatea și valoarea persoanei umane.

În acest sens, Legea cu privire la asigurarea egalității interzice discriminarea, inclusiv după criteriul de sex și stabilește în art. 1 alin (1): „*Scopul prezentei legi este prevenirea și combaterea discriminării, precum și asigurarea egalității tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Republicii Moldova în sferile politică, economică, socială, culturală și alte sfere ale vieții, fără deosebire de rasă, culoare, naționalitate, origine etnică, limbă, religie sau convingeri, sex, vârstă, dizabilitate, opinie, apartenență politică sau orice alt criteriu similar.*” În baza acestei legi a fost creat Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității (în continuare – Consiliul pentru Egalitate) – organ colegial, instituit în scopul asigurării protecției împotriva discriminării și asigurării egalității tuturor persoanelor care se consideră a fi victime ale discriminării. Orice persoană care se consideră victimă a discriminării are dreptul să înainteze o acțiune în instanța de judecată și să solicite interzicerea încălcării în continuare a drepturilor sale cu restabilirea situației anterioare încălcării drepturilor sale, precum și repararea prejudiciului material și moral ce i-a fost cauzat³⁰. Faptele de discriminare sunt pasibile de răspundere disciplinară, civilă, contravențională și penală, conform legislației în vigoare³¹.

Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995 stabilește în art. 46 că familia are dreptul la ocrotirea sănătății membrilor ei și la protecție socială. Părinții sunt obligați să aibă grijă de sănătatea copilului, de dezvoltarea lui prenatală și postnatală, de educația lui fizică, spirituală și morală, să-i cultive un mod sănătos de viață³².

²⁹ Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității // M.O. nr. 103 din 29.05.2012, art. 355

³⁰ Art. 18 alin. (1) din Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității // M.O. nr. 103 din 29.05.2012, art. 355

³¹ Art. 17 din Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității // // M.O. nr. 103 din 29.05.2012, art. 355

³² Art. 47 – Obligația părinților față de copil

Legea nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului stabilește statutul juridic al copilului ca subiect independent, prevede asigurarea sănătății fizice și spirituale a copilului, formarea conștiinței lui civice pe baza valorilor naționale și general-umane, acordarea unei griji deosebite și protecții sociale copiilor lipsiți temporar sau permanent de anturajul familial sau care se află în alte condiții nefavorabile sau extreme. În contextul legii enunțate, o persoană este considerată copil din momentul nașterii până la vârsta de 18 ani.

Articolul 4 din Legea privind drepturile copilului prevede că dreptul copilului la viață și la inviolabilitatea fizică și psihică este garantat, iar protecția drepturilor copilului este asigurată de organele competente respective și de organele de drept (art. 2 – Organele de ocrotire a drepturilor și intereselor copilului). Statul ocrotește inviolabilitatea persoanei copilului, protejându-l de orice formă de exploatare, discriminare, violență fizică și psihică, neadmițând comportarea plină de cruzime, grosolană, disprețuitoare, insultele și maltratarile, antrenarea în acțiuni criminale, inițierea în consumul de băuturi alcoolice, folosirea ilicită de substanțe stupefiante și psihotrope, practicarea jocurilor de noroc, cerșetoriei, incitarea sau constrângerea de a practica orice activitate sexuală ilegală, exploatarea în scopul prostituției sau al altei practici sexuale ilegale, în pornografie și în materiale cu caracter pornografic inclusiv din partea părinților sau persoanelor subrogatorii legale, rudelor (art. 6 – Dreptul la protecție împotriva violenței fizice și psihice).

Codul familiei nr. 1316 din 26.10.2000. Articolul 2 din Codul Familiei stabilește că familia și relațiile familiale în Republica Moldova sunt ocrotite de stat. Relațiile familiale sunt reglementate în conformitate cu următoarele principii:

- monogamie
- căsătorie liber consimțită între bărbat și femeie
- egalitate în drepturi a soților în familie
- sprijin reciproc moral și material
- fidelitate conjugală
- prioritate a educației copilului în familie
- manifestare a grijii pentru întreținerea, educația și apărarea drepturilor și intereselor membrilor minori și ale celor inapți de muncă ai familiei
- soluționare, pe cale amiabilă, a tuturor problemelor vieții familiale

- inadmisibilitate a amestecului deliberat în relațiile familiale
- liber acces la apărarea, pe cale judecătorească, a drepturilor și intereselor legitime ale membrilor familiei.

Codul Familiei instituie anumite garanții în relațiile de familie, precum sunt următoarele:

- Toate persoanele căsătorite au drepturi și obligații egale în relațiile familiale, indiferent de sex, rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, opinie, apartenență politică, avere și origine socială (art. 5 alin. (1) din CF).
- Toate problemele vieții familiale se soluționează de către soți în comun, în conformitate cu principiul egalității lor în relațiile familiale. Fiecare dintre soți este în drept să-și continue ori să-și aleagă de sine stătător în-deletnicirea și profesia. Soții își determină domiciliul în mod liber și independent. Relațiile dintre soți se bazează pe stimă și ajutor reciproc, pe obligații comune de întreținere a familiei, de îngrijire și educație a copiilor (art. 16 din CF).
- Dacă, în procesul examinării cererii de desfacere a căsătoriei, unul dintre soți nu-și dă acordul la divorț, instanța judecătorească va amâna examinarea cauzei, stabilind un termen de împăcare de la o lună la 6 luni, cu excepția cauzelor de divorț pornite pe motivul violenței în familie confirmate prin probe (art. 37 alin. (4) din CF).
- Metodele de educație a copilului, alese de părinți, vor exclude comportamentul abuziv, insultele și maltratarile de orice fel, discriminarea, violența psihică și fizică, aplicarea pedepselor corporale etc. (art. 62 alin. (2) din CF).
- Părinții pot fi decăzuți din drepturile părintești dacă se comportă cu cruzime față de copil, aplicând violența fizică sau psihică, atentează la inviolabilitatea sexuală a copilului (art. 67 lit. d) din CF).

Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți³³ reglementează situațiile de risc pentru copii, precum și algoritmul de identificare, evaluare, asistență, referire, monitorizare și evidență a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, precum și autoritățile și structurile responsabile de aplicarea procedurilor respective. În contextul legii enunțate, copiii benefici-

³³ Legea 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți a fost adoptată de Parlamentul Republicii Moldova la 14 iunie 2013 și a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2014.

ază de protecție fără nicio discriminare, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinii politice sau de altă natură, de cetățenie, apartenența etnică sau originea socială, de statutul obținut prin naștere, de situația materială, de gradul și tipul de dizabilitate, de aspectele specifice de creștere și educație a copiilor, a părinților lor, reprezentanților legali ori responsabililor legali ai acestora, de locul aflării lor (familie, instituție educațională, serviciu social, instituție medicală, comunitate etc.).

Prin **Legea nr. 112 din 09.07.2020, în vigoare din 14.08.2020** au fost operate modificări și completări la Legea nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, referitor la:

- a) modificarea noțiunilor copil separat de părinți, reprezentant legal al copilului, pericol iminent și specialist în protecția drepturilor copilului;
- b) definirea noțiunii de responsabil legal al copilului;
- c) completarea atribuțiilor autorităților tutelare teritoriale privind: reprezentarea legală a copiilor victime sau martori al infracțiunii; îndeplinirea atribuțiilor privind stabilirea și plata indemnizațiilor zilnice pentru copiii rămași temporar fără ocrotire părintească și copiii rămași fără ocrotire părintească;
- d) expunerea atribuțiilor autorității centrale pentru protecția copilului;
- e) plasamentul planificat în serviciul de tutelă/curatelă, plasamentului copilului al cărui părinte este minor, precum și obligativitatea întreprinderii măsurilor de pregătire a copiilor din serviciile de plasament pentru viața independentă după ieșirea din serviciile respective;
- f) delimitarea funcțiilor de reprezentare și responsabilitate legală pentru copiii separați de părinți între autoritățile tutelare și îngrijitorii copiilor;
- g) stabilirea procedurii de instituire a custodiei asupra copiilor ai căror părinți/unicul părinte se află temporar într-o altă localitate din țară sau din străinătate, precum și monitorizarea situației acestora.

Totodată prin actul normativ indicat în Legea nr. 140/2013 a fost introdusă noțiunea de „**responsabil legal al copilului** – *„persoana sau autoritatea desemnată, conform legii, să exercite drepturile și obligațiile aferente creșterii și îngrijirii adecvate a copilului, prin acordarea suportului fizic, emoțional, educațional și de dezvoltare în conformitate cu drepturile și interesele copilului”*. Concomitent au fost revizuite noțiunile de „copil separat de părinți”, „reprezentant legal al copilului”, „pericol iminent”, „specialist în protecția drepturilor copilului”.

Prin modificările și completările operate prin **Legea nr. 112 din 09.07.2020**³⁴ s-a introdus pentru prima dată instituția custodiei care este o formă de protecție temporară a copilului și poate fi instituită în privința copilului separat de părinți din cauza aflării temporare a părinților/unicului părinte pentru o perioadă mai mare de două luni în altă localitate din țară sau de peste hotare. Custodia se instituie prin decizia autorității tutelare locale³⁵. În art. 13-13¹ din Legea nr. 140/2013 se descrie procedura de instituire a custodiei asupra copiilor ai căror părinți/unicul părinte sau tutore/curator se află temporar în altă localitate din țară sau de peste hotare. În scopul protejării copilului împotriva unui eventual abuz sau violență în art. 13² din Legea nr.140/2013 s-a indicat că nu poate exercita atribuții de custode/responsabil legal al copilului persoana decăzută din drepturi părintești, precum și persoana care a fost condamnată pentru săvârșirea cu intenție a infracțiunilor contra vieții și sănătății persoanei, infracțiunilor contra libertății, cinstei și demnității persoanei, infracțiunilor privind viața sexuală, infracțiunilor contra familiei și minorilor.

Legea nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie stabilește bazele juridice și organizatorice ale activității de prevenire și de combatere a violenței în familie, autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie, mecanismul de sesizare și soluționare a cazurilor de violență. Totodată, prin legea indicată *supra*, în Codul Contravențional (CC) și Codul Penal (CP) este stabilită răspunderea agresorului, în conformitate cu legislația în vigoare, pentru comiterea actelor de violență în familie, precum și pentru încălcarea cerințelor ordonanței de protecție.

Violența în familie reprezintă o încălcare gravă a drepturilor omului. Adoptarea Legii nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie a marcat recunoașterea și începutul implementării angajamentelor internaționale asumate de Republica Moldova de a eradica fenomenul și de a interveni în soluționarea actelor de violență prin intermediul unor mecanisme concrete, stabilind autorități și instituții abilitate cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie.

Deși Legea nr. 45/2007 a oferit o bază excelentă pentru extinderea accesului la justiție și securitatea victimelor violenței în familie, iar pe parcursul anilor au fost realizate măsuri importante pentru a dezvolta un răspuns cuprinzător, suntem încă departe de eliminarea fenomenului violenței în familie. CtEDO amintește constant statelor despre faptul că acestea au obligația nu doar de a adopta legi, dar și de a le aplica în mod eficient.

³⁴ M.O. nr. 205-211/14.08.20, art. 454; în vigoare 14.08.20

³⁵ Art. 13 alin. (1) din Legea nr. 140/2013

Legea nr. 45/2007 stabilește și tipologia centrelor/serviciilor disponibile pentru victimele violenței în familie și pentru copiii lor. Totodată, legea prevede posibilitatea constituirii centrelor/serviciilor de asistență și consiliere pentru agresorii familiari, instituții care oferă servicii specializate de informare, consiliere individuală/de grup a cuplului, consiliere juridică, referire și facilitarea accesului agresorului la serviciile medicale, de angajare în câmpul muncii și de profesionalizare.

Pentru a garanta protecția și securitatea victimei, Legea nr. 45/2007 stabilește că poliția este obligată să răspundă imediat la comunicările despre cazurile de violență în familie și să nu subestimeze importanța acțiunilor de contracarare a oricăror forme de violență în familie³⁶. În caz de stabilire la locul faptei, ca urmare a evaluării riscurilor, a circumstanțelor din care rezultă o bănuială rezonabilă că au fost comise acte de violență în familie și/sau persistă un pericol iminent de repetare sau comitere a acțiunilor violente, organul de poliție este obligat să dispună imediat eliberarea ordinului de restricție de urgență în privința agresorului pentru înlăturarea situației de criză și, concomitent, întreprinde acțiunile necesare de constatare a comiterii infracțiunii de violență în familie. Victima are dreptul, în perioada de acțiune a ordinului de restricție de urgență, să solicite, în condițiile legii, eliberarea ordonanței de protecție³⁷.

În conformitate cu legea, organele ocrotirii sănătății sunt parte componentă a autorităților și instituțiilor abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie. Rolul instituțiilor medicale de toate tipurile și nivelurile este direcționat spre următoarele acțiuni:

- a) organizează campanii de informare;
- b) comunică poliției cazurile de violență în familie;
- c) asigură consiliere și asistență medicală victimelor;
- d) soluționează, în limitele competenței, cererea victimei de examinare medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau a sănătății;
- e) inițiază și realizează programe și servicii adresate agresorilor;
- f) asigură realizarea programelor de dezalcoolizare, dezintoxicare, de tratament psihoterapeutic;
- g) inițiază parteneriate durabile cu toate programele care vizează sănătatea mamei și a copilului;

³⁶ Art. 12 alin. (5) din Legea nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie // M.O. nr. 55-56 din 18.03.2008, art. 178

³⁷ Art. 12¹ din Legea nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie // M.O. nr. 55-56 din 18.03.2008, art. 178

h) încheie contracte de prestare a serviciilor medicale cu centrele/serviciile de reabilitare a victimelor și agresorilor.

Legea nr. 45/2007 stabilește și subiecții violenței în familie, pe care îi consideră drept agresor și victimă membri ai aceleiași familii. În calitate de membri de familie pot fi următorii subiecți:

- a) în condiția de colocuire: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, sub tutelă și curatelă, în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, rudele, afinii lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celor dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii;
- b) în condiția de locuire separată: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, rudele, afinii lor, copiii adoptivi, persoanele aflate sub curatelă, în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, persoanele care se află ori s-au aflat în relații asemănătoare celor dintre soți (concubinaj).

Drepturile victimelor violenței în familie și în bază de gen

În conformitate cu art. 11-12 ale Legii nr. 45/2007, victimei i se garantează apărarea drepturilor și intereselor legitime, ea fiind în drept să sesizeze orice caz de violență în familie. Victima are dreptul la asistență pentru recuperare fizică, psihologică și socială prin acțiuni speciale medicale, psihologice, juridice și sociale. Acordarea serviciilor de protecție și asistență nu este condiționată de dorința victimei de a face declarații și a participa la procese de urmărire în justiție a agresorului. Dreptul la viața privată și confidențialitatea informației privind victima sunt garantate.

Legea nr. 45/2007 stabilește că autoritățile abilitate cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie trebuie să se implice în mod activ, în cadrul mecanismului de răspuns, atât la etapa de prevenire, cât și la cea de asistență și protecție. Autoritățile sunt obligate să reacționeze prompt la orice sesizare și să informeze victimele despre:

- drepturile lor;
- autoritățile și instituțiile cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie;
- tipul serviciilor și organizațiile la care se pot adresa după ajutor;
- asistența disponibilă pentru ele;
- unde și cum pot depune o plângere;
- procedura ce urmează după depunerea plângerii și rolul lor după asemenea proceduri;

- cum pot obține protecție;
- în ce măsură și în ce condiții au acces la consultanță sau asistență juridică;
- existența unui pericol pentru viața sau sănătatea lor în cazul eliberării unei persoane reținute sau condamnate;
- faptul că a fost anulată ordonanța de protecție.

Asistența de specialitate a victimelor violenței în familie este oferită doar de către centrele de asistență și protecție pentru victimele violenței în familie. În acest sens art. 10 al Legii nr. 45/2007, stabilește condițiile și procedura de constituire a centrelor de reabilitare a victimelor. Centrele/serviciile de asistență și protecție pentru victimele violenței în familie și pentru copiii lor oferă servicii specializate de sprijin, precum: adăpost (plasament), asistență juridică, psihologică, socială, medicală de urgență și alte tipuri de asistență.

Centrele oferă femeilor victime ale violenței în familie și celei bazate pe gen, în mod gratuit, servicii sociale specializate și răspund la nevoile specifice și reale ale fiecărei persoane asistate, cum ar fi:

- a) asigură primirea, protecția și plasamentul victimelor violenței în familie;
- b) asigură servicii de igienă personală;
- c) oferă asistență juridică, socială, psihologică și medicală de urgență;
- d) acordă suport informațional pentru găsirea unei locuințe, a unei instituții preșcolare sau preuniversitare;
- e) acordă educație non-formală în vederea asimilării cunoștințelor și formării deprinderilor necesare integrării sociale;
- f) promovează socializarea și dezvoltarea relațiilor cu comunitatea și/sau familia;
- g) facilitează accesul și informează beneficiarul despre sistemul de protecție socială;
- h) elaborează, în comun cu beneficiarul, planul individualizat de asistență împotriva oricărei forme de intimidare, discriminare, abuz și exploatare;
- i) sprijină cuplul părinte-copil/copii în vederea dezvoltării autonomiei care ar favoriza reintegrarea acestuia în familie și/sau comunitate;
- j) monitorizează situația post-integratoare a beneficiarilor în familie și în comunitate.

Instituțiile medico-sanitare au o misiune importantă în intervenția în cazurile de violență în familie și asigurarea faptului că victimele sunt tratate într-un

mod care să promoveze sănătatea și siguranța acestora. Prestatorii de servicii de sănătate sunt primii aflați în contact cu victimele și au un rol major în identificarea și referirea victimelor. Astfel, pe lângă serviciile de sănătate acordate, prestatorilor de servicii de sănătate le revine un rol important în identificarea efectivă a cazurilor de violență, facilitarea referirii efective a victimelor în cadrul sistemului de sănătate și către alți prestatori de servicii. În acest sens, menționăm că pentru garantarea respectării drepturilor și siguranței victimei este imperativ necesar ca lucrătorii medicali ce vor oferi victimelor **suport primar** să le informeze despre drepturile lor inclusiv la asistență socială, psihologică, juridică, să orienteze victima spre servicii de suport, servicii medico-legale și alte servicii pe care victima le consideră utile. Dacă victima este în **situație de criză**, împreună cu copiii acesteia, cu concursul asistentului social și/sau a poliției, se recomandă a fi referite către serviciile specializate din raza teritorială ce acordă asistență victimelor violenței în familie. În cazul în care în raza teritorială nu există sau sunt suprasolicitate locurile de plasament, asistentul social comunitar intervine cu un demers prin poșta electronică către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (Direcția politici de asigurare a egalității între femei și bărbați/Centrul de Asistență și Protecție a Victimelor). Este necesar ca lucrătorii medicali să colaboreze cu asistentul social, deoarece la nivel comunitar anume acesta este responsabil pentru gestionarea cazului de asistență a victimei, ceea ce implică deschiderea dosarului cazului de violență în familie, în care se include:

1. acordul încheiat;
2. evaluarea inițială;
3. planul individualizat de asistență și fișa de referire, etc.

În același timp, în cazul în care victima a fost referită spre plasament, asistentul social comunitar păstrează legătura cu managerul de caz din cadrul centrului unde a fost plasată victima pentru coordonarea asistenței acordate până la finalizarea perioadei de plasament și revenirea beneficiarei în comunitate. După revenirea din plasament asistentul social comunitar asigură în continuare realizarea planului individualizat de asistență și monitorizare a cazului.

În partea ce ține de dreptul la confidențialitate, menționăm că în cadrul interacțiunii cu victimele, lucrătorii medicali trebuie să informeze victima despre dreptul de a oferi **consimțământ informat** și de a alege informația care urmează să fie dezvăluită și cea care va fi păstrată confidențial, inclusiv despre posibila partajare a informației ce ține de caz cu alte instituții/servicii.

Potrivit Legii privind protecția datelor cu caracter personal³⁸, prelucrarea datelor cu caracter personal se efectuează cu consimțământul subiectului datelor cu caracter personal. Consimțământul subiectului datelor cu caracter personal nu este cerut în cazurile în care prelucrarea este necesară pentru îndeplinirea unei obligații care îi revine operatorului conform legii, protejarea vieții, integrității fizice sau a sănătății subiectului datelor cu caracter personal etc.

În acest sens, art. 11 alin. (2¹) din Legea nr. 45/2007 garantează dreptul la viața privată și confidențialitatea informației privind victima. Prevederi similare se conțin și în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului³⁹. Toate datele privind identitatea și starea pacientului, diagnosticul, tratamentul sunt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia. Confidențialitatea informațiilor cu privire la solicitarea de asistență medicală, examinare și tratament este asigurată de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate, precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu. Informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru în mod explicit ori dacă legea o cere în mod expres. Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal se admite la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația; la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Dreptul la asistență juridică. Ținând cont de aspectele traumei psihologice suferite, victimele violenței în familie își pot apăra cu greu singure drepturile în instanțele de judecată și, de cele mai dese ori, ele nu au bani pentru a achita serviciile unui avocat în bază de contract. Anume din aceste considerente statul asigură victimei violenței în familie asistență juridică gratuită garantată de stat. **Asistența juridică se acordă victimei gratuit.**

Prin prezentarea mijloacelor legale care stau la îndemâna victimei, avocatul o poate încuraja pe aceasta să rupă relația violentă de cuplu și să utilizeze instrumentele legale de protecție. Avocatul o va ajuta pe victima violenței în familie să conștientizeze și să înțeleagă drepturile de care beneficiază, îi va explica modul corect în care o va afecta fiecare decizie și efectele juridice.

³⁸ Legea nr. 133 din 08.07.2011 cu privire la protecția datelor cu caracter personal // M.O. nr. 170-175 din 14.10.2011, art. 492

³⁹ Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului // M.O. nr. 176-181 din 30.12.2005, art. 867

În procesul de asistare a victimei, este important ca lucrătorii medicali să-i explice de ce drepturi beneficiază aceasta, inclusiv dreptul la asistență juridică gratuită garantată de stat, precum și despre serviciile disponibile și organele și organizațiile specializate ce pot oferi astfel de servicii.

Asistență juridică poate fi solicitată de victimele violenței în familie, indiferent de nivelul veniturilor, la orice etapă a procesului penal sau contravențional, iar în cauze civile, și până la inițierea procesului.

Pentru a obține asistența unui avocat ce prestează asistență juridică garantată de stat, victima violenței în familie urmează să completeze cererea de acordare a asistenței juridice calificate și s-o depună personal sau prin fax/email la adresa Oficiului Teritorial al Consiliul Național pentru Asistența Juridică Garantată de Stat (CNAJGS). Datele de contact ale oficiilor teritoriale al CNAJGS și formularele cererii privind acordarea asistenței juridice garantate de stat pot fi accesate pe site-ul instituției⁴⁰.

Mecanismul de soluționare a actelor de violență în familie

Legea nr. 45/2007 stabilește că victima are dreptul să sesizeze orice caz de violență în familie și să solicite protecție. Reprezentanților autorităților abilitate cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie li se interzice să întreprindă acțiuni menite să descurajeze victima în denunțarea actelor de violență la care este supusă.

Art. 12 alin. (4) al Legii nr. 45/2007 stabilește obligația profesioniștilor cărora le este impusă asigurarea confidențialității să raporteze autorităților competente despre actele de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori despre pericolul iminent de a se produce asemenea acte de violență. În celelalte cazuri, raportarea se efectuează doar cu acordul victimei. Raportarea cazurilor de violență asupra copiilor, inclusiv bănuială rezonabilă de violență asupra copiilor, este obligatorie și nu este necesar de a se efectua cu acordul victimei.

În ceea ce privește comiterea actelor de violență în familie, art.11 al Legii nr. 45/2007 stabilește că persoanele cu funcție de răspundere care cunosc existența unui pericol pentru viața și sănătatea unei potențiale victime trebuie să comunice acest fapt autorităților abilitate cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie. Autoritățile abilitate cu funcții de prevenire și combatere

⁴⁰ <https://cnaajgs.md/ro/bmn/page/contacte>; <https://formulare.cnaajgs.md/>

a violenței în familie sunt obligate să reacționeze prompt la orice sesizare și să informeze victimele despre drepturile lor, unde și cum pot depune o plângere și obține protecție etc. Cereri despre comiterea actelor de violență în familie, potrivit art.12 al Legii nr. 45/2007, pot depune persoanele cu funcție de răspundere și profesioniștii care vin în contact cu familia, autoritatea tutelară, alte persoane care dețin informații despre pericolul iminent de săvârșire a unor acte de violență sau despre săvârșirea lor.

Poliția poate fi sesizată cu privire la comiterea actelor de violență în familie prin:

- a) plângere;
- b) denunț;
- c) autodenunț;
- d) materialele organului de constatare;
- e) depistarea de către organul de urmărire penală sau procuror a bănuielii rezonabile cu privire la săvârșirea actelor de violență în familie;
- f) oricare alte informații referitoare la comiterea actelor de violență în familie parvenite prin telefon, fax, sursele mass-media, rețeaua Internet;
- g) semnalele verbale și/sau în scris despre actele de violență în familie.

Procedura de identificare, înregistrare și evaluare inițială, de documentare și evidență a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului este reglementată în Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului nr. 270 din 08.04.2014. Instrucțiunile indicate vizează angajații autorităților publice centrale și locale, ai structurilor, instituțiilor și serviciilor din cadrul sau subordonate acestora care activează în domeniile asistenței sociale, educației, ocrotirii sănătății, organelor de drept care trebuie să coopereze în vederea prevenirii violenței, neglijării, exploatării, traficului de copii, precum și combaterii acestora prin intermediul serviciilor de asistență socială, educaționale, de ordine publică și medicale.

Aceste instrucțiuni prevăd că reprezentanții instituțiilor de învățământ, medico-sanitare și de asistență socială, indiferent de forma juridică de organizare a acestora, culturale, ordine publică, Inspectoratul de Stat al Muncii, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului sunt obligați:

- 1) să înregistreze sesizările persoanelor referitor la cazurile suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului și/sau să se autosimizeze în situațiile în care au identificat cazuri suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului (în continuare – caz suspect), aplicând procedurile sectoriale;
- 2) să informeze imediat prin telefon autoritatea tutelară locală, iar în decurs de 24 ore să-i expedieze fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului (în continuare – fișa de sesizare). Fișa de sesizare se completează cu datele deținute în momentul identificării cazului suspect, în special, în baza informațiilor obținute de la sursa raportării cazului suspect. Informațiile lipsă vor fi acumulate de către managerul de caz în cadrul evaluării inițiale a cazului;
- 3) să informeze imediat suplimentar: a) inspectoratul teritorial de poliție/procuratura – în cazul în care cunosc ori suspectează că un copil este victimă a unei infracțiuni/contravenții; b) serviciul de asistență medicală de urgență – în cazul în care sesizarea conține informații privind existența pericolului iminent pentru viața sau sănătatea copilului, a tentativelor de suicid din partea copiilor; c) inspectoratul de stat al muncii – în cazul în care sesizarea cazului suspect conține informații privind utilizarea muncii copilului la lucrările cu condiții de muncă grele, vătămătoare și/sau periculoase, precum și la lucrări care pot să aducă prejudicii sănătății sau integrității morale a copiilor.

Pe lângă persoanele cu funcții de răspundere și profesioniști, Legea nr. 45/2007 stabilește obligația de raportare a actelor de violență în familie pentru orice persoană care este martoră la acte de violență în familie sau care are bănuieli rezonabile că au fost comise asemenea acte ori că sunt posibile acte de violență.

Măsurile de protecție: Instrumentele de reacționare promptă în vederea protecției victimelor violenței sunt (1) **ordonanța de protecție** și (2) **ordinul de restricție de urgență**.

Definiția ordinului de restricție de urgență a fost inclusă în art. 2 al Legii nr. 45/2007 în următoarea redacție: **ordinul de restricție de urgență** este un act administrativ emis de poliție, prin care sunt aplicate măsuri de protecție menite să asigure înlăturarea imediată a agresorului din locuința familiei supuse violenței și stabilirea unor interdicții prevăzute de lege, în vederea prevenirii repetării/comiterii actelor de violență, garantând astfel siguranța victimei și altor membri ai familiei în locuința lor și în afara acesteia.

Art.12¹ din Legea nr. 45/2007 prevede că, în caz de stabilire la locul faptei, ca urmare a evaluării riscurilor, a circumstanțelor din care rezultă o bănuială rezonabilă că au fost comise acte de violență în familie și/sau persistă un pericol iminent de repetare sau comitere a acțiunilor violente, organul de poliție este obligat să dispună imediat eliberarea ordinului de restricție de urgență în privința agresorului, cu durată de până la 10 zile, pentru înlăturarea situației de criză. Concomitent, organul de poliție întreprinde acțiunile necesare de constatare a comiterii infracțiunii de violență în familie. Ordinul de restricție de urgență se pune imediat în aplicare, agresorul și victima (în cazul copiilor – reprezentantul legal al victimei) fiind informați despre restricțiile aplicate, drepturile și obligațiile care le revin și despre răspunderea pentru neexecutarea cerințelor ordinului de restricție. Agresorul are dreptul să conteste ordinul de restricție de urgență în instanța de judecată, însă depunerea cererii nu suspendă acțiunea ordinului de restricție.

Supravegherea îndeplinirii măsurilor din ordinul de restricție de urgență se exercită de către angajații poliției. Victima are dreptul, în perioada de acțiune a ordinului de restricție de urgență, să solicite, în condițiile legii, eliberarea ordonanței de protecție. Acțiunea ordinului de restricție de urgență, în acest caz, se prelungește de drept și încetează odată cu punerea în aplicare a măsurilor de protecție stabilite de judecată⁴¹.

La emiterea ordinului de restricție de urgență, agresorul și victima (în cazul copiilor – reprezentantul legal al victimei) urmează a fi informați despre restricțiile aplicate, drepturile și obligațiile care le revin și despre răspunderea pentru neexecutarea cerințelor ordinului de restricție⁴².

Pentru a garanta siguranța și protecția victimei, la părăsirea de către agresor a locuinței, angajatul poliției care a eliberat ordinul de restricție de urgență, solicită obligatoriu agresorului să predea imediat toate cheile de la locuință care sunt ulterior transmise victimei sau sunt preluate spre păstrare provizorie la subdiviziunea de poliție. Părăsind locuința, agresorul poate lua, sub supravegherea poliției, numai articole de uz personal strict necesare (haine, documente, obiecte de igienă).

Ordonanța de protecție este un act legal prin care instanța de judecată aplică măsuri de protecție victimei pentru o perioadă determinată de timp. În cadrul intervenției lucrătorilor medicali în soluționarea cazurilor de violență în familie le recomandăm să informeze victima despre posibilitatea obținerii ordonanței de protecție.

⁴¹ Legea nr. 45/2007, art.12¹

⁴² Legea nr. 45/2007, art. 12¹ alin. (2)

Pentru solicitarea ordonanței de protecție, victima se poate adresa instanței de judecată personal sau printr-un reprezentant căruia i-au fost delegate împuterniciri (de ex., prin intermediul avocatului). În caz de imposibilitate a depunerii cererii de către victimă din motive de sănătate, vârstă, alte motive întemeiate, la solicitarea ei, cererea pentru eliberarea ordonanței de protecție poate fi depusă, în interesele victimei, de către organul de poliție, organul de asistență socială sau de către procuror. Lucrătorii medicali nu sunt în drept să depună cererea pentru eliberarea ordonanței de protecție, dar ținând cont de obligația de raportare a cazurilor, conform principiilor descrise mai sus, în cazul identificării unui caz în care este necesară aplicarea măsurilor de protecție se recomandă să fie sesizate imediat organul de poliție, organul de asistență socială sau procurorul.

Imposibilitatea victimei de a depune cererea privind eliberarea ordonanței de protecție se referă la situația când victima se află în stare de neputință:

- a) *fizică* (victima este internată în spital, este plasată în centru de plasament, este traumatizată, și-a găsit refugiu într-un alt adăpost, are o vârstă înaintată, are la îngrijire copii, alte cazuri cu efect similar);
- b) *psihică* (victima se află în stare depresivă, emoționată, izolată, temere, are suferințe psihice, alte cazuri cu efect similar).

În toate cazurile menționate supra, la cerere trebuie să fie anexată cererea victimei cu indicarea motivelor sau a situației care atestă imposibilitatea victimei de a se adresa personal.

În cazul în care angajatul organului de poliție, organului de asistență socială sau procurorul primește cererea victimei cu privire la depunerea demersului privind emiterea ordonanței de protecție, iar victima este în imposibilitate de a depune personal cererea, în cel mai scurt timp, dar nu mai târziu de 24 ore, această cerere va fi înaintă în instanța de judecată împreună cu toate materialele probante pentru a fi examinată.

Pentru înlăturarea unui pericol iminent, pentru prevenirea unei infracțiuni grave cu privire la viața, sănătatea și integritatea victimei, ordonanța de protecție poate impune agresorului una sau mai multe măsuri de protecție.

În dependență de fiecare caz, instanța va aplica măsurile cele mai adecvate pentru a oferi victimei și, după caz, copiilor protecție maximă. Măsurile de protecție sunt enumerate exhaustiv în Legea nr. 45/2007 și Codul de Procedură Civilă (CPC), după cum urmează:

- a) obligarea de a părăsi temporar locuința comună ori de a sta departe de locuința victimei, fără a decide asupra modului de proprietate asupra bunurilor;

- b) obligarea de a sta departe de locul aflării victimei, la o distanță ce ar asigura securitatea acesteia, excluzând și orice contact vizual cu victima sau cu copiii acesteia, cu alte persoane dependente de ea;
- c) interzicerea oricărui contact, inclusiv telefonic, prin corespondență sau în orice alt mod, cu victima sau cu copiii acesteia, cu alte persoane dependente de ea;
- d) interzicerea să se apropie de anumite locuri: locul de muncă al victimei, locul de studii al copiilor, alte locuri determinate pe care persoana protejată le frecventează;
- e) obligarea, până la încetarea măsurilor de protecție, de a contribui la întreținerea copiilor pe care îi are în comun cu victima;
- g) limitarea drepturilor în privința bunurilor aflate în posesia și folosința victimei;
- h) obligarea de a participa la un program special de tratament sau de consiliere pentru reducerea violenței sau pentru înlăturarea ei;
- j) interzicerea de a păstra și purta armă.

Obligarea agresorului de a părăsi temporar locuința comună, fără a decide asupra modului de administrare și dreptului de dispoziție asupra bunurilor. Atunci când în baza circumstanțelor cauzei instanța are convingerea certă că modul de manifestare a agresorului are menirea să inducă victimei o stare reală accentuată de frică și că aflarea lui în proximitatea victimei prezintă pericol pentru viața, sănătatea și integritatea acesteia, va fi aplicată măsura prevăzută la art. 278⁷ alin. (2) lit. a) din CPC. Deși dreptul de proprietate al agresorului poate fi violat prin aplicarea acestei măsuri, în cazurile de violență în familie, potrivit jurisprudenței CtEDO, prioritate au viața și sănătatea victimei. În cazurile de violență în familie, drepturile de prioritate ale agresorului nu pot să ia locul drepturilor victimei la viața și integritatea fizică și mentală (*cauza Opuz vs. Turcia hotărârea din 09.06.2009, cererea nr. 33401/02, pct. 147*). Respectiv, măsura în cauză poate fi aplicată chiar dacă agresorul este titularul unic al dreptului de proprietate asupra locuinței în care locuiește împreună cu victima.

Interzicerea oricărui contact, inclusiv telefonic, prin corespondență sau în orice alt mod, cu victima sau cu copiii acesteia, cu alte persoane dependente de ea:

În cazul dispunerii acestei măsuri, instanța nu poate lăsa la alegerea victimelor (minore) posibilitatea de a intra în contact cu tatăl agresor pe perioada aplicării acestei măsuri, întocmind formulări ambigue, contrare scopului legii

(spre exemplu, a permite comunicarea agresorului cu copiii pe toată durata măsurilor de protecție doar la dorința acestora).

Interzicerea să se apropie de anumite locuri: locul de muncă al victimei, locul de studii al copiilor, alte locuri determinate pe care persoana protejată le frecventează. În cazul dispunerii măsurii de protecție prevăzute la art. 278⁷ alin. (2) lit. d) din CPC instanța va stabili în ședința de judecată care sunt locurile frecventate de victimă și copiii acesteia pentru a fi indicate concret în ordonanța de protecție. Această informație este necesară pentru asigurarea supravegherii ordonanței de protecție. Din 3 ianuarie 2021, în cazul în care față de agresor se impune interzicerea să se apropie de anumite locuri: locul de muncă al victimei, locul de studii al copiilor, alte locuri determinate pe care persoana protejată le frecventează, instanța va dispune în mod obligatoriu **monitorizarea electronică a agresorului familial**, în modul prevăzut de lege.

Interzicerea de a păstra și purta armă. În cazul dispunerii măsurii de protecție prevăzute la art. 278⁷ alin. (2) lit. j) păstrarea și purtarea armelor sunt reglementate de Legea nr.130/2012 privind regimul armelor și munițiilor cu destinație civilă. În caz de violență legea prevede expres posibilitatea de limitare a dreptului la posesie și port-armă a persoanelor care prezintă pericol pentru ordinea publică, viața și integritatea corporală a persoanelor și se află la evidența organelor de poliție. Persoanele care în activitatea lor de serviciu sunt dotate cu arme pot utiliza aceste arme numai în orele de serviciu în cazul în care nu pot prejudicia victima. Persoanelor dotate cu arme la serviciu li se interzice să poarte arme în afara orelor de serviciu.

Obligarea de a participa la un program special de tratament sau de consiliere pentru reducerea violenței sau pentru înlăturarea ei. Dacă o asemenea acțiune este determinată de instanța de judecată ca fiind necesară pentru reducerea violenței sau pentru eliminarea ei, instanța de judecată va ține cont de prevederile Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali și a standardelor minime de calitate aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 496 din 30.06.2014. Se va avea în vedere că prin prisma punctului 25 al Regulamentului menționat, pentru admiterea la Centrul pentru Agresorii Familiali este necesar acordul în scris al agresorului, iar în cazul minorilor – acordul reprezentantului legal al acestora.

De asemenea, instanța de judecată va analiza, prin prisma probelor prezentate și a intimei convingeri, dacă agresorul nu are contraindicațiile prevăzute la

pct. 2 din Anexa nr. 1 la Regulament pentru a fi admis la Centrul de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali, cum ar fi:

- 1) prezența bolilor infecțioase în stare activă;
- 2) atestarea dereglărilor de comportament care prezintă pericol real pentru membrii Centrului și grupului de consiliere;
- 3) dependență de alcool și substanțe psihoactive;
- 4) prezența tulburărilor psihice (boli mintale sau deficiențe mintale).

La aplicarea acestei măsuri se va ține cont și de faptul că pentru fiecare agresor în parte, managerul de caz asigură o planificare individualizată a serviciilor și implementarea unui plan de asistență care se revizuieste o dată la două luni. Totodată, potrivit pct. 29 din Anexa nr. 2 la hotărârea Guvernului menționată supra, durata programului de consiliere în grup este de 24-26 săptămâni, adică de 6-6,5 luni. Respectiv, aplicând măsura respectivă instanța nu va indica termenul ei acesta fiind stabilit în cadrul Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali în mod individual.

Măsura de obligare de a face un examen medical privind starea psihică și dependența de droguri/alcool și, dacă există avizul medical care confirmă dependența de droguri/alcool, **de a face un tratament medical forțat de alcoolism/narcomanie, este inserată în art. 215¹ din Codul de Procedură Penală (CPP). Respectiv, această măsură poate fi solicitată și aplicată doar în cadrul procesului penal.**

- **Termenul măsurilor de protecție:** Măsurile de protecție sunt provizorii, durata măsurilor se stabilește în mod expres de instanță, în dependență de circumstanțele cauzei. Conform art. 15 din Legea nr. 45/2007, măsurile de protecție prevăzute se aplică pe un termen de până la 3 luni, pentru a înlătura de îndată pericolul iminent de expunere a victimei și copiilor la acte violente.
- **Prelungirea măsurilor de protecție:** Dacă pericolul se menține și există necesitatea de protecție, persoana care a depus cererea privind aplicarea măsurilor de protecție a victimei violenței în familie poate ulterior depune o cerere privind prelungirea termenului de aplicare a măsurilor. Cererea de prelungire a termenului măsurilor de protecție trebuie depusă și examinată până la expirarea primului termen. Cererea depusă după expirarea termenului se va considera ca o cerere nouă și se va examina aleatoriu de un complet de judecată în procedură separată.

- **Revocarea cererii:** La cererea întemeiată a victimei, instanța de judecată poate revoca măsurile de protecție aplicate asigurându-se că voința victimei este liber exprimată și că aceasta nu a fost supusă presiunilor din partea agresorului. Revocarea poate fi dispusă dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții: agresorul a respectat interdicțiile și obligațiile stabilite; agresorul a urmat/urmează consilierea ori tratamentul care i-au fost stabilite.

Răspunderea pentru încălcarea ordinului de restricție de urgență

Odată cu eliberarea ordinului de restricție de urgență, angajatul organului de constatare sau organului de urmărire penală care l-a eliberat va întocmi procesul-verbal privind înmânarea ordinului de restricție de urgență prin care, contra semnătură, agresorul va confirma că: a fost informat cu privire la măsurile stabilite în ordinul de restricție de urgență, despre drepturile și obligațiile în legătură cu eliberarea ordinului, despre sancțiunile care urmează a fi aplicate în cazul neexecutării măsurilor stabilite prin ordinul de restricție de urgență.

În cazul în care agresorul familial nu a executat intenționat sau s-a eschivat de la executarea ordinului de restricție de urgență, în privința acestuia se inițiază o procedură contravențională în baza elementelor constitutive ale componenței de contravenție prevăzută de art. 318¹ din Codul Contravențional.

Potrivit art. 318¹ din Codul Contravențional, neexecutarea intenționată sau eschivarea de la executarea cerințelor ordinului de restricție de urgență se sancționează cu amendă de la 60 la 90 de unități convenționale sau cu arest contravențional de la 3 la 10 zile.

În cazul încălcării ordinului de restricție de urgență, agentul constatat este în drept să aplice măsuri procesual-penale de constrângere în conformitate cu prevederile art. 435 din Codul Contravențional care stabilește posibilitatea reținerii contravenientului.

Răspunderea în cazul încălcării ordonanței de protecție

Neexecutarea măsurilor din ordonanța de protecție emisă de instanța de judecată este pasibilă de urmărire penală și pedeapsă penală conform art. 320¹ din Codul Penal – *neexecutarea intenționată sau eschivarea de la executarea măsurilor stabilite de instanța de judecată în ordonanța de protecție a victimei violenței în familie.*

Neexecutarea măsurilor din ordonanța de protecție constă în împotrivirea agresorului să execute măsurile de restricție indicate în ordonanța de protecție, cum ar fi:

- apropierea de locuința victimei, de locul aflării victimei, la o distanță ce nu i-ar asigura securitatea victimei;
- contactarea victimei, copiilor acesteia, altor persoane dependente de ea;
- vizitarea locului de muncă și de trai al victimei;
- neîntreprinderea acțiunilor necesare pentru executarea ordonanței de protecție (nepărăsirea locuinței comune, refuzul de a contribui la întreținerea copiilor pe care îi are în comun cu victima etc.).

În cazul încălcării ordonanței de protecție, poliția este în drept să aplice măsuri procesual-penale de constrângere, în conformitate cu prevederile art. 165 alin. (2) pct. 2) din CPP care stabilește posibilitatea reținerii învinuitului, inculpatului care încalcă ordonanța de protecție în cazul violenței în familie, precum și prevederile art. 185 alin. (2) pct. 3) din CPP potrivit căruia bănuitul, învinuitul, inculpatul care a încălcat ordonanța de protecție în cazul violenței în familie poate fi arestat preventiv.

Neexecutarea intenționată sau eschivarea de la executarea măsurilor stabilite de instanța de judecată în ordonanța de protecție a victimei violenței în familie se pedepsește cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 160 la 200 de ore sau cu închisoare de până la 3 ani.

Răspunderea pentru actele de violență în familie

Răspunderea penală pentru violență în familie

Codul Penal în art. 201¹ penalizează formele de violență fizică, psihologică și economică săvârșite asupra unui membri de familie.

În sensul art. 201¹ din CP, victimă a violenței în familie poate fi orice membru al familiei făptuitorului. Noțiunea de membru de familie este stipulată în art. 133¹ din CP care presupune două accepțiuni diferite, în funcție de lipsa sau prezența conlocuirii făptuitorului și victimei:

- a) în condiția de conlocuire: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, sub tutelă și curatelă, rudele, afinii lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celorla dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii;
- b) în condiția de locuire separată: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, rudele, afinii lor, copiii adoptivi, persoanele aflate sub curatelă, persoanele care se află ori s-au aflat în relații asemănătoare celorla dintre soți (concubinaj).

Termenul „conlocuire”, în sensul art. 133¹ lit. a) din CP, reprezintă acțiunea de coabitare, adică faptul de a locui, a trăi, a conviețui (în aceeași casă, locuință,

încăpere, curte...) împreună cu persoanele aflate în căsătorie, divorț, aflate în relații de tutelă și curatelă, cu rudele și afinii lor, cu persoanele aflate în relații asemănătoare celorla dintre soți (concubinaj) și dintre părinți și copii.

Drepturile și obligațiile juridice ale persoanelor aflate în căsătorie, adică a soților, iau naștere din ziua înregistrării căsătoriei la organele de stare civilă. Pentru persoanele aflate în divorț este remarcabil că în cazul desfacerii căsătoriei de către organul de stare civilă aceasta încetează din ziua înregistrării divorțului, inclusiv în baza încheierii de desfacere a căsătoriei emisă de notar, iar în cazul desfacerii căsătoriei pe cale judecătorească – din ziua când hotărârea instanței judecătorești a rămas definitivă.

Sintagma „persoanele aflate sub tutelă și curatelă” prevede că tutela și curatela se instituie asupra copiilor separați de părinți în scopul educației și instruirii acestora, precum și al apărării drepturilor și intereselor lor legitime. Tutela se instituie asupra copiilor care nu au atins vârsta de 14 ani. La atingerea vârstei de 14 ani, tutela se transformă în curatelă, fără emiterea unei dispoziții suplimentare de către autoritatea tutelară. Curatela se instituie asupra copiilor în vârstă de la 14 la 18 ani. Tutela și curatela asupra copiilor rămași temporar fără ocrotire părintească, copiilor rămași fără ocrotire părintească se instituie prin dispoziția autorității tutelare teritoriale, în conformitate cu prevederile Legii nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți.

Conform art. 134 din CP, prin rudenie se înțelege legătura bazată pe descendența unei persoane dintr-o altă persoană sau pe faptul ca mai multe persoane au un ascendent comun. În primul caz, rudenia este în linie dreaptă, iar în al doilea caz – în linie colaterală. Gradul de rudenie se stabilește prin numărul de nașteri. Rudele unuia dintre soți sunt afinii celuilalt soț. Linia și gradul de afinitate sunt similare liniei și gradului de rudenie. Rude apropiate sunt părinții, copiii, înfietorii, copiii înfiați, frații și surorile, bunicii și nepoții lor.

Sintagma „persoanele aflate în relații asemănătoare celorla de soți (concubinaj)” cuprinde persoanele aflate într-o relație emoțională, fizică și intelectuală care presupune că partenerii locuiesc împreună, dar fără beneficii legale, adică fără îndeplinirea formelor legale.

Art. 201¹ din CP criminalizează următoarele forme ale violenței în familie:

1. Violența fizică. Potrivit art. 2 din Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, violența fizică înseamnă vătămare intenționată a integrității corporale ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar.

Prin maltratare subînțelegem acțiunea de a bate, a lovi, a trata pe cineva cu violență, alte acțiuni violente ce pot fi cele descrise prin noțiunea de violență fizică expusă, precum și alte acțiuni cu efect similar.

2. Violența psihologică. Art. 201¹ alin. (1) lit. b) din CP descrie infracțiunea de violență psihologică în familie ca fiind comisă prin izolare, intimidare în scop de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei. Modalitățile de realizare a violenței psihologice sunt prevăzute la art. 201¹ alin. (1) lit. b) din CP – „izolare, intimidare în scop de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei”.

Scopul de impunere a voinței sau a controlului personal asupra victimei este caracteristic faptei de violență în familie. Violența în familie reprezintă întotdeauna o manifestare a abuzului de putere și control cu scopul de impunere a voinței sau a controlului asupra membrilor familiei care au mai puțină putere sau dețin mai puține resurse.

Izolarea este o modalitate de exercitare a violenței psihologice care constă în acțiuni de izolare de familie, de comunitate, de prieteni, interzicerea realizării profesionale, interzicerea frecventării instituției de învățământ, privare de acces la informație etc.

Intimidarea are semnificația unei acțiuni/inacțiuni ce atentează la integritatea psihologică a victimei. Modalitățile intimidării sunt menționate în definiția violenței psihologice din art. 2 al Legii nr. 45/2007, implică amenințări verbale, înjurare, insultare, distrugerea demonstrativă a obiectelor, așșarea ostentativă a armei, lovirea animalelor domestice. Impactul acțiunilor de intimidare poate fi probat prin expertize sau rapoarte de evaluare psihologică care constată și apreciază gravitatea consecințelor și suferințelor psihice ale victimei.

3. Violența economică prevăzută de art. 201¹ alin. (1) lit. c) din CP constă în privarea de mijloace economice, inclusiv lipsirea de mijloace de existență primară (cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate, potrivit art. 2 din Legea nr. 45/2007); neglijarea soldată cu vătămare ușoară a integrității corporale sau a sănătății.

Neglijarea copilului, potrivit art. 3 din Legea nr.140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, constă în omisiunea sau ignorarea voluntară sau involuntară a responsabilităților privind creșterea și educarea copilului, fapt care pune în pericol dezvoltarea lui fizică, integritatea lui corporală, sănătatea lui fizică sau psihică și poate lua formele de:

- neglijare alimentară – privarea copilului de hrană sau malnutriția acestuia;
- neglijare vestimentară – lipsa de îmbrăcăminte și/sau de încălțăminte, în special, a celor necesare pentru perioada rece a anului;

- neglijare a igienei – nerespectarea normelor generale de igienă personală, condiții de locuit insalubre care amenință viața sau sănătatea copilului;
- neglijare medicală – lipsa ori refuzul îngrijirilor medicale necesare pentru protecția vieții, integrității corporale și a sănătății copilului, neadresarea la medici în cazuri de urgență.
- neglijare educațională – refuzul încadrării copilului într-o instituție școlară, neșcolarizarea copilului;
- neglijare emoțională – ignorarea problemelor psihoemoționale ale copilului;
- neglijare în supraveghere – punerea sau lăsarea copilului în condiții ori circumstanțe în care lipsa de supraveghere poate conduce la îmbolnăvirea copilului, traumatismul copilului, exploatarea copilului sau decesul acestuia.

4. Violența sexuală săvârșită asupra unui membru al familiei întrunește elementele constitutive ale componenței de infracțiune prevăzute de art.171 alin.(2) lit. b²), art.172 alin. (2) lit. b²), art.173, art.174 și art.175 ale CP și se va califica în modul corespunzător în baza articolelor enunțate. În alin. (2) art. 201¹ din CP sunt prevăzute următoarele agravante:

- a) fapte săvârșite asupra a doi sau a mai multor membri ai familiei;
- b) fapte săvârșite în legătură cu solicitarea sau aplicarea măsurilor de protecție;
- c) fapte care au provocat vătămarea medie a integrității corporale sau a sănătății.

Totodată, în alin. (3) art. 201¹ din CP sunt prevăzute faptele care:

- a) au cauzat vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;
- b) au determinat sinuciderea sau încercarea de sinucidere.

Pe lângă aceasta, în alin. (4) art. 201¹ din CP sunt prevăzute faptele care au cauzat vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății soldată cu decesul victimei.

Dispozițiile alin. (2) lit. c), alin. (3) lit. a) și b) și alin. (4) art. 201¹ din CP prevăd patru infracțiuni distincte în dependență de urmările prejudiciabile:

1. vătămarea medie a integrității corporale sau a sănătății;
2. vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;
3. sinuciderea sau încercarea de sinucidere;
4. decesul victimei.

Fiecare din aceste urmări prejudiciabile trebuie să se afle în legătură cauzală cu acțiunea sau inacțiunea intenționată comisă de un membru al familiei asupra unui alt membru al familiei.

Gravitatea vătămarilor corporale se stabilește doar în baza Regulamentului Ministerului Sănătății de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale nr.199 din 27.06.2003.

Răspunderea contravențională pentru violență în familie

Codul Contravențional a fost completat cu art.78¹ – violența în familie – maltratarea sau alte acțiuni violente, comise de un membru al familiei în privința altui membru al familiei, care au provocat vătămare neînsemnată a integrității corporale.

Potrivit Regulamentului Ministerului Sănătății nr. 199/2003, „vătămarile neînsemnate” reprezintă leziunile ce nu generează o dereglare a sănătății mai mult de 6 zile sau o incapacitate permanentă de muncă⁴³.

Termenul de maltratare a fost analizat mai sus explicația fiind valabilă și în contextul realizării laturii obiective a contravenției de violență în familie.

În contextul art.78¹ din CC, acțiunea reprezintă comportamentul activ al agresorului și poate fi manifestată prin bătăi care se caracterizează prin aplicarea loviturilor multiple și repetate. Dacă în urma bătăilor sunt provocate vătămări corporale și ale sănătății gravitatea acestora este apreciată în conformitate cu prevederile Regulamentului Ministerului Sănătății nr.199/2003. Constatarea acțiunilor de tipul bătăilor, chinuirii sau torturii sunt de competența organelor de constatare, urmărire penală și instanței de judecată. Medicul legist are obligațiunea numai de a constata prezența, caracterul și vechimea vătămarilor corporale și ale sănătății generate de anumite acțiuni menționate, agentul vulnerant și semnele modului de producere a vătămarilor în baza datelor medicale⁴⁴.

Prin urmare, dacă, în rezultatul acțiunilor ilegale asupra organismului/corpului, care intră în categoria noțiunilor de tip bătăi, chinuiri, torturări, nu s-au stabilit vătămări corporale de medicul legist, atunci constatarea acestora ține de competența organelor de constatare sau de urmărire penală prin alte probe și urmează a fi calificate ca vătămări neînsemnate.

În cazul în care sunt constatate doar vătămări neînsemnate caracteristice contravenției prevăzută de art. 78¹ din CC, însă care au caracter sistematic, aceasta denotă un comportament abuziv și agresiv, de impunere a voinței și controlului asupra victimei. Respectiv, materialele procesului contravențional vor fi transmise organului de urmărire penală, iar fapta va fi calificată ca violență psihologică, prin prisma prevederilor 201¹ alin. (1) lit. b) din Codul Penal⁴⁵.

⁴³ Pct. 74, Partea V din Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale din 27.06.2003 aprobat prin Ordinul ministrului Sănătății nr. 199 din 27 iunie 2003

⁴⁴ Pct. 79, Ibid.

⁴⁵ Sesizarea Procuraturii Generale nr. 25-2d/18 – 183 din 27 aprilie 2018





TEMA 3

Normele de gen, masculinitatea și violența



Convenția de la Istanbul (2011) subliniază că violența de gen împotriva femeilor este un fenomen structural, adânc înrădăcinat în raporturile inegale de putere dintre bărbați și femei. La baza violenței împotriva femeilor stă discriminarea lor, iar eradicarea violenței poate avea loc doar prin eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor și promovarea egalității substanțiale între femei și bărbați, inclusiv prin împuternicirea femeilor. Astfel, soluția în lupta cu violența împotriva femeilor constă în asigurarea unui parteneriat veritabil dintre femei și bărbați, bazat pe egalitate, exercitarea drepturilor lor și asigurarea acelorași posibilități și contribuții în cadrul societății.

Studiul „*Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*” (2015), constată existența atitudinilor și stereotipurilor patriarhale profund înrădăcinate cu privire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și societate. Aceste stereotipuri și prejudecăți alimentează inegalitatea dintre femei și bărbați în viața privată și publică, discriminarea pe criteriu de sex și ideea superiorității bărbatului asupra femeii, abordări caracteristice societăților patriarhale, și stau la baza cauzelor veritabile ale violenței în familie și a celei de gen. Prin urmare, violența în bază de gen este perpetuată prin intermediul așteptărilor sociale privind rolurile de gen asociate cu un bărbat sau o femeie.

Sexul vs. Genul

Sexul. Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați definește sexul drept *o totalitate a caracteristicilor anato-mofiziologice care diferențiază ființele umane în femei și bărbați*. Așadar, sexul este înnăscut și reflectă caracteristicile anatomice și fiziologice ce fac distincția dintre femei și bărbați. Sexul unui individ și funcțiile biologice asociate acestuia sunt programate genetic și cuprind următoarele șase părți componente: (i) cromozomii, (ii) gonadele, (iii) organele genitale interne, (iv) organele genitale externe, (v) hormonii sexuali și (vi) caracteristicile sexuale secundare. Se consideră că tocmai aceste caracteristici și diferențe biologice (inclusiv reproductive) au fost cruciale în delimitarea rolurilor sociale (de gen) ale bărbaților și femeilor în

calitate de proces firesc. Spre exemplu, dacă o femeie a dat naștere unui prunc este firesc ca aceasta să-l îngrijească, ori dacă un bărbat este fizic mai puternic este firesc ca acesta să ia decizii importante pentru familie și societate, inclusiv să fie mai bine salarizat.

Genul (gender). Convenția de la Istanbul (2011) explică genul în calitate de *roluri, comportamente, activități și atribute construite social pe care o societate dată le consideră adecvate pentru femei și bărbați*. Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați privește genderul ca pe *un aspect social al relațiilor dintre femei și bărbați care se manifestă în toate sferele vieții*. Prin urmare, genul reprezintă diferențele psihice, culturale și sociale dintre femei și bărbați și acestea pot fi privite drept un set de calități atribuite „unui bărbat adevărat” sau „unei femei adevărate”. Astfel, societatea atribuie bărbaților și femeilor anumite roluri și are anumite așteptări de la aceștia legate de respectarea lor. Aceste roluri sociale sunt deprinse și învățate în familie, la școală, în instituțiile de cultură și cele religioase. Dat fiind că genul este produsul societății și tradițiilor, percepțiile privind genul diferă de la o societate la alta, fiind legate inclusiv de tradițiile culturale și cele religioase.

Datorită particularităților sale anatomice și fiziologice, sexul nu se modifică, în timp ce genul se poate modifica în timp și spațiu.

TABELUL 5 Sexul vs. Gen

SEX	GEN
<ul style="list-style-type: none"> • identitate biologică • diferențe anatomice și fiziologice (biologice) dintre femei și bărbați • caracteristici înnăscute și programate genetic • nemodificabile 	<ul style="list-style-type: none"> • identitate socială • diferențe psihice, culturale și sociale dintre femei și bărbați • caracteristici și roluri atribuite de societate • modificabile în timp și spațiu

Genul este puternic legat de **normele sociale** fiind determinat și perpetuat de acestea. Dicționarul explicativ al limbii române definește norma drept o regulă fixată prin lege sau prin uz, ordine recunoscută ca obligatorie sau recomandabilă. Normele sociale sunt un ansamblu de reguli ce reglementează relațiile sociale, conduita și, prin urmare, acțiunile societății umane. Norma socială este o regulă care determină comportamentul individului într-o situație concretă. Societatea ca un ansamblu complex de structuri impune un sistem dezvoltat și dinamic de norme sociale. Prin urmare, norma socială reprezintă o regulă de conduită adoptată de anumite colectivități de oameni în calitate de valori pozi-

tive și impusă membrilor acesteia. Prin intermediul acestor norme, societatea modelează comportamentul membrilor săi.

Normele sociale sunt construite de așteptările societății bazate pe convingerile unor exponenți vis-à-vis de ceea ce ar trebui să facă ceilalți sau ce acceptă ei. Normele sociale sunt impuse și menținute de influența societății prin intermediul unor mecanisme distincte, precum aprobarea (acceptarea) sau dezaprobarea (neacceptarea). Acele comportamente individuale ce asigură conservarea ordinii sociale sunt acceptate de către ceilalți membri ai grupului, în timp ce comportamentele ce diferă de regulile impuse și așteptările altora sunt respinse. Este de subliniat că normele sociale au un caracter dinamic și se modifică în timp.

Normele sociale pot fi atât benefice, cât și dăunătoare. Drept exemple de norme benefice pot servi salutarea reciprocă a oamenilor și modul de salut, dress codul pentru anumite ocazii, respectul tinerilor față de vârstnici ș. a. Normele dăunătoare cauzează prejudicii și, în această calitate, în contextul violenței în familie și în bază de gen, pot fi exemplificate prin aplicarea violenței în calitate de element al educației copiilor, subordonarea unui partener intim de către celălalt, mutilarea genitală feminină etc.

Rolurile de gen

Normele sociale determină rolurile de gen care sunt atribuite de societate bărbaților și femeilor având la bază diferențele biologice dintre aceștia. Societatea asociază anumite roluri cu sexul membrilor săi și le implantează încă din copilărie prin educarea unui anumit comportament inerent unui gen. Aceste caracteristici, roluri și responsabilități sociale sunt bazate pe anumite stereotipuri și se deosebesc la diferite culturi, societăți și perioade istorice. Rolurile de gen exprimă identitatea de gen și cuprind acele comportamente, stiluri de viață și caracteristici individuale care le sunt considerate potrivite unui bărbat și unei femei de un anumit grup de oameni sau o societate, fiind bazate pe așteptările societății, inclusiv în ce privește ocupația. Astfel, bărbații sunt încurajați să adopte normele referitoare la și asociate cu masculinitatea, iar femeile – cu feminitatea. Spre exemplu, este considerat firesc ca un bărbat să tundă gazonul, în timp ce de la o femeie se așteaptă să rămână în casă și să aibă grijă de copii. În culturile și societățile pronunțat patriarhale bărbații sunt priviți drept deținători exclusivi ai puterii în spațiul privat și cel public și, prin urmare, conducători în aceste domenii. În acele societăți, în activitățile politice, de conducere și în alte domenii considerate mai importante din punct de vedere social și financiar sunt implicați preponderent bărbații. În același timp, femeile sunt acceptate în ca-

litate de persoane supuse, centrate preponderent pe casă, gospodărie și copii. Aceste roluri sunt legate în special de funcția reproductivă a femeilor, funcție ce nu aduce un impact economic familial și național substanțial din care cauză rolurile sociale tradiționale ale femeii sunt apreciate de societate ca fiind mai inferioare comparativ cu cele ale bărbatului.

Persoanele (atât femeile, cât și bărbații) care nu respectă rolurile de gen atribuite de comunitățile în care trăiesc sunt privite ca nonconformiste și sunt respinse de societate. Acest mecanism de dezaprobare este responsabil de perpetuarea rolurilor de gen. Un alt mecanism important de menținere strictă a rolurilor de gen sunt stereotipurile în bază de gen fiind un mod prin care societatea transmite femeilor și bărbaților așteptările de la aceștia. Stereotipurile sunt niște convingeri privind trăsăturile și activitățile considerate ca fiind corespunzătoare pentru femei și bărbați și se pot manifesta în diferite domenii, precum familie, politică, economie, societate. Unele roluri de gen și stereotipuri contribuie la acceptarea violenței în familie și împotriva femeilor din care cauză trebuie să fie cunoscute de toți profesioniștii cu atribuții de combatere și prevenire a violenței în familie, în special de către personalul medical. Stereotipurile privind rolurile de gen pot fi periculoase întrucât pot împiedica personalul medical să înțeleagă necesitățile specifice ale victimelor violenței în familie și să răspundă adecvat la cazurile de violență.

Efectele atribuirii rolurilor de gen pot fi văzute în orice societate. Astfel, potrivit studiului „*Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*” (2015), există domenii feminizate – învățământul și masculinizate – afacerile și politica („*femeile nu sunt văzute candidate demne și puternice, la fel de bune ca bărbații*”). Același studiu relevă că 90,5% dintre bărbații intervievați și 81,5% de femei consideră că cel mai important lucru pentru o femeie este de a avea grijă de casă și a găti pentru familie, iar 85,6% de bărbați susțin că ei trebuie să aibă ultimul cuvânt în luarea deciziilor în familie.

Rolurile de gen se modifică în timp. Astfel, în ultima perioadă tot mai multe joburi și activități atribuite tradițional bărbaților sunt realizate de femei, iar altele, caracteristice femeilor (de ex., bucătărie, îngrijirea copiilor – concediu parental), sunt preluate și de bărbați. La moment, în țările mai dezvoltate persistă tendința de reducere a numărului de joburi atribuite tradițional doar femeilor sau doar bărbaților. În general, orice persoană are dreptul să decidă dacă va urma rolurile de gen sau nu.

Egalitatea de gen, inegalitatea de gen și discriminarea în această bază

Rolurile de gen și abordările stereotipice pot genera inegalitatea de gen și, respectiv, discriminarea în această bază.

Egalitatea de gen presupune că atât bărbații, cât și femeile beneficiază de condiții egale în realizarea drepturilor lor. Declarația și platforma de acțiune de la Beijing (1995) subliniază că egalitatea de gen este singura cale capabilă să construiască o societate dezvoltată, durabilă și corectă. În acest sens, Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați interpretează egalitatea între femei și bărbați (egalitatea de gen) drept egalitate în drepturi, șanse egale în exercitarea drepturilor, participare egală în toate sferele vieții și tratare egală a femeilor și bărbaților. Egalitatea de gen este necesară pentru a asigura posibilități egale de dezvoltare atât a bărbaților, cât și a femeilor și nu este în niciun fel orientată împotriva bărbaților. Atât bărbații, cât și femeile au potențial de a contribui la dezvoltarea societății în care trăiesc sub toate aspectele (social, cultural, politic, economic), motiv pentru care ar trebui să beneficieze de condiții egale pentru valorificarea pe deplin a acestui potențial. Convenția de la Istanbul (2011) subliniază că realizarea egalității de drept și de fapt între femei și bărbați este un element-cheie în prevenirea violenței împotriva femeilor.

Inegalitatea de gen se manifestă prin diferențele stabilite dintre femei și bărbați care au tendința de a atribui o importanță și valoare mai mare caracteristicilor și activităților asociate cu ceea ce este masculin producând astfel relații inegale de putere. În majoritatea societăților patriarhale se promovează prejudecata că genul feminin are o putere redusă și mai puține privilegii și drepturi ceea ce este contrar valorilor bazate pe respectarea drepturilor omului. Realitatea este că nu diferențele biologice sunt cele care ne definesc condițiile inegale, dar normele și valorile sociale. Ținând cont de faptul că acestea sunt preluate prin observare și învățare și dată fiind evoluția continuă a societății și destructurarea modelului tradițional cheia pentru eradicarea violenței este de a se asigura că femeile și bărbații sunt parteneri egali, au aceleași drepturi și responsabilități, aceleași posibilități și că contribuția acestora este la fel de apreciată și respectată.

Stereotipurile de gen sunt un set de prescripții sociale sau culturale ale rolurilor de gen, idei preconcepute prin care femeilor și bărbaților li se atribuie arbitrar trăsături, caracteristici, activități și roluri. Astfel, femeilor, fetelor li se cere să fie ascultătoare, pasive, supuse, centrate pe grija față de celălalt. Pe de altă parte, așteptările față de bărbați/băieți sunt ca ei să dețină putere, să-și

consolideze performanța socială și profesională. De exemplu, un stereotip persistent ține de faptul că bărbații sunt capul gospodăriei și ar trebui să fie principalii furnizori de venituri, în timp ce femeile trebuie să acorde prioritate vieții de familie și creșterii și îngrijirii copiilor. Realitatea este că, de fapt, atât femeile, cât și bărbații pot realiza aceste roluri. Anumite roluri sau stereotipuri reproduc practici vicioase și contribuie la acceptarea violenței față de femei.

Tiparele sociale patriarhale și stereotipurile în bază de gen promovează rolurile tradiționale, afectează alegerile sociale și profesionale ale bărbaților și femeilor și, în acest mod, restricționează oportunitățile lor de dezvoltare. Totodată, acestea limitează participarea femeilor la dezvoltarea societății și fac imposibilă valorificarea potențialului lor social și profesional. În așa mod apare inegalitatea de gen care generează apariția discriminării în bază de gen. Normele sociale stereotipizate se materializează în percepțiile populației cu privire la egalitatea de gen. În acest sens, studiul *„Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”* (2015) a identificat că 46,5% dintre bărbații intervievați și 37% de femei consideră că atunci când femeile obțin drepturi, ele iau din drepturile bărbaților. Situația în privința perceperii egalității de gen pe piața forței de muncă se agravează. Deși Codul Muncii prevede garanții de asigurare a condițiilor egale pentru femei și bărbați ce ar permite reconcilierea vieții profesionale cu cea de familie un număr semnificativ de femei continuă să fie inactive economic din cauza responsabilităților familiale, inclusiv a celor legate de îngrijirea copiilor. În ultimii ani, ponderea acestei categorii de femei a rămas stabilă – în jur de 11% din totalul femeilor inactive în Republica Moldova, ceea ce constituie cca 130 de mii –140 de mii de persoane⁴⁶. Nașterea copiilor le face pe femei să se retragă de pe piața muncii. Acest lucru este determinat de stereotipurile și prejudecățile de gen, insuficiența politicilor axate pe armonizarea vieții de familie cu obligațiile de serviciu, dar și de lipsa serviciilor de îngrijire a copiilor ce ar permite femeilor tinere să reconcilieze responsabilitățile familiale, creșterea copiilor și viața profesională (de ex., insuficiența creșelor), în special în mediul rural. Cu toate că bărbații și femeile se bucură de aceleași drepturi, în viața de zi cu zi ei nu le pot realiza la modul convenit și devin frecvent victime ale diferitor forme de discriminare în bază de gen. Această formă de discriminare are multe fațete și poate avea loc în orice domeniu al societății, precum social, cultural, politic, economic, și se poate manifesta prin diferențele dintre veniturile salariale, participare inegală la viața politică, divizarea inechitabilă a muncii și activităților în sfera privată ș. a. Discriminarea este considerată

⁴⁶ „Costul economic al inegalităților de gen în Republica Moldova”, CDF, 2020, pag. 14, http://cdf.md/files/resources/148/Raport_Inegalitati_Gen_Final.pdf

o patologie socială. Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității definește discriminarea drept orice deosebire, excludere, restricție ori preferință în drepturi și libertăți a persoanei sau a unui grup de persoane, precum și susținerea comportamentului discriminatoriu bazat pe criteriile reale sau pe criterii presupuse. Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați interpretează discriminarea după criteriul de sex ca pe orice deosebire, excepție, limitare ori preferință având drept scop ori consecință limitarea sau intimidarea recunoașterii, exercitării și implementării pe bază de egalitate între femei și bărbați a drepturilor și libertăților fundamentale ale omului și recunoaște 2 forme de discriminare după acest criteriu: discriminarea directă și indirectă. În sensul legii menționate, discriminarea directă după criteriul de sex presupune orice acțiune care, în situații similare, discriminează o persoană în comparație cu o altă persoană de alt sex, inclusiv din cauza sarcinii, maternității sau paternității. Discriminarea indirectă după criteriul de sex reprezintă orice acțiune, regulă, criteriu sau practică identică pentru femei și bărbați, dar cu efect ori rezultat inegal pentru unul dintre sexe. Discriminarea indirectă se manifestă mai frecvent prin excluderea din anumite sfere sociale.

Potrivit legii nu se consideră discriminatorii:

- a) măsurile de asigurare a unor condiții speciale femeii în perioada sarcinii, lăuziei și alăptării;
- b) cerințele de calificare pentru activități în care particularitățile de sex constituie un factor determinant datorită specificului condițiilor și modului de desfășurare a activităților respective;
- c) anunțurile speciale de angajare a persoanelor de un anumit sex la locurile de muncă în care, datorită naturii sau condițiilor particulare de prestare a muncii prevăzute de lege, particularitățile de sex sunt determinante;
- d) acțiunile afirmative, adică acțiuni speciale temporare de accelerare a obținerii unei egalități reale între femei și bărbați, cu intenția de eliminare și prevenire a discriminării ori a dezavantajelor ce rezultă din atitudinile, comportamentele și structurile existente.

Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (1979) definește discriminarea față de femei ca orice diferențiere, excludere sau restricție bazată pe sex care are drept efect sau scop să compromită ori să anihileze recunoașterea, beneficiul și exercitarea de către femei, indiferent de starea lor matrimonială, pe baza egalității dintre bărbat și femeie, a drepturilor omului și libertăților fundamentale, în domeniile politic, economic, social, cultural și civil sau în orice alt domeniu. Aceeași convenție subliniază că dis-

criminarea față de femei violează principiile egalității în drepturi și respectului demnității umane, că ea împiedică participarea femeilor, în aceleași condiții ca bărbații, la viața politică, socială, economică și culturală din țara lor, creează obstacole creșterii bunăstării societății și a familiei și împiedică femeile să-și servească țara și omenirea în deplinătatea posibilităților lor. Recomandarea Generală nr. 19 a Comitetului acestei Convenții ONU a stabilit că „violența în bază de gen, inclusiv violența domestică, este o formă de discriminare care afectează grav abilitatea femeilor de a-și exercita drepturile și libertățile în condiții egale cu bărbații”.

Piramida violenței

Înțelegerea originilor violenței în familie și în bază de gen este o premisă importantă pentru asigurarea unui răspuns adecvat din partea specialiștilor din sectorul sănătății. Orice formă de violență, inclusiv violul și omorul, nu sunt nici acceptate și nici tolerate de societate. Puțini cunosc însă că la baza apariției acestor forme extreme de violență stau anumite fenomene acceptate și promovate în rândul membrilor societății. Modul în care societatea își aduce contribuția la propagarea formelor grave de violență este ilustrat de piramida violenței. Aceasta este o diagramă ce reflectă modalitatea în care limbajul și lucrurile percepute de noi drept firești creează stereotipuri ce generează violență.

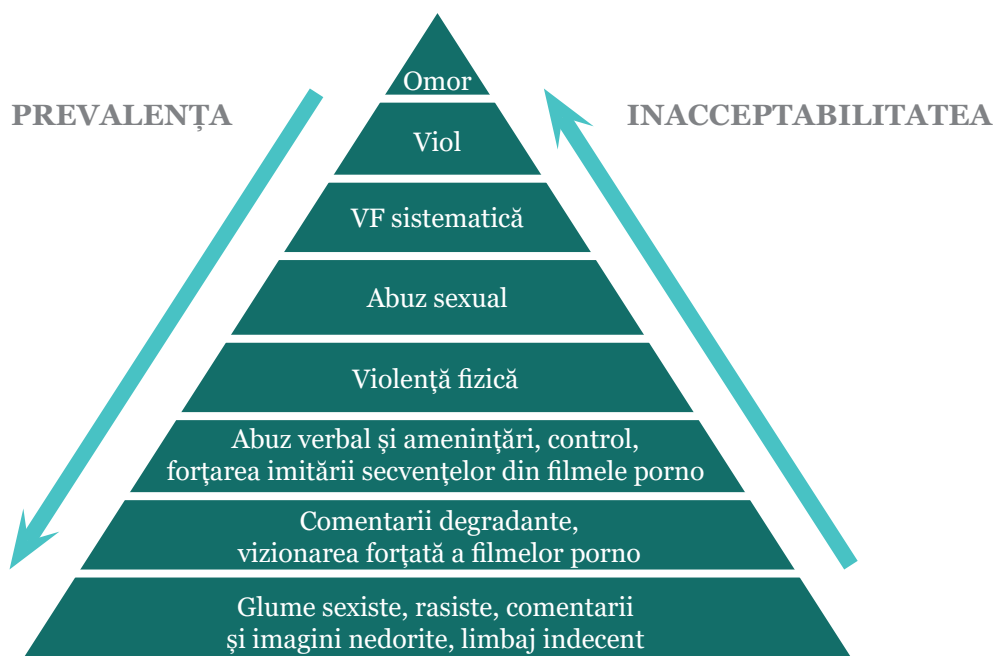


FIGURA 12. Piramida violenței

La baza piramidei stau fenomenele privite drept inocente, iar la vârful acesteia – fenomenele socialmente deviante. Odată cu sporirea severității fenomenelor, scade prevalența lor și crește intoleranța societății față de acestea. Prin urmare, această piramidă reprezintă un model al perpetuării violenței – cu cât ne ridicăm mai sus cu atât mai puțin acceptabile din punct de vedere social sunt comportamentele.

Violența începe cu atitudini și prejudecăți stabilite despre alte persoane, indiferent dacă acestea sunt justificate sau nu. Violența de gen are la bază atitudinile și stereotipurile sexiste și privind rolurile de gen, iar acestea, la rândul lor, sunt produsul limbajului, comentariilor și glumelor sexiste. Spre regret, societatea le acceptă fără a conștientiza că aceste atitudini modelează stereotipurile de gen și generează control, abuz și violență. Pe măsură ce abuzatorii exprimă aceste atitudini și au parte de susținerea celor din jur își întăresc convingerea că anumite categorii de oameni nu sunt egali cu ei avansând astfel pe treptele piramidei. În curând, persoanele ce împărtășesc prejudecățile și stereotipurile încep să-și exprime verbal superioritatea, să-i discrimineze și să-i hărțuiască pe alții atât verbal, cât și fizic. Pe măsură ce abuzatorii se deplasează în sus în cadrul piramidei ei se alimentează cu puterea pe care au obținut-o și ajung să creadă că au dreptul să facă uz de puterea lor pentru a controla persoanele ce nu le sunt egale. Din aceeași cauză ei încep să creadă că victima a făcut ceva pentru a merita atacul și nu au capacitatea de a-și recunoaște acțiunile drept deviante.

Modelul reprezentat de piramida violenței arată de unde și cum începe violența; din ea putem desprinde modul în care aceasta ar putea fi oprită. Multe dintre fenomenele pe care societatea le consideră inevitabile sunt, de fapt, expresia unor valori și atitudini capabile să evolueze în timp și spațiu.

Sexismul și limbajul sexist

Sexismul este o formă de discriminare în bază de sex exprimată prin comportament, atitudine sau condiții despre un gen sau sex ca fiind inferior, sau mai puțin competent, sau mai puțin valoros decât celălalt gen sau sex, sau care face uz de prejudecăți sau stereotipuri în prezentarea eronată a imaginii femeii sau a bărbatului, sau a aspectului social al relațiilor dintre femei și bărbați, sau a masculinității sau feminității. Dicționarul explicativ al limbii române definește sexismul în calitate de discriminare sexuală care funcționează, de regulă, în defavoarea femeilor și în favoarea bărbaților. Sexismul este întărit prin intermediul stereotipurilor legate de gen, afectează atât femeile, cât și bărbații și face imposibilă exprimarea egalității de gen.

Recunoscând valoarea limbajului sexist în calitate de cauză a promovării inegalității dintre femei și bărbați și a violenței în bază de gen, Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați interzice un asemenea limbaj. În calitate de limbaj sexist legea recunoaște expresiile și adresările ce prezintă femeia și bărbatul în manieră umilitoare, degradantă și violentă, ofensând demnitatea acestora.

Spre regret, limbajul sexist persistă în societate și se manifestă în cele mai diverse domenii sociale, cât și în domeniul media care, inclusiv, participă la modelarea percepției societății cu privire la femei și bărbați și, prin intermediul, acestui limbaj, promovează inegalitatea. Spre exemplu, știrea din mediul online cu titlul „CNA scoate artileria grea! De azi o domnișoară va lupta cu cei corupți” (publicată în 2018) a avut un mesaj sexist ce a stârnit un val de critici. Cu referire la acest subiect, portalul de educație mediatică *Mediacritica* a comentat că autorul știrii „a păstrat expresia „domnișoară” care are o mică valoare informațională, însă transmite un semnal că jurnalistul preferă să accentueze vârsta sau statutul matrimonial al femeii în detrimentul calităților sale profesionale. Pe lângă aceasta, expresiile „CNA scoate artileria grea!” și „o domnișoară va lupta cu cei corupți” se bazează pe un contrast exagerat dintre stereotipul fragilității feminine și condițiile de lucru dure în organele de forță. Evidențierea în mod ostentativ a trăsăturilor-șablon ale femeii, dar și sublinierea contrastelor duc la concluzia că ar fi vorba de o excepție, care nu fac altceva decât să alimenteze stereotipurile de gen”⁴⁷. Potrivit Legii nr.1227/1997 cu privire la publicitate, publicitatea sexistă este privită drept o publicitate amorală și se interzice. În sensul acestei legii, sexistă se consideră publicitatea care prezintă femeia sau bărbatul drept obiect sexual, în situații umilitoare sau degradante, violente și care ofensează demnitatea umană sau promovează stereotipuri sexiste în scop discriminatoriu, cu menținerea percepției tradiționale asupra femeii drept o ființă slabă, vulnerabilă și dependentă, având o poziție socială inferioară.

Codul Contravențional sancționează publicitatea sexistă cu amendă de la 18 la 90 de unități convenționale (u. c.) aplicată persoanei fizice, cu amendă de la 120 la 240 de u. c. aplicată persoanei cu funcție de răspundere, cu amendă de la 240 la 300 de u. c. aplicată persoanei juridice.

Utilizarea limbajului sexist este combătută nu doar prin tragerea persoanelor fizice sau juridice la răspundere, ci și prin diverse campanii orientate inclusiv spre promovarea egalității de gen și nediscriminare.

⁴⁷ <http://mediacritica.md/ro/domnisoara-si-artileria-grea-cum-alimenteaza-presa-stereotipuri-de-gen/>

Pe lângă acestea, în Republica Moldova funcționează Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității (<http://egalitate.md/>) care este o autoritate publică cu misiunea de prevenire și protecție împotriva discriminării, asigurare a egalității, promovare a oportunităților egale și a diversității.

Masculinitatea toxică și violența

Masculinitatea este o construcție socială ce include un set de așteptări sau standarde sociale privind modul în care bărbații ar trebui să gândească și să acționeze. Deși mulți bărbați adesea nu pot îndeplini sau respecta standardele respective, aceștia simt presiunea societății și tind să se conformeze. Masculinitatea cuprinde autonomia, dominanța și controlul, agresivitatea și duritatea, asumarea de riscuri, suprimarea emoțiilor, hipersexualitatea și heterosexuality. Formele extreme ale masculinității reprezintă o masculinitate toxică care stimulează inegalitatea și violența de gen. Masculinitatea toxică poate crea și justifica percepția bărbaților privind privilegiul și puterea pe care ei le au asupra femeilor. Masculinitatea toxică promovează un model de comportament puternic legat de stereotipurile tradiționale care înfățișează bărbații ca fiind dominanți din punct de vedere social și „normalizează” violența în calitate de metodă de comunicare socială. Ideile rigide de masculinitate nu lasă bărbaților mult spațiu pentru a fi cine sunt cu adevărat sau cum se simt cu adevărat.

Bărbații ce dezvoltă un atașament rigid față de „normele de masculinitate toxică” sunt mai predispuși să demonstreze atitudini și comportamente sexiste, să recurgă la acte de violență și hărțuire sexuală împotriva femeilor, mai ales atunci când masculinitatea lor este sfidată sau când ei întâmpină dificultăți în alinierea la aceste norme. Din cauza așteptărilor sociale acești bărbați se conformează doar valorilor și normelor masculinității și evită alte comportamente considerate drept feminine. Aceste norme dăunătoare limitează potențialul bărbaților de a se manifesta grijuliu față de ceilalți membri ai familiei în calitate de tați, soți, feciori sau frați iubitori. Totodată, ele pot influența și modul în care bărbații relaționează între ei, comportamentele sexiste, homofobe sau agresive fiind aplicate pentru a-și afirma masculinitatea.

Agresivitatea și violența sunt puternic asociate cu masculinitatea toxică. Această legătură este adesea susținută și justificată de societate, glorificată în cultura populară, celebrată în unele sporturi sau reprodusă prin opinia că agresiunea bărbaților este doar felul lor de a fi.

Bărbații care aderă la modelele masculinității toxice sunt supuși unor riscuri mai mari pentru sănătate, suportând presiuni de a se conforma acestor modele.

În rândul acestor bărbați este mare rata depresiilor și suicidului, ei sunt mai predispuși a se angaja în comportamente riscante, precum șofatul periculos, abuzul de substanțe toxice ș. a. Totodată, acești bărbați tind mai rar să solicite ajutor, iar odată oferit ei sunt mai înclinați să-l refuze.

Prin urmare, masculinitatea toxică îi poate determina pe bărbați să comită acte de violență împotriva femeilor, împotriva altor bărbați și împotriva lor înșiși.

Masculinitatea toxică poate fi combătută prin spargerea tiparelor acesteia și promovarea masculinității pozitive. În acest sens, este importantă înțelegerea că bărbații și femeile nu pot fi limitați la anumite „cutii de gen” rigide și că rolurile de gen se pot schimba.





TEMA 4

**Violența sexuală. Consimțământul
pentru un raport sexual**



Violența sexuală presupune orice contact ce vizează sfera sexuală realizat fără consimțământul partenerului sau cu privire la care partenerul nu poate să-și exprime un consimțământ valid. Prin urmare, violența sexuală este un abuz în care contactul sexual este nedorit, realizat prin forță, amenințare, constrângere și/sau profitându-se de incapacitatea victimei de a se apăra ori de a-și exprima voința și are la bază lipsa consimțământului sau un consimțământ viciat. Astfel, elementul-cheie ce delimitează un contact de natură sexuală legal de un abuz (act ilegal) este exprimarea de către ambii parteneri antrenați în relația respectivă a unui consimțământ conștientizat și valabil.

Consimțământul pentru un raport sexual

Consimțământul presupune că ambii parteneri sunt absolut conștienți de ceea ce se întâmplă sau urmează să se întâmple și își doresc relația reciproc, oricare dintre ei are libertatea de a refuza și nici unul nu se simte forțat să facă ceva contra voinței sale. Comportamentul abuziv încalcă libertatea și inviolabilitatea sexuală a persoanei și se manifestă prin constrângerea partenerului pentru un raport sexual care se poate realiza în mai multe moduri, cât și prin profitarea de starea de imposibilitate de a se apăra sau de a-și exprima voința. Constrângerea fizică se poate exprima prin lovirea victimei, imobilizarea victimei prin legare, fixarea prin intermediul cătușelor de anumite obiecte imobile, dezgolirea violentă a organelor genitale și atribuirea unei poziții anumite corpului victimei, răsucirea mâinilor, deținerea forțată într-o încăpere încuiată ș. a. Constrângerea psihică poate lua mai multe forme: amenințarea victimei cu răfuiala fizică sau moartea sa ori a apropiaților săi, profitarea de poziție sau autoritate (angajator, profesor, antrenor). Este esențial ca amenințarea să fie percepută de victimă ca fiind reală, ceea ce presupune, de fapt, presiunea psihică asupra victimei pentru suprimarea voinței acesteia. Amenințarea se poate exprima verbal, prin gesturi speciale, demonstrarea armelor, cătușelor, funiei sau altor obiecte ce ar înspăimânta victima. Imposibilitatea de a se apăra presupune incapacitatea fizică de a opune rezistență făptuitorului datorită unor dizabilități locomotorii, oboselii extreme, unei poziții incomode în care a fost surprinsă victima ș. a. Imposibili-

tatea de a-și exprima voința presupune o stare psihofiziologică ce lipsește victima de capacitatea de a conștientiza ce se întâmplă cu ea sau de a-și manifesta voința datorită vârstei fragede, tulburărilor psihice, ebrietății avansate, comei etc. Starea de imposibilitate de a se apăra sau de a-și exprima voința poate fi tranzitorie sau permanentă.

Declarația Universală a Drepturilor și Libertăților Fundamentale ale Omului învestește fiecare persoană cu dreptul la viață, libertate și securitate, drept inerent și sferei sexuale. Libertatea personală se referă și la dreptul fiecărui individ la autonomie decizională care se exprimă fie prin consimțire, fie prin refuz. Consimțământul presupune a oferi permisiunea și a accepta ceva fiind conștient de efectele deciziei. Orice contact sexual poate fi realizat doar dacă ambii parteneri își doresc asta, consimțământul fiind o exprimare a unei decizii conștiente și pozitive de a se angaja în activitatea sexuală. Această afirmație este valabilă și pentru relația conjugală sau cele asemănătoare ei, întrucât într-o relație nu există obligativitatea de a face ceva contrar voinței, iar faptul că partenerii au o relație nu reprezintă o obligație pentru victimă. Totodată, violența sexuală este determinată de acțiunile agresorului și nu de statutul acestuia și a victimei. În acest sens, Codul Penal al Republicii Moldova incriminează fapta de viol conjugal, adică violul săvârșit asupra unui membru de familie (art.171 alin. (2) lit.b²).

Pentru a oferi un consimțământ valabil, partenerul trebuie să aibă posibilitatea de a lua o decizie conștientă și voluntară. Convenția de la Istanbul (2011) subliniază că un consimțământ trebuie oferit voluntar, ca rezultat al liberului arbitru al persoanei, evaluat în contextul circumstanțelor înconjurătoare. Starea de ebrietate alcoolică sau narcotică, cât și orice situație ce conduce spre obnubilarea sau pierderea cunoștinței (coma, narcoza) pot afecta capacitatea unei persoane de a lua decizii și, prin urmare, de a-și oferi consimțământul pentru a se angaja într-o activitate de natură sexuală. Datorită particularităților de vârstă, minorii nu au capacitatea de a oferi un consimțământ valabil pentru o relație sexuală. Din această cauză, orice contact sexual cu un minor va fi considerat un act ilegal chiar dacă există consimțământul acestuia. Vârsta pentru consimțirea de către un minor a actului sexual poate varia de la țară la țară. Spre exemplu, în Republica Moldova vârsta pentru consimțământ este de 16 ani, în majoritatea țărilor europene variază între 14 și 16 ani (de ex., România, Franța – 15 ani), deși în unele se ridică la 17-18 ani (Cipru, Irlanda). Persoanele cu tulburări psihice la fel sunt vulnerabile și, în virtutea stării lor de sănătate mentală, nu pot oferi un consimțământ valid. Așadar, consimțământul unei persoane poate fi viciat de vârsta sub 16 ani, tulburările mentale cu diminuarea sau pierderea discernământului și stările ce afectează cunoștința, iar orice act de natură sexuală

bazat pe un asemenea consimțământ este un abuz sexual și o infracțiune privind viața sexuală.

Consimțământul este o condiție pentru fiecare relație sexuală. Chiar dacă partenerii au consimțit în trecut să întrețină un raport sexual, aceasta nu înseamnă nicidecum că au acceptat în mod automat să o facă repetat. Mai mult, fiecare dintre parteneri este liber să-și retragă consimțământul în orice moment și această decizie trebuie să fie respectată de celălalt partener.

TĂCEREA NU SUBSTITUIE CONSIMȚĂMÂNTUL ȘI NU SEMNIFICĂ OFERIREA ACESTUIA!

Prin urmare, un consimțământ valid pentru o relație sexuală trebuie să întrunească următoarele dimensiuni: voluntar (liber exprimat), conștientizat, reversibil.

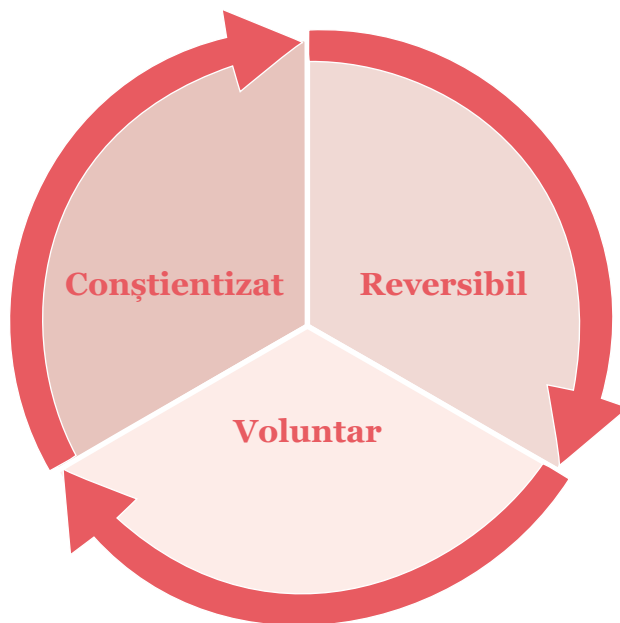


FIGURA 13. Dimensiunile consimțământului pentru o relație sexuală

Consimțământul este o manifestare a respectului reciproc dintre parteneri și trebuie să devină parte indispensabilă a culturii comunicării (**cultura consimțământului**) între partenerii ce se angajează într-o relație sexuală. Orice contact de natură sexuală ce nu respectă acest deziderat este un act ilegal și parte a **culturii violului**. Efectele culturii violului sunt devastatoare pentru societate, deoarece justifică violența sexuală și contribuie la perpetuarea acesteia. Consecințele culturii violului sunt resimțite și de victimele abuzurilor sexu-

ale care sunt privite de societate și de profesioniștii neinstruiți ca fiind responsabile pentru abuz. Astfel, răspunderea pentru abuzul sexual este transferată de pe umerii abuzatorului pe cei ai victimei. Impactul culturii violului asupra percepțiilor societății este ilustrat elocvent de studiul „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova” (2015).

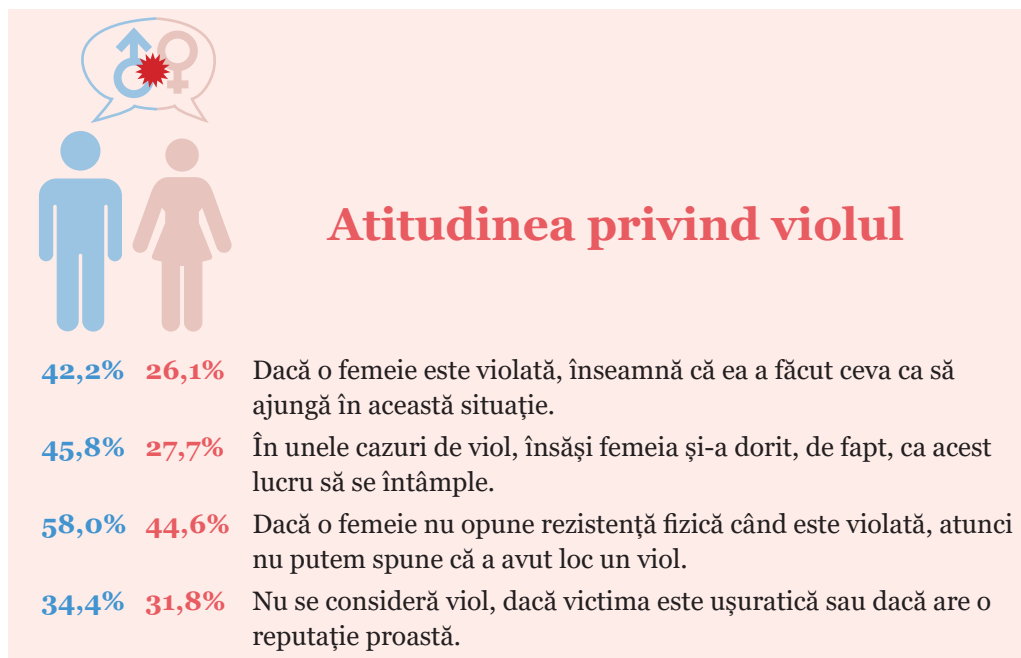


FIGURA 14. Studiul „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”

Problema consimțământului sexual liber exprimat devine un subiect tot mai actual în statele europene. Astfel, mai multe state, precum Marea Britanie, Irlanda, Belgia, Luxemburg, Germania, Suedia, Cipru, Spania și Ucraina, au adoptat așa-numita *Lege a consimțământului* care subliniază că o relație sexuală trebuie să fie voluntară, iar orice raport sexual fără consimțământ este, de fapt, un viol. Legea vine să precizeze consimțământul și prevede că, dacă o persoană dorește să se implice în activități sexuale cu cineva care rămâne inactiv sau dă semnale ambigue, va trebui să afle dacă cealaltă persoană este dispusă. Actualmente, în Republica Moldova, răspunderea juridică pentru un abuz sexual apare atunci când abuzatorul a constrâns victima fizic sau psihic ori a profitat de starea de neputință a acesteia. Însă, dacă victima nu a opus rezistență fizică sau nu a spus „nu”, abuzul sexual este exclus.

Semne de liberă exprimare a consimțământului, ezitării și refuzului

Așa cum oferirea unui consimțământ valid pentru un act de natură sexuală este condiția ce delimitează un raport sexual consensual de un abuz, este important de a cunoaște modalitatea în care partenerii ar putea să-l exprime. În timpul comunicării, partenerii trimit diferite **semnale verbale și non-verbale**, indicii ce exprimă **consimțământul, refuzul** sau **ezitarea**. Comunicarea verbală și citirea limbajului corpului celuilalt partener face posibilă realizarea unui act sexual consensual și evitarea unui raport neconsensual și, prin urmare, a unui abuz.

Comunicarea verbală este o modalitate importantă de exprimare a sentimentelor și voinței partenerilor. Ea nu trebuie să fie, neapărat, jenantă, ci, din contra, poate fi chiar parte a unui preludiu. Evident, comunicarea verbală se exprimă preponderent sub forma întrebărilor, precum: *Ce ai vrea să facem acum? Ai vrea să continuăm în dormitor? Ai vrea să-mi arăți dormitorul tău? Ai vrea să mă ajuți să mă dezbrac? Ai vrea să-ți scot tricoul? Unde ți-ar plăcea să te ating? Ți place? Te simți bine? Crezi că am putea continua? Crezi că grăbim evenimentele?*

Comportamentul non-verbal, la fel, poate exprima dorințele unei persoane și poate indica dacă o persoană își dorește angajarea într-o relație sexuală, arată fericită, răspunde la acțiunile partenerului sau din contra se simte inconfortabil, pare înspăimântată și înțepenită. Fiecare partener trebuie să fie conștient de modul în care se simte celălalt și să-i transmită semnale care ar arăta ce gândește și cum se simte el, la rândul său.

Prin urmare, **consimțământul ține de observația vizuală, ascultare și comunicare verbală!**

Cu toate că un consimțământ valid poate fi exprimat verbal și non-verbal, doar limbajul corpului nu este suficient pentru un acord, deoarece comportamentul non-verbal poate fi interpretat greșit, ceea ce într-o relație sexuală prezintă riscul devierii în aria abuzului și ilegalității. Cea mai optimă abordare presupune comunicarea verbală explicită (pentru asigurarea acordului) completată de comportamentul non-verbal.

În procesul comunicării partenerii ar putea să răspundă prin semnale de confirmare, refuz sau ezitare pentru relația sexuală și aceste semnale trebuie să fie recunoscute pentru a asigura un act pe deplin consensual. Semnalele de confirmare reprezintă o exprimare a consimțământului și permit angajarea de mai departe în relația sexuală. Însă oferirea consimțământului pentru un act sexual nu presupune automat oferirea lui pentru orice activitate sexuală. De aceea este

necesar ca partenerii să-și exprime acordul reciproc pentru toate activitățile de natură sexuală în care se implică. Consimțământul trebuie exprimat inclusiv în ceea ce privește utilizarea mijloacelor de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală și a sarcinilor nedorite. Semnalele de ezitare exprimă o stare de confuzie și nehotărâre a partenerului care trebuie respectate de celălalt partener. Semnalele de refuz exprimă respingerea de către un partener a inițiativei privind o relație sexuală, opțiune care, la fel, trebuie respectată ca parte a autonomiei decizionale. Refuzul poate fi determinat de diferiți factori și poate fi de moment sau permanent. Ezitarea și refuzul pot viza avansarea în relația sexuală, anumite practici sexuale sau chiar întregul act sexual. Astfel, **relația de natură sexuală poate avea loc doar dacă ambii parteneri transmit semnale de consimțire și nu se poate desfășura dacă măcar un partener exprimă semnale de ezitare sau mai ales refuz.**

TABELUL 6 Acțiunile partenerilor sexuali în funcție de semnalele transmise

Consimțământ valid – acționează	Continuă și comunică
<ul style="list-style-type: none"> partenerii au exprimat consimțământul pentru relația sexuală consimțământul nu este viciat de vârstă, capacitățile mentale și de cunoștință 	<ul style="list-style-type: none"> ai ajuns cu partenerul la o decizie reciprocă cât de departe să mergeți atât tu, cât și partenerul vă simțiți confortabil în situația în care vă aflați atât tu, cât și partenerul aveți siguranța că vă puteți opri în orice moment
Ia o pauză și discută	Trebuie să te oprești
<ul style="list-style-type: none"> nu ești sigur/ă de dorințele partenerului primești semnale ambigue din partea partenerului partenerul nu cunoaște sau nu înțelege intențiile tale partenerul se oprește sau nu este receptiv 	<ul style="list-style-type: none"> partenerul ezită sau refuză relația sexuală partenerul are cunoștința afectată de ebrietate sau o altă stare partenerul este adormit sau leșinat tu sau partenerul aveți vârsta sub consimțământ

Potrivit Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023, din spectrul infracțiunilor cu referire la violența împotriva femeilor care se regăsesc în Convenția de la Istanbul, în Republica Moldova, la etapa actuală, se atestă doar infracțiunile de viol. Tabloul statistic indică o creștere a numărului cazurilor de viol printre infracțiunile cu caracter sexual – de la 215 cazuri în anul 2000 la 352 de cazuri în 2014. Numărul cazurilor de viol raportat la 100.000 de locuitori relevă aceeași tendin-

ță de creștere de la 6 cazuri în 2000 la 10 cazuri în 2014. Potrivit datelor Biroului Național de Statistică, această incidență s-a menținut în anii următori având chiar o ușoară tendință de creștere, în special, a numărului total de infracțiuni ce vizează sfera sexuală. Totodată, sunt alarmante datele statistice ale Ministerului Afacerilor Interne care atestă o creștere constantă a infracțiunilor sexuale în mediul familial în ultimii ani.

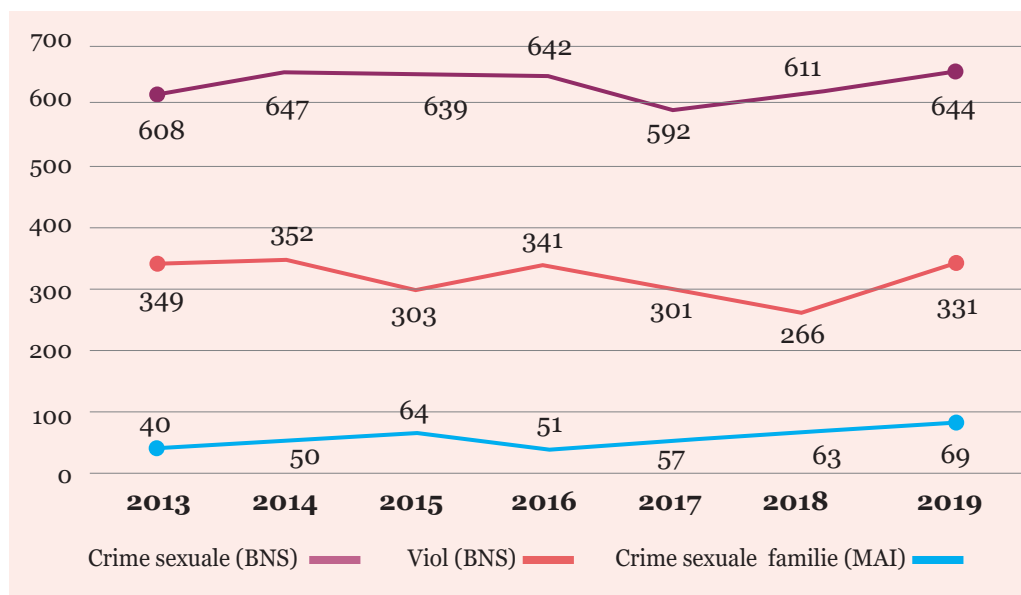


FIGURA 15. Dinamica crimelor sexuale, inclusiv în familie (cifre absolute)

Expertiza medico-legală în infracțiunile sexuale

Una dintre probele importante recunoscute de Codul de Procedură Penală (art. 93) în investigarea diferitor infracțiuni ce vizează sănătatea, integritatea corporală și viața cetățenilor, inclusiv cele privind viața sexuală, este expertiza medico-legală. Potrivit aceluiași cod (art. 143), expertiza medico-legală se dispune în mod obligatoriu în cazurile de violență sexuală. Totodată, expertiza medico-legală este un instrument important și în cazurile de stări sexuale contestabile, precum: sexul persoanei, maturitatea sexuală, virginitatea, capacitatea de procreare, data concepției, sarcina, avortul, nașterea, contaminarea cu maladii sexual transmisibile. Necesitatea rezolvării stărilor sexuale contestabile este dictată de investigarea diferitor infracțiuni cum sunt cele din sfera sexuală, avortul ilegal, pruncuciderea, vătămarea corporală și altor situații (hermafroditismul, infertilitatea ș. a.).

Cu toate acestea, expertiza medico-legală în situațiile ce țin de sfera sexuală este dispusă mai frecvent în cazurile de infracțiuni sexuale avându-i în calitate de obiecte de cercetare pe victimă și agresor. Obiectivele expertizei medico-legală în crimele vizând viața sexuală țin de identificarea semnelor fizice ale raportului sexual (penetrării vaginale, bucale sau anale), constatarea leziunilor pe corpul victimei în calitate de semne ale constrângerii fizice sau psihice și pe corpul agresorului drept semne ale autoapărării victimei. Aprecierea probelor, demonstrarea unui act de violență sexuală și încadrarea juridică a faptelor agresorului în prevederile Codului Penal ține de competența organelor de urmărire penală și instanței de judecată.

Expertiza medico-legală în cazurile de violență sexuală trebuie să fie realizată în conformitate cu anumite principii ce decurg din specificul acestei forme de violență. Unul dintre acestea este principiul promptitudinii care presupune că orice întârziere nejustificată a examenului medico-legal compromite obținerea dovezilor medicale și probelor biologice. În cazurile de violență sexuală este importantă examinarea ambilor parteneri, întrucât semnele penetrării și alte dovezi ale violenței pot fi constatate la ambii. Mai mult, prin intermediul probelor biologice depistate pe corpurile victimei și agresorului poate fi făcută legătura dintre ei ce servește în calitate de dovadă judiciară importantă. Totodată, cazurile de violență sexuală trebuie abordate complex ținând cont de necesitățile victimei cu accent pe cele de sănătate. De altfel, Organizația Mondială a Sănătății subliniază în „*Ghidul privind intervenția medico-legală pentru victimele violenței sexuale*” (2003) că necesitățile medicale ale victimei (tratarea leziunilor, contracepția de urgență, gestionarea ITS) predomină asupra altor necesități (medico-legale, judiciare). De aceea, examenul medico-legal are o importanță secundară (față de necesitățile medicale) și poate să aibă loc doar dacă lipsește urgența medicală și victima nu necesită îngrijiri medicale imediate. Dacă în procesul efectuării lucrărilor medico-legale apare o situație ce necesită acordarea asistenței medicale (inclusiv de urgență) personalul medico-legal trebuie să solicite asistența medicală de urgență (112) și să acorde ajutorul medical până la sosirea ambulanței. Examenul medico-legal al victimei violenței sexuale trebuie să se desfășoare concomitent cu cel medical realizat de medicul ginecolog și alți specialiști în funcție de necesitățile de sănătate ale victimei într-o manieră care să minimizeze numărul examinărilor și interviurilor.

Dat fiind că abuzurile sexuale nu suferă amânare acestea sunt considerate urgențe criminalistice și, în conformitate cu Regulamentul Centrului de Medicină Legală, se examinează în regim non-stop.

Examenul medico-legal al victimei violenței sexuale trebuie să se desfășoare în incinta instituțiilor medico-sanitare, în încăperi calde și cu iluminare com-

binată (naturală și artificială) suficientă, de către medicul ginecolog împreună cu medicul legist. Este preferabil ca personalul medical și medico-legal să fie de același sex cu victima.

Examenul medico-legal al victimei se realizează cu respectarea eticii medicale, în baza consimțământului și prin aplicarea metodelor legale de examinare. La examinarea persoanelor supuse expertizei nu este permisă aplicarea unor metode de cercetare însoțite de senzații puternice de durere ce pot avea efecte negative asupra sănătății, precum și a celor interzise în practica medicală. Este interzis să se recurgă la violență, amenințare, înșelăciune sau alte metode ilegale cu scopul obținerii informației de la persoana supusă expertizei.

Examinarea unei persoane în viață se efectuează doar cu liberul ei consimțământ, cu excepția cazurilor în care efectuarea expertizei este obligatorie conform legislației de procedură. În cadrul procedurilor judiciare, consimțământul persoanei care urmează să fie examinată se prezintă în scris ordonatorului expertizei. În afara procedurilor judiciare, consimțământul persoanei ce urmează a fi examinată se exprimă odată cu completarea și depunerea cererii de efectuare a expertizei extrajudiciare de formatul aprobat de Centrul de Medicină Legală. Dacă persoana față de care a fost dispusă efectuarea expertizei nu a atins vârsta de 16 ani consimțământul acesteia este redactat de reprezentantul ei legal. Persoana bănuită, învinuitul, inculpatul, persoana față de care sunt aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical pot fi supuse examinării în mod coercitiv în conformitate cu prevederile Codului de Procedură Penală.

La efectuarea expertizei judiciare este permisă prelevarea, de la persoana examinată a mostrelor necesare pentru efectuarea cercetărilor. Mostrele pot fi prelevate de către medicul legist sau un alt specialist în prezența medicului legist. Obținerea mostrelor se consemnează în raportul de expertiză medico-legală. Este interzisă prelevarea forțată a mostrelor de la persoanele supuse expertizei în mod benevol. Examinarea regiunii organelor genitale și perianale, colectarea probelor biologice și documentarea fotografică a leziunilor și altor modificări poate avea loc doar după obținerea de către medicul legist a consimțământului informat al persoanei examinate și documentarea acestuia în formularul de modelul aprobat de Centrul de Medicină Legală.

La examinarea persoanei supuse expertizei pot fi prezente persoanele care au acest drept conform legislației de procedură. Prezența altor persoane la efectuarea expertizei este permisă doar cu consimțământul persoanei examinate și cu acordul scris al ordonatorului expertizei. La examinarea minorului asistă reprezentantul său legal și/sau apărătorul său. Persoana în privința căreia este instituită o măsură de ocrotire judiciară poate oferi de sine stătător consimțământul.

mântul privind examinarea sa. În acest caz, încuviințarea ocrotitorului provizoriu ori a curatorului sau reprezentarea ei de către tutore nu este necesară. Consimțământul persoanei care urmează să fie examinată poate, de asemenea, fi dat, în numele persoanei, de către mandatarul împuternicit printr-un mandat de ocrotire în viitor dacă mandatul permite acest fapt. Este interzisă examinarea persoanei în privința căreia s-a instituit o măsură de ocrotire judiciară dacă examinarea contravine dorințelor exprimate de aceasta. La identificarea dorințelor persoanei ocrotite este obligatorie prezența persoanei de încredere care va facilita stabilirea acestor dorințe. Persoana de încredere este orice persoană aleasă liber de către persoana suferindă de tulburări psihice. În absența unei alegeri, persoana de încredere va fi desemnată de către autoritatea tutelară locală. Dacă examinarea persoanelor implică dezbrăcarea lor, la efectuarea expertizei pot asista doar persoane de același sex (nu se referă la lucrătorii medicali).

Examenul medico-legal al victimei se desfășoară în baza algoritmului stipulat de Metodica-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale a persoanelor:

1. Stabilirea identității victimei și explicarea procedurii de examinare;
2. Studiarea documentelor prezentate:
 - *ordonanța de dispunere a expertizei judiciare sau cererea privind efectuarea expertizei extrajudiciare;*
 - *documentele medicale în original (în cazul solicitării asistenței medicale până la expertiza medico-legală).*
3. Elaborarea planului de acțiuni;
4. Realizarea examenului medico-legal al victimei:
 - *colectarea anamnezei (inclusiv a celei speciale);*
 - *colectarea acuzelor;*
 - *efectuarea examenului propriu-zis;*
 - *fotografierea judiciară;*
 - *prelevarea probelor și solicitarea investigațiilor medico-legale complementare.*
5. Interpretarea rezultatelor investigațiilor complementare și coroborarea lor cu modificările constatate la examenul victimei;
6. Redactarea rezultatelor cercetărilor (Raport de expertiză judiciară / Raport de expertiză extrajudiciară / Raport de constatare medico-legală).

Expertiza medico-legală începe cu **identificarea victimei** în baza buletinelui de identitate sau certificatului de naștere, ori a altui act oficial valabil (de

ex., pașaport). După identificarea persoanei, medicul legist trebuie să se prezinte și să o informeze despre rolul său în examenul medico-legal, importanța, obiectivele și procedura (pas cu pas) de realizare a acestuia. Instrumentele sau echipamentele utilizate în cursul examenului medico-legal trebuie demonstrate persoanei examinate concomitent explicându-i scopul și modalitatea folosirii lor. Dacă victima are întrebări legate de procedurile ce urmează acestea trebuie explicate. Victima trebuie informată că deține controlul asupra ritmului, duratei și componentelor examinării și că poate refuza orice etape ale examinării în orice moment pe parcursul acesteia. Medicul legist trebuie să aducă la cunoștința persoanei examinate obligativitatea de raportare a cazului către organele poliției.

Examenul medico-legal propriu-zis începe cu **colectarea anamnezei** (circumstanțele cazului) care trebuie să fie detaliată și succesivă. În timpul discuțiilor trebuie menținut contactul vizual dacă acest lucru este potrivit din punct de vedere cultural. Interviuul nu poate fi grăbit victima dictând ritmul acestuia. Este posibil ca victimele să întâmpine dificultăți în descrierea unor detalii mai dureroase sau traumatizante (de ex., penetrarea orală sau anală) și să evite relatarea lor. Cu toate acestea, anamneza este importantă pentru identificarea posibilelor leziuni, iar în cazurile de violență sexuală și pentru evaluarea riscului de sarcină, ITS sau HIV și referirea victimei. Instrumente medicale utilizate în cadrul examenului medico-legal trebuie să fie pregătite din timp în lipsa victimei, dar acoperite pe durata interviului. Discuțiile din timpul examinării trebuie să fie relevante cazului de abuz. Victima trebuie lăsată să relateze evenimentele de sine stătător și doar după aceasta pot fi adresate întrebări de concretizare de tip deschis. Ascultarea este elementul-cheie a unei comunicări eficiente și este importantă pentru recuperarea psihologică.

În cadrul interviului medicul legist trebuie să aibă o atitudine tacticoasă și empatică respectând principiile etice în toate cazurile. Atitudinea neglijentă, grosolană sau de blamare în timpul comunicării cu victima poate provoca retraumatizarea, mai ales a victimelor violenței sexuale și torturii. Colectarea anamnezei nu trebuie să poarte un caracter de interogatoriu. Expunerea faptelor trebuie să fie liberă fiind inadmisibile adresarea unor întrebări ce sugerează răspunsul, exprimarea dubiilor cu privire la circumstanțele descrise, a comentariilor critice și mai ales polemicile cu persoana examinată pe marginea circumstanțelor cazului sau a informațiilor contradictorii. Din contra, validarea emoțiilor victimei este crucială pentru recuperarea psihologică a acesteia.

Colectarea anamnezei la copii prezintă un specific legat de particularitățile de vârstă.

CASETA 1 Colectarea anamnezei la copii-victime

- toți copiii trebuie abordați cu o sensibilitate deosebită datorită vulnerabilității lor
- trebuie stabilit nivelul de dezvoltare al copilului pentru a înțelege limitările de vârstă – copiii mici nu au simțul timpului și pot utiliza anumiți termeni diferit de adulți ceea ce face interpretarea dificilă
- medicul legist trebuie să apară în fața copilului în calitate de o persoană de ajutor
- prenumele trebuie utilizat în maniera preferată de copil (de ex., Ionuț, Geta)
- la început copilul trebuie întrebat dacă știe de ce se află la medic
- pentru crearea contactului, interviul trebuie început cu întrebări generale (în ce clasă învață, câți frați/surori are)
- copilul trebuie să relateze incidentul cu cuvintele proprii
- copiii și mai ales adolescenții pot fi jenați de discuțiile pe teme sexuale
- încurajarea copilului să adreseze întrebări ajută la comunicare
- copiii mici pot răspunde la întrebări în scris, prin desene ori ilustrații
- circumstanțele expuse de minori trebuie apreciate critic

Anamneza orientează medicul legist asupra obținerii anumitor probe cu caracter concludent și identificarea traumelor. De aceea, ea trebuie să reflecte toate împrejurările în care a avut loc abuzul:

- timpul, locul (inclusiv caracterul suprafeței pe care a avut loc abuzul) și durata incidentului;
- numărul agresorilor și datele privind identitatea lor (inclusiv nume, prenume dacă sunt cunoscute);
- persoanele prezente la momentul incidentului;
- dacă abuzul este repetat, de când a început, când s-a mai întâmplat și în ce condiții, cât de frecvent;
- modul de formare a traumelor (obiectele vulnerante utilizate și particularitățile lor, modul de aplicare a traumei, regiunile traumatizate ale corpului);

- senzațiile victimei (ce a simțit, auzit, văzut, mirosit) în unele situații (de ex., ochi legați/cagulă pe cap) ar putea să fie unicele informații;
- simptomele apărute și evoluția acestora (pierderea cunoștinței și durata, senzațiile proprii, dereglările senzitive, limitarea mișcărilor, apariția hemoragiilor etc.);
- acordarea asistenței medicale (când, în ce instituție medico-sanitară), consultațiile (specialitatea medicului, data adresării, măsurile întreprinse și volumul asistenței medicale) și investigațiile medicale realizate (consultațiile clinice și investigațiile complementare (instrumentale/de laborator).

În anamneza violenței sexuale trebuie obținute informații suplimentare determinate de specificul abuzului:

- modul de înlăturare a hainelor victimei (cine și cum);
- natura și descrierea abuzului sexual;
- tipul penetrării (vaginală, orală, anală) și mijloacele folosite (penisul, degetele, obiecte);
- faptul și locul ejaculării (cavitatea corpului victimei, corpul victimei, obiecte la fața locului);
- ce s-a întâmplat cu prezervativul după incident dacă abuzul s-a comis cu utilizarea acestuia;
- contactul gurii abuzatorului cu unele regiuni ale corpului victimei;
- contactul forțat al gurii victimei cu unele regiuni ale corpului abuzatorului;
- dacă victima s-a spălat, a vomitat, urinat, defecat, a făcut duș, toaleta cavității bucale sau a organelor genitale ori și-a schimbat hainele de la incident;
- tipul de substanțe toxice utilizate și cantitatea lor dacă abuzul sexual s-a produs prin profitarea de starea de imposibilitate a victimei de a-și exprima voința determinată de starea de ebrietate alcoolică sau narcotică.

Informațiile precizate suplimentar în anamneza generală a abuzului sexual sunt utile pentru ghidarea cercetărilor medicului legist, explicarea unor constatări și orientarea prelevării probelor biologice necesare pentru confirmarea circumstanțelor.

De menționat că în violență sexuală victimele pot întâmpina dificultăți în reproducerea cronologică a evenimentelor ceea ce însă nu presupune că ele mint. Această situație este o reacție neurofiziologică la trauma suportată – victima

poate descrie mai bine incidentul dacă a dormit, iar cele mai multe detalii le poate relata după 72 de ore de la evenimentul traumatic.

Acuzele sunt parte componentă a examenului medico-legal și sunt fixate din spusele victimei fără interpretarea sau comentarea acestora. Acuzele trebuie să fie precise și detaliate sub forma unor simptome cu caracterizarea pentru fiecare în parte a momentului și consecutivității apariției, frecvenței, duratei, intensității exprimării etc. În cazul traumelor mai vechi, se precizează simptomele cronice și evoluția acestora. Nu se admite generalizarea acuzelor, precum „dureri în regiunea loviturilor”.

În violența sexuală, pe lângă anamneza generală a abuzului se obține obligator și **anamneza specială**.

În cazul victimelor de sex feminin se culeg următoarele informații:

- vârsta apariției primei menstruații;
- caracterul menstruației: abundența, prezența durerilor, durata ciclului în zile, durata menstruației în zile, prima zi a ultimei menstruații;
- existența experienței sexuale anterioare și vârsta începerii, data ultimului raport sexual consensual, cu prezervativ sau fără, cu ejaculare în cavitatea sau fără;
- existența și numărul de sarcini, avorturi, nașteri, evoluția sarcinilor;
- existența și caracterul eliminărilor vaginale;
- utilizarea contracepției și tipul acesteia;
- existența bolilor sexual transmisibile (gonoree, sifilis, chlamydia, herpes genital, trichomonioza, micoplasmoza, condiloame genitale, HIV ș. a.);
- suportarea hepatitelor virale.

În cazul victimelor de sex masculin și agresorilor se culeg următoarele informații:

- existența experienței sexuale anterioare și vârsta începerii, data ultimului raport sexual consensual;
- existența și caracterul eliminărilor uretrale;
- existența bolilor sexual transmisibile (gonoree, sifilis, chlamydia, herpes genital, trichomonioza, micoplasmoza, condiloame genitale, HIV ș. a.);
- suportarea hepatitelor virale.

Examenul medico-legal al victimei se efectuează pentru stabilirea leziunilor și altor date cu caracter probator în scopul confirmării/infirmării alegațiilor

victimei și soluționării obiectivelor expertizei. Din aceste considerente, examenul medico-legal trebuie să fie complet (toate regiunile anatomice ale corpului), detaliat, consecutiv și sistematic, orientat în direcție cranio-caudală, antero-posterior și de la dreapta spre stânga. Dacă este necesară înlăturarea hainelor pentru efectuarea examenului, victima nu trebuie dezbrăcată complet, hainele se înlătură pe rând (partea superioară a corpului separat de cea inferioară) pentru a evita senzația de expunere. Pentru a-i asigura demnitatea, victima trebuie lăsată să se dezbrace singură și fără grabă, și poate fi asistată în acest sens doar la solicitarea ei sau în cazul copiilor de vârstă mică. Este recomandabilă oferirea unui halat pe durata examinării. Examinarea medico-legală se realizează în baza metodelor clinice de examinare a pacientului: inspecția, palpația, percuția, morfometria, antropometria și poate avea loc atât macroscopic, cât și cu utilizarea lupei pentru identificarea detaliilor. Examenul începe cu constatarea datelor generale despre persoana examinată (starea generală, poziția (activă, pasivă, forțată), tipul constituțional, gradul de nutriție, culoarea și starea tegumentelor și mucoaselor) și continuă cu examenul detaliat al capului, gâtului, toracelui, abdomenului, spinării, membrilor superioare și inferioare, organelor genitale și regiunii perianale.

Datele generale despre persoana examinată se completează cu informații privind datele antropometrice: masa, talia, circumferința cutiei toracice în repaus și expir, dimensiunile bazinului.

După datele generale se cercetează și notează **semnele sexuale secundare**: tipul de depunere a țesutului celulo-adipos, caracterul și gradul pilozității subaxilară/pubiană, iar la femei – gradul de dezvoltare a glandelor mamare (forma, dimensiunile, consistența, culoarea areolelor mamare, forma mameleanelor, prezența și caracterul eliminărilor).

O atenție deosebită se atrage examenului regiunilor anatomice dosite (fosele axilare) și cutelor naturale. În cazurile de violență sexuală leziunile pot fi descoperite la nivel de față, gât, pe glandele mamare, organele genitale, suprafețele interne ale coapselor și gambelor.

Leziunile corporale se cercetează concomitent cu regiunile anatomice ale corpului și se descriu conform schemei:

- **localizarea leziunii** (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, distanța în centimetri de la punctele de reper);
- **înalțimea de la plante** (până la porțiunea inferioară a leziunii produse prin arme de foc);
- **tipul leziunii** (echimoză, excoriație, plagă, fractură etc.);

- **forma leziunii** (se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată se indică faptul că este de formă neregulată);
- **orientarea leziunii față de linia mediană a corpului** (organului, osului);
- **dimensiunile leziunii** (lungimea, lățimea, profunzimea, înălțimea) în centimetri
- **culoarea leziunii și a regiunilor adiacente;**
- **caracterul suprafeței leziunii** (relieful, culoarea);
- **caracterul marginilor, pereților, capetelor, fundului plăgilor;**
- **prezența depunerilor sau impurităților eterogene** (în cadrul leziunii sau în jurul acesteia);
- **starea țesuturilor adiacente;**
- **prezența sau absența hemoragiei** în țesuturile lezate și alte semne care reflectă vitalitatea producerii leziunii;
- **prezența sau absența semnelor de regenerare a leziunii.**

Pentru identificarea obiectului vulnerant se indică particularitățile lezionale ce reflectă forma, caracterul și alte proprietăți constructive ale obiectului.

Examenul genito-anal prevede cercetarea organelor genitale externe și anusului cu regiunea perianală și are anumite particularități în funcție de vârsta și sexul victimei. La copiii mici, atât examenul genital, cât și cel anal trebuie realizate în orice caz de abuz sexual, iar la minori și adulți, necesitatea efectuării examenului genital sau/și anal este dictată de circumstanțele cazului individual (de ex., dacă victima descrie existența doar a penetrării bucale, de obicei, nu există nicio indicație pentru examenul genito-anal) cu condiția existenței unei anamneze clare privind violența sexuală, penetrării și precizării tipului de penetrare. Acest examen la victimele de sex feminin are loc, de regulă, în decubit dorsal pe fotoliul ginecologic, dar mai poate fi realizat la copii indiferent de sexul lor și în poziția coate-genunchi pe o banchetă. Însă, în cazul copiilor, această poziție poate fi traumatizantă dacă abuzul sexual a avut loc în aceeași poziție. De aceea, în procesul culegerii anamnezei este important a se preciza poziția în care a avut loc abuzul sexual pentru a o evita în cursul examenului genito-anal. Drept alternativă, copilul poate fi examinat în decubit dorsal cu picioarele îndoite și îndepărtate lateral ori cu genunchii atrași spre piept sau în decubit lateral.

Starea organelor genitale externe la fete și femei se axează pe corectitudinea dezvoltării anatomice a labiilor genitale (mari și mici) și clitorului (forme, dimensiuni, aranjare anatomică, închiderea fantei genitale de labiile mari), starea și culoarea mucoasei vestibulului vaginal, prezența semnelor de infecție, prezența și caracterul eliminărilor (culoare, densitate, cantitate). Pentru examinarea organelor genitale externe și a himenului, examinatorul apucă între degetele mare și arătător ambele labii mari și mici la baza lor și trage ușor spre sine, în sus și lateral. În cazul constatării unei hemoragii active sau urme de sângerare trebuie stabilită originea acestuia. Leziunile se constată mai frecvent în regiunea fosei vestibulare.

Starea himenului presupune cercetarea și notarea caracteristicilor sale anatomice: forma himenului (inelar, semilunar, labial, septat, lobat etc.), înălțimea în porțiunile anterioară/posterioară/laterală, grosimea și consistența himenului, elasticitatea himenului, forma și diametrul (inclusiv la extindere) orificiului himenal, prezența inelului de contracție, caracterul marginii libere (subțire, îngroșată, franjată etc.), prezența, localizarea și caracterul (culoarea și densitatea marginilor, adâncime, forma fundului) creștăturilor naturale, simetria dispunerii și corelația lor față de pliurile vaginale longitudinale. În cazul depistării rupturilor himenale se cercetează și se descrie numărul lor, localizarea, forma rupturii și fundului ei, caracterul marginilor (prezența/absența hemoragiei, edemului, sensibilității, granularii, cicatrizării; culoarea marginilor în raport cu suprafața intactă a himenului, densitatea), adâncimea. Alte leziuni himenale (echimoze, excoriații) se notează în conformitate cu schema generală de descriere a leziunilor corporale. Localizarea leziunilor, rupturilor și creștăturilor naturale ale himenului se precizează conform cadranelor ceasului. În lipsa leziunilor se atrage atenția asupra particularităților morfologice ale himenului care ar permite sau exclude întreținerea raportului sexual complet fără dereglarea integrității acestuia.

Atenție, examenul digital sau bimanual, speculul vaginal nu se utilizează la examinarea copiilor de vârstă prepubertală decât dacă există indicații medicale (leziuni vaginale, hemoragie internă)! Speculul vaginal poate fi utilizat la minore și femei adulte, iar umezirea acestuia trebuie să aibă loc doar cu soluție fiziologică sau apă distilată sterilă. Utilizarea speculului poate avea loc doar după prelevarea conținutului vaginal.

Starea organelor genitale externe la băieți și bărbați cuprinde cercetarea penisului și a scrotului. Starea penisului include corectitudinea dezvoltării anatomice a acestuia, prezența sau absența anomaliilor, culoarea și starea

tegumentelor și mucoaselor, consistența și dimensiunile penisului (lungimea de-a lungul suprafeței dorsale de la rădăcina penisului (simfiza pubiană) până la vârful glandului și lățimea în treimea medie și partea cea mai lată a glandului) în stare relaxată, prezența și mobilitatea prepuțului (acoperirea glandului penis și dezgolirea acestuia), starea frenului prepuțial, locul amplasării meatului uretral (orificiului extern) pe glandul penisului și prezența sau absența eliminărilor din acesta, prezența corpurilor străine. Starea scrotului prevede notarea simetriei și dimensiunilor (obișnuit, micșorat, mărit) acestuia, starea (faldurată, extinsă), consistența și culoarea pielii scrotului; prezența și amplasarea testiculelor, dimensiunile (lungime, lățime, grosime), elasticitatea (moale, moale-elastică, elastică), caracterul suprafeței (netedă, neregulată), prezența sau absența sindromului algic la palpare și a reflexului cremasterian bilateral. De menționat că torsiunea testiculară este o urgență medicală și necesită intervenție chirurgicală.

Starea anusului și regiunii perianale se axează asupra formei, tonusului și dilatării anusului, culorii mucoasei, stării pliurilor rectale (șterse, pronunțate), prezenței leziunilor mucoasei anale și rectale (echimoze, excoriații, fisuri, plăgi), prezenței hemoragiei sau urmelor acesteia. Caracterul morfologic al leziunilor identificate se descrie în conformitate cu schema generală de cercetare și descriere a leziunilor. Localizarea leziunilor anusului se reflectă conform cadranelor ceasului. În cazul copiilor, examenul rectal digital este recomandat doar dacă este suspectată existența unor obiecte străine în rect deoarece poate mima abuzul și retraumatiza copilul. Acest examen poate fi realizat după relaxarea sfincterului, care se atinge prin plasarea degetului examinatorului perianal. În cazurile durerilor anale și rectale severe, hemoragiei active sau prezenței obiectelor străine apare necesitatea efectuării proctoscopiei.

Dacă la cercetarea regiunii genito-anale se depistează impurități (fire de iarbă, fire textile ș. a.) sau fire de păr libere (mai ales la copile fără pilozitate pubiană sau la minore cu pilozitate rasă) acestea se descriu, iar firele de păr se ridică pentru cercetări biologice în vederea identificării sursei biologice. În cazul prezenței pilozității pubiene, aceasta poate fi pieptănată pentru îndepărtarea tuturor firelor de păr libere.

Obiectivul principal în cazurile de violență sexuală constă în identificarea semnelor abuzului sexual, în special a semnelor ce probează existența contactelor și raporturilor sexuale. Prin **raport sexual**, în medicina legală se subînțelege introducerea penisului în vagin sau vestibulul vaginal chiar dacă introducerea nu a fost asociată cu deflorare sau ejaculare. Prin urmare, în cazul unui raport sexual nu poate fi vorba doar despre un contact al organelor genita-

le, trebuie să aibă loc penetrarea vaginală. În cazurile de acte sexuale perverse are loc penetrarea bucală sau rectală. Semnele raporturilor sexuale pot fi identificate imediat după consumarea actului (semne recente), cât și peste un anumit timp de la act (semne tardive).

Penetrarea vaginală poate fi probată în termen precoce prin rupturile himenului la femeile virgine, leziunile himenului sau ale mucoasei/pereților vaginali (echimoze, excoriații, rupturi), prezența lichidului seminal în căile genitale și, în mod indirect, prin prezența firelor de păr pubian de la agresor. În termeni tardivi, în favoarea penetrării vaginale pot pleda infecțiile cu transmitere sexuală și sarcina. Semnele menționate au o importanță atât pentru demonstrarea copulării, cât și pot indica timpul aproximativ ale acesteia. Este de menționat că semnele recente pot fi constatate în timp limitat după raportul sexual. Astfel, rupturile himenale se vindecă prin cicatrizare în termen de până la 10-14 zile, durată care ar putea fi extinsă până la 20 zile de un proces inflamator intens sau de complicațiile de ordin infecțios. De menționat că himenul poate rămâne intact chiar și după un raport sexual în cazurile unei penetrări incomplete (vestibulul vaginal) și himenului complezent caracterizat prin dilatabilitate mare grație înălțimii mici (distanța dintre baza de inserție și marginea liberă), orificiului himenal de dimensiuni mari (peste 2,5cm) și elasticității înalte. Leziunile superficiale ale membranei himenale și mucoasei vaginale au un termen similar de vindecare și, prin urmare, de dispariție. La minore, cât și la femei adulte, în cazurile penetrării violente și utilizării diferitor obiecte, pot apărea leziuni mai severe, precum leziuni ale furculiței și fosetei naviculare, cele ce antrenează pereții vaginului (în special peretele rectovaginal), inclusiv perineul adiacent. Aceste leziuni necesită timp mai îndelungat pentru vindecare și îngrijiri medicale, inclusiv prin prelucrare prim-chirurgicală. În cazul ejaculării în vagin și în lipsa măsurilor speciale ce ar duce la distrugere, spermatozoizii pot fi detectați din punct de vedere morfologic în vagin timp de 3-5 zile de la copulare, iar materialul genetic mai poate fi identificat până la 7 zile. Firele de păr provenite de la agresor depistate în regiunea organelor genitale ale victimei nu confirmă existența unui raport sexual, ci doar a unui contact dintre organele genitale. Depistarea, însă, a firelor de păr de la agresor în cavitatea vaginului victimei ar pleda în favoarea unei penetrări vaginale. La fel, penetrarea vaginală poate fi confirmată de depistarea fibrelor textile provenite din lenjeria sau hainele agresorului în conținutul vaginal al victimei. Infecțiile cu transmitere sexuală capătă valoare de probă a raportului sexual atunci când victima până la momentul coitusului nu suferea de aceste maladii, iar prin examenul agresorului s-a stabilit că acesta era deja infectat la momentul coitusului.

În cazul raporturilor sexuale perverse pot fi, le fel, depistate semne precoce și tardive ale penetrării orale sau anale.

Penetrarea anală poate fi dezvoltată de rupturi ale mucoasei și rafeului anale, urme de spermă, fire de păr de la agresor și infecții cu transmitere sexuală. Leziunile anusului apar mai ales la persoanele ce nu au practicat asemenea tipuri de contacte sexuale, a raporturilor sexuale violente și în cazul copiilor. Vindecarea acestor leziuni și, prin urmare, dispariția lor, respectă termenii generali de vindecare a leziunilor în funcție de severitatea acestora. Prezența cicatricilor poate consemna o penetrare anală în termeni tardivi. Urmele de spermă de la agresor pot fi depistate în conținutul rectal doar dacă raportul sexual a avut loc fără utilizarea prezervativului și cu ejaculare în rect. De menționat că aceste urme pot fi detectate doar până la prima defecare.

Penetrarea bucală poate fi confirmată prin leziuni ale mucoasei cavității bucale, urme de spermă de la agresor, fire de păr de la agresor și infecții cu transmitere sexuală. Leziunile mucoasei bucale se prezintă preponderent prin echimoze ce pot fi depistate la nivelul obrazilor, palatului dur sau moale și dispar în decurs de cca 14 zile. Mai rar pot fi înregistrate alte leziuni, precum excoriații ale mucoasei. Urmele de spermă de la agresor pot fi depistate în conținutul bucal doar dacă raportul sexual a avut loc fără utilizarea prezervativului și cu ejaculare în cavitate. Trebuie reținut că aceste urme pot fi detectate doar primele câteva ore de la coitus, deoarece sunt înlăturate mecanic prin intermediul salivei ce spală cavitatea bucală și sunt distruse chimic prin acțiunea amilazei. De aceea, urmele de spermă pot fi depistate doar în ulucul format între obraji și gingia dinților și sub limbă. Valoarea probatorie a depistării firelor de păr de la agresor și a infecțiilor cu transmitere sexuală în cazurile de penetrare bucală și anală este similară penetrării vaginale.

Semnele raportului sexual pot fi constatate și pe corpul agresorului în regiunea organelor genitale. Astfel, în favoarea unui raport sexual al unui bărbat pot vorbi următoarele semne recente și tardive. Pe glandul penisului, cât și în șanțul balano-prepuțial pot fi depistate urme biologice provenite de la victimă, precum epiteliu vaginal, bucal sau rectal în funcție de tipul penetrării. La fel, în cazurile penetrării anale pot fi detectate urme de mase fecale. În cazul apariției la victimă a leziunilor însoțite de sângerare, pe glandul penisului și în șanțul balano-prepuțial al agresorului pot fi constatate urme de sânge provenit de la victimă. În cazul raporturilor sexuale violente, cât și în cazul abuzării minorilor și copiilor mici pot apărea leziuni ale frâului prepuțial până la denudări ale mucoasei glandului penisului. În calitate de indicator al contactului dintre or-

ganele genitale ale victimei și agresorului, la agresor pot fi depistate fire de păr provenite de la victimă care pot fi detectate atât la nivelul organelor genitale ale agresorului, părului său pubian sau lenjeriei intime. În termeni tardivi poate fi depistată contaminarea veneriană, semn ce are valoare probatorie doar dacă agresorul până la momentul coitusului nu suferea de infecții cu transmitere sexuală, iar prin examenul victimei s-a constatat că aceasta era deja infectată la momentul coitusului.

Dacă abuzul sexual s-a realizat prin penetrare cu utilizarea prezervativului, ultimul capătă valoarea unei probe judiciare importante deoarece poate face conexiunea dintre victimă și agresor. Astfel, în interiorul prezervativului pot fi depistate urme de spermă (cu condiția ejaculării) rezultată de la agresor, iar pe suprafața acestuia pot fi constatate urme de epiteliu provenit de la victimă. Prin intermediul cercetărilor serologice și genetice poate fi apreciată sursa materialului biologic. O importanță judiciară o au și alte obiecte (lenjerie intimă, prosoape, șervețele, tampoane ș. a.) cu urme biologice ce pot fi depistate la locul comiterii abuzului. Prezența urmelor biologice provenite de la agresor și victimă vor face legătura dintre aceste persoane, cât și dintre ele și locul faptei. Mai mult, prezența urmelor de spermă și epiteliu vaginal, bucal sau rectal vor confirma existența unei activități de natură sexuală.

În urma examenului medico-legal al victimei și agresorului pot fi solicitate **investigații medico-legale de laborator biologice** (identificarea sursei biologice) și mai rar – toxicologice (starea de neputință determinată de ebrietatea alcoolică sau narcotică). Probele sunt necesare pentru a ajuta la demonstrarea legăturii fizice dintre persoane și/sau persoane și obiecte ori locuri. Tipul și volumul probelor prelevate sunt decise de către medicul legist în dependență de circumstanțele cazului, obiectivele expertizei medico-legale și cele constatate în timpul examenului medico-legal. Probele prelevate de medicul legist se transmit de către acesta în laborator în baza formularului *Buletinului de trimitere* de modelul aprobat pentru fiecare investigație complementară. Probele prelevate de medicul clinician (de ex., ginecolog) fără prezența medicului legist (în cazurile de abuz sexual cu urgențe medicale, se transmit reprezentantului organului de urmărire penală în condițiile Codului de Procedură Penală. Obiectele de vestimentație și alte obiecte (șervețele igienice, ștergare, cearșafuri, fragmente de unghii ș. a.) cu posibile urme biologice se ridică de către reprezentantul organului de urmărire penală pentru dispunerea expertizei biologice, iar cele umede inițial se usucă. Faptul și scopul prelevării, cât și probele prelevate concret (tipul probei, numărul obiectelor, locul prelevării) se notează în raportul de expertiză medico-legală.

În cazurile de violență sexuală recentă, în vederea probării actului sexual și identificării făptuitorului, este imperativă prelevarea probelor pentru cercetări

biologice, iar în abuzurile comise prin profitarea de starea de neputință a victimei aflate în stare de ebrietate alcoolică sau narcotică este necesară prelevarea probelor de sânge și urină pentru cercetări toxicologice. Probele trebuie recoltate cât mai curând posibil de la momentul abuzului, pentru cercetări biologice ideal ar fi în primele 24 de ore, iar pentru cele toxicologice – 12 ore.

De la victimele agresate sexual și agresori pot fi prelevate următoarele probe pentru cercetări biologice (serologice, citologice, genetice):

CASETA 2 Probele colectate pentru cercetări biologice

- **conținutul vaginal** se prelevează cu un tampon steril DNA-free prin mișcări circulare de pe colul uterin, canalul endocervical (doar la femei adulte și minore stadiul Tanner 4-5) și din fornixul vaginal posterior; de pe tampon se fac imediat 2 frotiuri; conținutul vaginal se prelevează până la a 7-a zi de la contactul sexual, în lipsa toaletei organelor genitale;
- **conținutul anal** se prelevează până la 3 zile sau prima defecare și doar după prelucrarea pielii din jurul anusului cu un tampon steril DNA-free cu scopul prevenirii nimeririi conținutului vaginal prin scurgere; tamponul se introduce în rect la o adâncime de 4-6 cm și prin mișcări circulare se șterge mucoasa; de pe tampon se fac imediat 2 frotiuri;
- **conținutul bucal** se prelevează cu un tampon steril DNA-free de pe mucoasa obrazilor la trecere pe gingia dinților, partea internă a buzelor și sub limbă prin ștergerea acestora; de pe tampon se fac imediat 2 frotiuri; conținutul bucal se prelevează, de regulă, în primele 12 ore, până la toaleta cavității bucale și prima alimentare (în unele situații (de ex., stare de comă) până la 48 ore);
- **conținutul glandului penisului** se prelevează ca frotiuri-amprente prin alipirea lamelor de microscop și comprimarea diferitor regiuni ale glandului, cât și, obligatoriu, prin ștergere meticuloasă a glandului și șanțului balano-prepușial cu un tampon steril, DNA-free puțin umezit în apă distilată sterilă;
- **urmele suspecte de spermă și salivă de pe corp** (locurile de ejaculare și de atingere a gurii bănuțului de corpul victimei) se prelevează prin ștergere cu un tampon steril DNA-free (urme umede), la necesitate (urme uscate) înmuiat în soluție fiziologică sau apă distilată sterilă; urmele de pe *vulvă* se prelevează de pe suprafața internă a labiilor mari, de pe labiile mici și din vestibulul vaginal, iar *perianal* – pe o rază de 3 cm de la anus; întâi se colectează probele perianale, apoi – de pe vulvă și la final – cele vaginale; probele din *regiunea genito-anală* se prelevează până la explorarea digitală sau cu speculul vaginal;

- dacă victima s-a apărat și i-a provocat abuzatorului leziuni cu unghiile degetelor, este necesară prelevarea **conținutului subunghial** împreună cu fragmentele distale ale unghiilor de la degetele ambelor mâini cu ajutorul foarfecelor până la țesuturile moi fără a le traumatiza; în cazul unghiilor tăiate scurt, conținutul subunghial poate fi prelevat cu un tampon steril, DNA-free; unghiile sau tampoanele de la fiecare mână se ambalează separat în plicuri de hârtie curată cu indicarea mâinii, apoi se ambalează într-un singur plic, care se sigilează și se etichetează corespunzător; fragmentele de unghii rupte pot fi ridicare de la fața locului;
- **firele de păr** situate liber pe corp (pubis, cavitatea vaginală, anală) sau haine examinatorul le prelevează cu degetele îmbrăcate în mănuși sau cu ajutorul unei pense cu branșe netede și moi ori se piaptână în timpul examenului genito-anal pe o coală de hârtie A4 și se ambalează separat.

Pe lângă probele biologice din cavitățile și de pe corpul victimei și agresorului, în cazurile de abuz sexual devine necesară prelevarea probelor de referință (sânge, salivă, epiteliu bucal, fire de păr) care este dispusă și organizată de organul de urmărire penală în condițiile stipulate de Codul de Procedură Penală:

CASETA 3 Probele biologice de referință

- **sângele** se prelevează, în condiții sterile, din deget sau din venă într-o eprubetă, flacon sau seringă sterilă în cantitate de nu mai puțin de 2 ml, fără adaos de conservanți; dacă sângele nu poate fi transmis în stare lichidă, acesta se prelevează pe un fragment de tifon (5x5 cm) împăturit în 4-5 straturi și se usucă;
- **epiteliul bucal** se recoltează după periaj cu un bastonaș cu tampon steril DNA-free care se șterge de mucoasa obrazului prin mișcări antero-posterioare și rotative ale bastonașului; epiteliul bucal se recoltează de pe fiecare obraz cu câte un bastonaș separat care se ambalează aparte după uscare; în cazul sugarilor epiteliul bucal se prelevează după cel puțin o oră de la alăptare;
- pentru stabilirea categoriei de secreție se prelevează o **mostră de salivă** după clătirea cavității bucale pe un tampon din tifon steril DNA-free (5,0x5,0 cm) împăturit în câteva straturi prin plasarea acestuia în cavitatea bucală sub limbă până la îmbibare cu salivă;
- **mostrele de păr** din regiunea capului și/sau pubiană se recoltează prin secționarea cu foarfecele ascuțit a 15-20 fire cât mai aproape de piele; probele de păr se ambalează separat de alte probe într-un plic de hârtie și se marchează prin indicarea conținutului și regiunii.

Urmele de spermă și de salivă pe corpul sau hainele persoanei pot fi puse în evidență mai ușor în razele ultraviolete. În cazul prelevării probelor cu ajutorul unui tampon, acesta trebuie rotit în jurul axei sale longitudinale pentru a-i mări suprafața de contact cu urma biologică și a colecta cât mai mult material. În cursul prelevării, asupra tamponului trebuie exercitată o presiune minimă, suficientă doar pentru a preleva urma biologică și a evita exfolierea celulelor epiteliale provenite de la persoană. În procesul prelevării probelor biologice de la victimă trebuie să fie prevenită contaminarea acestora cu materialul biologic provenit de la personalul medical și bănuț.

Frotiurile și tamponurile cu material biologic prelevat se usucă la temperatura camerei, într-o încăpăre curată, ventilată, ferite de razele solare directe și la distanță de sursele de încălzire artificială, apoi se ambalează separat în containere de hârtie (plicuri, pachete ș. a.) fără mediu de transportare. În mod obligatoriu se transmite materialul-control cu care s-a prelevat proba biologică (tampon de bumbac sau tifon), inclusiv fiolele cu resturi de apă distilată sau soluție fiziologică utilizate care se ambalează într-un plic separat.

Lamele de microscop cu material biologic uscate se aranjează cu suprafețele frotiurilor față în față, între ele se plasează tamponul în prealabil uscat și se ambalează într-un container de hârtie.

Probele de sânge și urină pentru cercetările toxicologice se prelevează de către medic în condiții spitalicești în conformitate cu prevederile Ordinului MSMPS nr. 30/2019 cu privire la recoltarea și analiza probelor biologice pentru stabilirea alcoolemiei, consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, de medicamente cu efecte similare acestora.

Ambalarea probelor este obligatorie și urmărește asigurarea siguranței probei și prevenirea contaminării acesteia, din care cauză fiecare probă trebuie să fie ambalată separat. Probele uscate se ambalează în containere de hârtie sau alt material poros ce previne condensarea și, consecutiv, alterarea probei biologice de către bacterii. Sigilarea probelor este obligatorie și trebuie să aibă loc într-un mod în care deschiderea să ducă la deteriorarea evidentă a ambalajului sau sigiliului, astfel încât să fie prevenită orice intervenție neautorizată. Etichetarea se face pentru fiecare probă ambalată (container) și trebuie să conțină următoarele date: numărul cazului; conținutul containerului; numele, prenumele persoanei examinate; numele, prenumele specialistului ce a prelevat; data și ora prelevării; numărul containerului din numărul total de containere (de ex., 1/3, 2/4). Dacă dintr-o anumită regiune au fost prelevate 2 sau mai multe probe, este necesar a se preciza pe ambalaj ordinea prelevării lor. Probele biologice se expediază în laborator în regim prioritar (cito!) cu respectarea principiului *lanțului de custodie a probei* (gestionarea controlată).

Pentru a asigura posibilitatea de prelevare maximă a probelor, evitarea distrugerii lor și demonstrarea unui abuz sexual, este principal ca anumite acțiuni și proceduri să fie urmate, iar altele să fie evitate.

CASETA 4 Acțiunile victimelor violenței sexuale pentru conservarea probelor

Acțiuni de urmat

- victima și agresorul să fie supuși expertizei medico-legale cât mai curând posibil
- victima să fie deschisă pentru comunicarea tuturor detaliilor abuzului
- victima să accepte examenul medical și medico-legal
- victima să prezinte toate obiectele (inclusiv de vestimentație) cu posibile urme de natură biologică

Acțiuni de evitat

- toaleta intimă sau dușul
- spălarea mâinilor și spațiilor subunghiale
- defecarea, toaleta bucală (în caz de penetrare anală sau bucală), urinarea
- dezbrăcarea și spălarea hainelor sau altor obiectelor cu urme biologice
- schimbarea ambianței locului comiterii abuzului sexual
- evacuarea conținutului coșului de gunoi sau nimicirea prezervativelor utilizate.

După finalizarea procedurilor medico-legale privind victimă, medicul legist trebuie să asigure obligatoriu raportarea cazului la organele poliției în expertizele extrajudiciare și referirea victimei către alți specialiști.

Raportarea cazului la organele poliției

În cazul efectuării expertizei extrajudiciare privind victimele violenței sexuale, medicul legist trebuie să informeze organele poliției de circumscripție, iar în caz de pretinsă tortură – procuratura. Raportarea se face prin intermediul Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112.

Referirea victimei către alți specialiști

De cele mai multe ori, în cazul leziunilor țesuturilor moi (tegumente, mucoase), examenul propriu-zis al corpului persoanei este suficient pentru a atinge obiectivele expertizei. Totuși, dacă sunt suspectate leziuni profunde ale țesuturilor moi, oaselor, articulațiilor sau organelor interne sunt necesare anumite investigații complementare pentru confirmarea sau excluderea acestora care vor permite constatarea volumului și caracterului deplin al tuturor leziunilor

(externe și interne). Necesitatea efectuării investigațiilor complementare trebuie să rezulte din modificările constatate în procesul examinării medico-legale. Spre exemplu, dacă este suspectată o traumă cranio-cerebrală, este necesară consultația neurochirurgului. În caz de suspiciune privind existența leziunilor osteo-articulare, victima trebuie referită pentru consultația traumatologului, precum și pentru efectuarea investigațiilor radiologice și imagistice. Dacă există suspiciuni privind existența leziunilor organelor interne, victima trebuie referită la diferiți medici clinicieni care vor decide de sine stătător tipul și volumul investigațiilor clinice și paraclinice necesare pentru a confirma sau infirma existența traumei sau procesului patologic. Victimele violenței sexuale mai au nevoie de monitorizare ulterioară prin vizite de follow-up ce cuprind starea de sănătate mentală, profilaxia ITS, HIV, a hepatitelor virale, profilaxia sarcinii nedorite.

Pe lângă asistență medicală și medico-legală, victima mai are nevoie și de asistență psihologică, socială, juridică. După finalizarea examenului medico-legal victima trebuie referită la specialiștii care îi pot acorda un asemenea tip de asistență ori la centrele specializate de asistență a victimelor violenței sexuale.

În cazurile când victimele violenței sexuale se adresează la instituțiile medico-sanitare și necesită o intervenție de urgență ce nu suferă amânare, sarcinile medico-legale revin personalului medical. Asistența medicală după viol și alte abuzuri sexuale cuprinde următoarele etape:

1. Evaluarea inițială, inclusiv obținerea acordului informat
2. Obținerea anamnezei, inclusiv a celei speciale
3. Examinarea fizică și genitală
4. Documentarea constatărilor și traumelor
5. Colectarea probelor medicale și medico-legale
6. Prescrierea tratamentului
7. Consilierea victimei
8. Referirea victimei către alte servicii specializate (alți medici, asistență socială, asistență psihologică, ONG)
9. Raportarea cazului către organele de drept
10. Monitorizarea ulterioară.

Prin urmare, personalul medical va avea de realizat atât sarcinile clinice, cât și cele medico-legale.

Infracțiunile privind viața sexuală și rolul expertizei medico-legale

Infracțiunile privind viața sexuală sunt fapte ce cauzează prejudicii libertății și inviolabilității sexuale a unei persoane și sunt incriminate de Codul Penal al Republicii Moldova. Prin libertate sexuală în dreptul penal se subînțelege libertatea persoanei împotriva agresiunilor și abuzurilor sexuale cu caracter infracțional, condiționată de autodeterminarea persoanei în planul deciderii de sine stătătoare cu cine și în ce formă să-și satisfacă necesitatea sexuală. Prin comparație, inviolabilitatea sexuală este percepută drept lipsa sau irelevanța unei asemenea dorințe. Infracțiunile din domeniul sferei sexuale au o semnificație profund antisocială și generează consecințe atât de natură socială, cât și mai ales individuale. Acestea cuprind infracțiuni contra inviolabilității și libertății sexuale a persoanei (art.171, 172, 173) și infracțiuni contra inviolabilității sexuale a minorilor (art.174, 175, 175¹).

Violul (art.171 din CP) reprezintă un raport sexual săvârșit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra ori de a-și exprima voința. Potrivit Codului Penal, victimă a violului poate fi nu numai o femeie, ci și un bărbat. Victimă a violului poate fi atât o persoană adultă, cât și un minor, atât necăsătorită, cât și căsătorită ori divorțată (viol conjugal), atât fără viață sexuală până la abuz, cât și cu experiență sexuală, inclusiv persoanele ce oferă servicii sexuale contra plată. Este important ca în toate aceste situații victima să fie de un alt sex decât agresorul. Comun pentru constrângerea fizică și cea psihică este faptul că rezistența victimei față de raportul sexual este înfrântă prin cauzarea unui rău a cărui amplificare poate fi evitată doar prin acceptarea de către victimă a raportului sexual. Nu contează dacă rezistența victimei a fost ușor înfrântă sau nu. Dacă constrângerea a fost realizată de o persoană, iar violul – de către o alta, din punctul de vedere al dreptului penal, violul s-a realizat prin coautorat. Prin profitarea de starea victimei, legea penală subînțelege că agresorul a conștientizat situația dificilă în care se afla victima și a folosit această ocazie pentru a întreține un raport sexual cu aceasta. Infracțiunea de viol se consideră consumată din momentul inițierii raportului sexual complet sau incomplet. Pentru fapta de viol, Codul Penal prevede o pedeapsă prin privarea făptuitorului de libertate pe un termen de la 3 la 5 ani.

Legea penală prevede în infracțiunea de viol o serie de circumstanțe care agravează răspunderea juridică la care poate fi tras agresorul. Astfel, violul săvârșit de către o persoană care anterior a săvârșit un viol, săvârșit cu bună-știin-

ță asupra unui minor (14-18 ani), săvârșit cu bună știință asupra unei femei gravide, săvârșit asupra unui membru de familie, săvârșit de două sau mai multe persoane, însoțit de contaminarea intenționată cu o boală venerică, săvârșit cu deosebită cruzime, precum și din motive sadice este pedepsit deja cu închisoare de la 5 la 12 ani. Situația făptuitorului se agravează dacă violul a fost săvârșit asupra unei persoane despre care se știa cu certitudine că nu a atins vârsta de 14 ani, asupra persoanei care se află în îngrijirea, ocrotirea, protecția, educarea sau în tratamentul făptuitorului, a cauzat contaminarea intenționată cu maladia SIDA, a cauzat din imprudență o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății, a provocat din imprudență decesul victimei sau s-a soldat cu alte urmări grave. În aceste circumstanțe pedeapsa este mai severă și prevede privarea de libertate de la 10 la 20 de ani sau chiar detențiune pe viață.

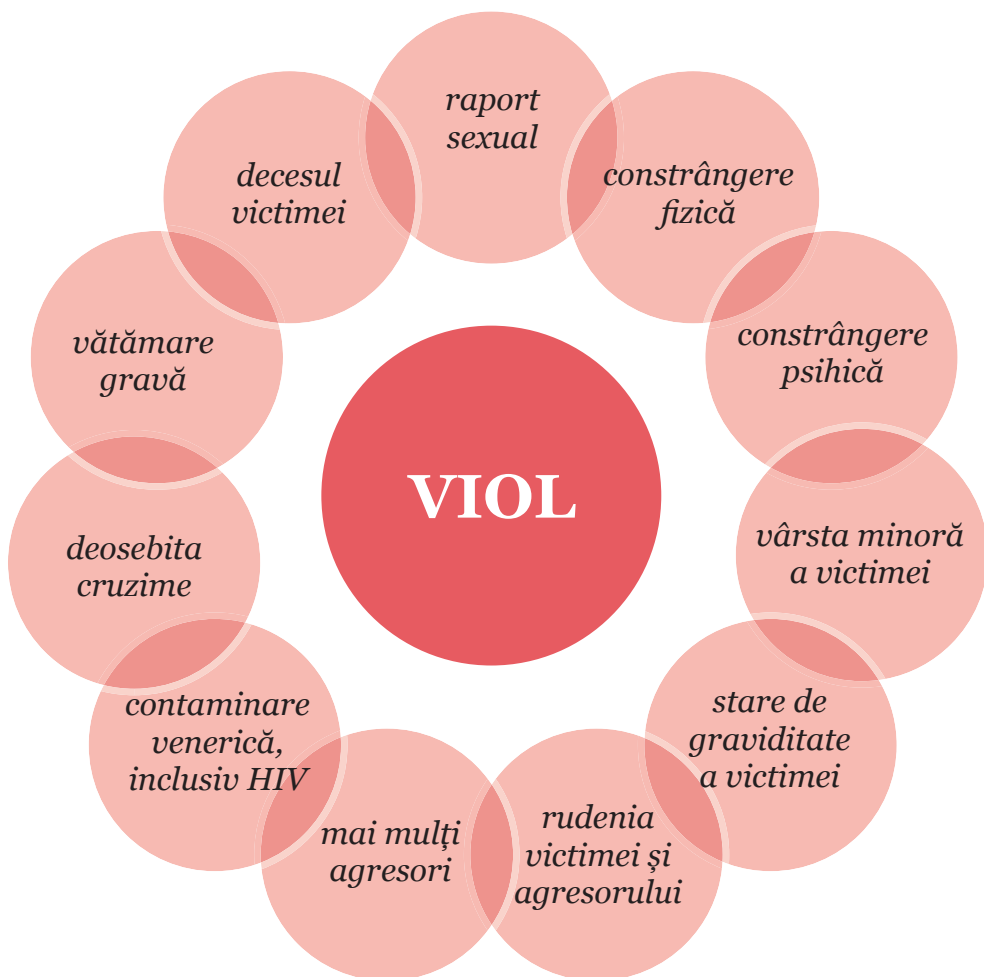


FIGURA 16. Elementele normative ale violului și agravantele ce pot fi demonstrate prin răspunsul sistemului sănătății

În probarea infracțiunii de viol expertiza medico-legală, în particular, și sistemul sănătății, în general, au un rol crucial întrucât cunoștințele medicale și medico-legale permit demonstrarea practic a tuturor elementelor normative ce constituie violul și agravantele sale (Figura 16). Astfel, fără un răspuns adecvat venit din partea sistemului sănătății devine dificil sau chiar imposibil de a demonstra infracțiunea de viol.

Acțiunile violente cu caracter sexual (art.172 din CP) cuprind homosexualitatea sau satisfacerea poftelor sexuale în forme perverse, săvârșite prin constrângere fizică sau psihică a persoanei ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-și exprima voința. În acțiunile violente cu caracter sexual, instinctul sexual este satisfăcut fie prin activități homosexuale ce presupun că făptuitorul și victima sunt de același sex, fie prin penetrare orală sau anală, considerate de legea penală drept perversiuni. Din punctul de vedere al dreptului penal, această infracțiune cunoaște mai multe modalități de manifestare și constă din acte și contacte genito-anale, digito-anale, oralo-genitale, oralo-anale, faloimitatoare ș. a. Elementul definitoriu al acestei infracțiuni o constituie, ca și în cazul violului, lipsa consimțământului sau consimțământul viciat al victimei care se manifestă prin constrângerea fizică sau psihică a persoanei ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-și exprima voința. Aceste noțiuni au aceeași semnificație cu noțiunile similare ce definesc infracțiunea de viol. Acțiunile violente cu caracter sexual se consideră consumate din momentul inițierii acestora. Agravantele acțiunilor violente cu caracter sexual, cât și răspunderea juridică sunt similare celor de la infracțiunea de viol. Similitudinea acțiunilor violente cu caracter sexual cu violul determină o aceeași valoare probantă pe care o are expertiza medico-legală și răspunsul sistemul sănătății.

Hărțuirea sexuală (art.173 din CP) este o altă infracțiune privind sfera sexuală și se manifestă printr-un comportament fizic, verbal sau nonverbal, care lezează demnitatea persoanei ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare, discriminatorie sau insultătoare cu scopul de a determina o persoană la raporturi sexuale ori la alte acțiuni cu caracter sexual nedorite, săvârșite prin amenințare, constrângere, șantaj. Ținând cont de specificul acestei infracțiuni, prin intermediul expertizei medico-legale și răspunsului sistemului sănătății poate fi demonstrat doar comportamentul fizic cu condiția că acesta a avut consecințe fizice, precum sunt leziunile corporale. Hărțuirea sexuală se pedepsește cu amendă în mărime de la 650 la 850 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 140 la 240 de ore, sau cu închisoare de până la 3 ani.

Raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani

(art.174 din CP) cuprinde raportul sexual altul decât violul, actele de penetrare vaginală, anală sau bucală și altele, comise asupra unei persoane despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani. Dezvoltarea sexuală normală a minorilor este strâns legată de inviolabilitatea lor sexuală ambele fiind protejate de legea penală prin tragerea făptuitorului la răspundere cu privarea de libertate de la 3 la 7 ani. Pentru apariția răspunderii penale este obligatoriu ca făptuitorul să nu presupună, ci să știe cu certitudine că, la momentul comiterii infracțiunii, victima nu a atins vârsta de 16 ani. Persoana care a săvârșit raportul sexual cu un minor sub 16 ani nu este pasibilă de răspundere penală dacă este la nivel apropiat cu victima în ceea ce privește vârsta și dezvoltarea fizică și psihică. Răspunderea pentru raportul sexual cu un minor survine chiar dacă există consimțământul acestuia, deoarece din cauza particularităților de vârstă consimțământul se consideră viciat. Pentru această infracțiune, Codul Penal prevede o pedeapsă ce constă în detențiune de la 3 la 7 ani. În ce privește infracțiunea data, expertiza medico-legală are o valoare probantă înaltă deoarece permite demonstrarea raportului sexual, actelor de penetrare vaginală, anală sau bucală și vârsta minorului (în cazul când identitatea acestuia nu este cunoscută).

Acțiunile perverse (art.175 din CP) vizează inviolabilitatea sexuală a minorilor și cuprinde acțiunile săvârșite față de o persoană despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani, constând în exhibare, atingeri indecente, discuții cu caracter obscen sau cinic purtate cu victima referitor la raporturile sexuale, determinarea victimei să participe ori să asiste la spectacole pornografice, punerea la dispoziția victimei a materialelor cu caracter pornografic, precum și în alte acțiuni cu caracter sexual. Victima acțiunilor perverse poate fi un minor sau o minoră, iar în calitate de abuzator poate fi o persoană atât de sex masculin, cât și feminin. Acțiunile perverse pot fi comise asupra victimei sau în prezența acesteia. Cu referire la această infracțiune, prin intermediul expertizei medico-legale se poate demonstra vârsta minorului (atunci când identitatea acestuia nu este cunoscută), atingerile indecente și determinarea victimei dacă aceste acțiuni s-au soldat cu anumite consecințe fizice, cum ar fi contaminarea venerică în cazul contactului dintre organele genitale, sau leziunile corporale, consecință a determinării victimei. Pentru comiterea acțiunilor perverse, Codul Penal prevede o pedeapsă cu închisoare de la 3 la 7 ani.

Ademenirea minorului în scopuri sexuale (art.175¹ din CP) cuprinde propunerea, convingerea, manipularea, amenințarea, promisiunea de a oferi avantaje sub orice formă, efectuate inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale sau comunicațiilor electronice, în vederea stabilirii unei întâlniri cu un minor, cu scopul săvârșirii împotriva acestuia a oricărei infracțiuni privind viața sexuală, dacă aceste acțiuni au fost urmate de fapte materiale care conduc la o astfel de întâlnire. Infracțiunea respectivă este sancționată prin închisoare de la 2 la 6 ani. Infracțiunea de ademenire a minorului în scopuri sexuale are agravante sub forma acțiunilor realizate: împotriva unui minor aflat într-o situație de neputință, care se datorează unei boli sau dizabilități; de către un membru al familiei minorului, de către o persoană care locuia cu minorul sau de către persoana în a cărei îngrijire, sub a cărei protecție sau la a cărei educare ori tratament se află minorul și de către o persoană care anterior a fost condamnată pentru o infracțiune cu caracter sexual sau pentru alte fapte care au relevanță pentru cauză. Dat fiind că toate acțiunile ce constituie manifestarea ademenirii minorului în scopuri sexuale nu au consecințe de natură fizică, atât expertiza medico-legală, cât și sistemul sănătății nu-și pot aduce contribuția la probarea acestei infracțiuni. Cu toate acestea, prin intermediul expertizei medico-legale pot fi soluționate o serie de circumstanțe considerate drept agravante ale acestei infracțiuni, precum aflarea minorului într-o stare de neputință datorată unei boli sau dizabilități și relația de rudenie cu abuzatorul.

Violența sexuală în conflictele armate

De când omenirea cunoaște războaie, violența sexuală este o parte din acestea. Violența sexuală a fost folosită și continuă să fie folosită ca armă în majoritatea conflictelor armate din întreaga lume. În perioada conflictului cele mai vulnerabile în fața violenței sexuale sunt femeile și fetele. Spre exemplu, în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, soldații ruși, germani și japonezi au abuzat sistematic femeile, în anii '70 soldații pakistanezi au abuzat sexual femei din Bangladesh, iar soldații turci au abuzat femei în Cipru în timpul ocupației. În anii '60 și '70, soldații americani au abuzat femeile vietnameze, iar în anii '90 violul a fost folosit în conflictele din (fosta) Iugoslavia, Sierra Leone, Rwanda și Cecenia. La fel, fetele și femeile sunt ținute în calitate de sclave sexuale și/sau „soții” ale combatanților. Convenția de la Istanbul (2011) recunoaște că încălcarea curentă a drepturilor omului în timpul conflictelor armate, care afectează populația civilă, în special femeile, sub forma violului și a violenței sexuale este larg răspândită. Cu toate acestea, bărbații și băieții sunt, de asemenea, supuși violenței sexuale, mai ales atunci când se află în detenție sau sunt

recrutați forțat în grupuri armate. Anumite persoane, precum femeile singure, homosexualii, femeile casnice, sunt mai vulnerabile în fața violenței sexuale în conflictele armate. Victimele, în special cele de sex masculin, de multe ori nu raportează crimele comise împotriva lor din frica de a nu fi stigmatizate.

În calitate de autori ai violenței sexuale în conflictele armate apar membrii forțelor armate și de securitate oficiale, ai grupurilor armate nestatale și paramilitare, personalul umanitar și de menținere a păcii, civilii, inclusiv refugiații.

Violența sexuală este aplicată ca o armă strategică în război, iar corpul femeii devine un „câmp de luptă”. În spatele violenței sexuale stă o tactică periculoasă care urmărește să pedepsească, să înfricoșeze, să stigmatizeze și să facă presiuni psihice asupra adversarului. Scopul violenței sexuale în conflictele armate este de a umili adversarul (în cea mai mare parte bărbați) care eșuează în calitatea sa tradițională de protector, mai ales atunci când abuzul sexual se comite în public ori în prezența rudelor și apropiaților. Însă și femeile, care sunt adeseori asociate cu națiunea, sunt supuse umilirii, torturării și degradării. În acest sens, opinia exprimată de Ruth Seifert (1992) cu privire la viol este reprezentativă: „Violul nu este o expresie agresivă a sexualității, ci o expresie sexuală a agresivității. În psihicul făptuitorului, acesta nu îndeplinește funcțiile sexuale, ci este o manifestare a furiei, violenței și dominației unei femei. Scopul este de a o degrada, umili și subjuga”⁴⁸. Totodată, această formă de violență devine o strategie eficientă de curățare etnică, ca parte componentă a cuceririi teritoriilor și popoarelor.

Violența sexuală în conflictele armate are un impact devastator asupra femeilor și copiilor lor, precum și efecte negative asupra întregii familii, comunități sau etniei din care fac parte femeile abuzate. În general, violența sexuală în conflictele armate are urmări similare violului comis în alte condiții (în afara conflictelor armate). Violența sexuală se soldează cu sarcini nedorite și nașterea copiilor de la adversari. Femeile pot comite acte de avort în condiții ce pun în pericol viața acestora sau acte de pruncucidere după naștere. Victimele abuzurilor sexuale pot fi contaminate cu HIV. Drept rezultat, victimele violurilor sunt adeseori stigmatizate și alungate din comunitățile în care trăiesc sau chiar ucise (din motive de onoare) fiind considerate dezonorate și responsabile pentru abuz. Aceeași soartă o au și copiii victimelor văzuți în calitate de „copii ai inamicului”. Totodată, frica față de abuzurile sexuale sporește numărul refugiaților, în special în rândul femeilor și fetelor, care încearcă să părăsească teritoriile în proces de ocupare sau ocupate deja.

Violența sexuală generează consecințe sociale cu un impact înalt și după conflictul armat și anume: subminarea stabilității sociale prin distrugerea familiilor și comunităților; frica de violență sexuală limitează mobilitatea femeilor, deter-

⁴⁸ Seifert R. War and Rape. Analytical Approaches (1992)

minându-le să se retragă din diferite activități în favoarea celor casnice; autorii violenței sexuale rămân deseori nepedepsiți fapt ce subminează încrederea în capacitatea statului de a-și proteja cetățenii.

Violența sexuală în conflictele armate este considerată o ***crimă de război***, un ***act de terorism*** și ***trafic de ființe umane***.

Pentru protecția drepturilor femeilor și fetelor în conflictele armate, Consiliul de Securitate al Organizației Națiunilor Unite a emis în anul 2008 Rezoluția nr. 1820 privind femeile, pacea și securitatea prin care a recunoscut violența sexuală în conflictele armate drept un instrument de război și a declarat că violul și alte forme de violență sexuală pot constitui crime de război, crime împotriva umanității sau un act de genocid. Rezoluția nr. 1820 face apel la părțile în conflicte armate să protejeze civilii de violența sexuală, să aplice disciplina militară, să instruiască trupele, să mențină responsabilitatea comandamentului și să-i tragă la răspundere pe făptuitori. Un alt instrument internațional important pentru combaterea violenței sexuale în conflictele armate este Rezoluția Consiliului de Securitate al Organizației Națiunilor Unite nr. 1888 din 2009 privind violența sexuală împotriva civililor în conflictele armate care solicită ca urmărirea penală a făptuitorilor responsabili de abuzurile sexuale să devină o prioritate pentru prevenirea impunității și repunerea femeilor supuse abuzurilor sexuale în drepturile lor. Luate împreună, rezoluțiile nr. 1820 și nr. 1888 trebuie să asigure că personalul de menținere a păcii este instruit și echipat adecvat pentru prevenirea violenței sexuale în conflictele armate. În acest sens, Convenția de la Istanbul (2011) stabilește că prevederile sale sunt valabile atât pe timp de pace, cât și în situații de conflicte armate.

Mutilarea genitală a femeilor

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (2020), mutilarea genitală feminină cuprinde *toate procedurile care implică îndepărtarea parțială sau totală a organelor genitale feminine externe sau alte leziuni ale organelor genitale feminine din motive nemedicale*⁴⁹. Mutilarea genitală feminină este recunoscută la nivel internațional ca o încălcare a drepturilor omului în cazul fetelor și femeilor fiind o formă extremă de discriminare a acestora. Întrucât procedura vizează cel mai frecvent minorele, aceasta este o încălcare a drepturilor copiilor. Prin intermediul mutilării sunt lezate drepturile unei persoane la sănătate, securitate și integritate fizică, dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentului crud, inuman sau degradant și dreptul la viață atunci când procedura se soldează cu deces.

⁴⁹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

UNICEF (2016) constată că, deși numărul exact de femei care au fost supuse mutilării genitale nu este cunoscut, instituția estimează totuși că cel puțin 200 milioane de femei și fete din întreaga lume au fost supuse acestei practici, mai bine de jumătate de cazuri revenind doar populației din 3 țări, precum Indonezia, Egipt și Etiopia. Din numărul total al femeilor estimate a fi supuse acestor practici dăunătoare, 44 de milioane au fost fete cu vârsta sub 15 ani⁵⁰. Aceeași sursă relevă că în majoritatea țărilor, cele mai multe fete au fost supuse mutilării înainte de vârsta de 5 ani, iar în Yemen, 85% dintre fete au experimentat această practică chiar în prima săptămână de viață. Anual, cca 3 milioane de fete sunt în situație de risc privind mutilarea genitală.

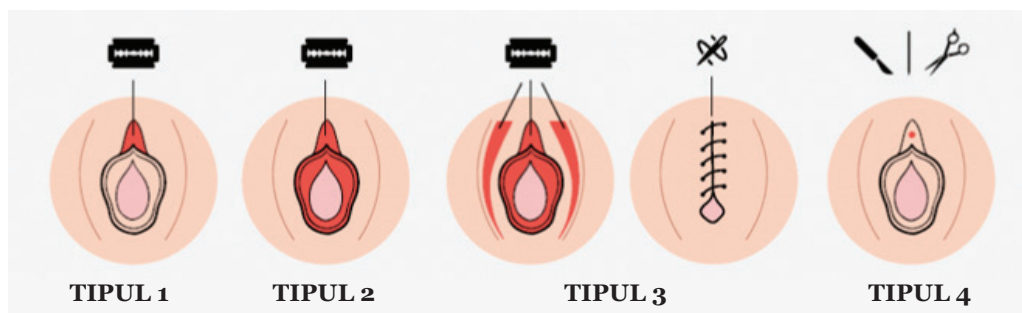
Un studiu al prevalenței la nivel global, realizat de OMS (2016) a arătat că practica mutilării genitale feminine este mai mult răspândită în Africa de Nord (subsahariană) și în unele zone din Orientul Mijlociu, în special, în Irak și Yemen. La fel, această practică este raportată și în India, Indonezia, Israel, Malaysia, Thailanda și Emiratele Arabe Unite. Odată cu migrarea populației, fenomenul a început a fi înregistrat în rândul migrantilor și solicitanților de azil din țările Europei, Americii de Nord (SUA și Canada) devenind o problemă de sănătate publică. Studiile privind răspândirea mutilării genitale feminine au arătat o prevalență înaltă în țări, precum Sudan (82,83%), Egipt (95,10%), Guineea (98,34%). UNICEF (2016) atenționează că în ultimele 3 decenii a existat o diminuare generală a prevalenței mutilării genitale feminine, însă nu toate țările au înregistrat un progres.

Există 4 tipuri principale de mutilare genitală feminină.

CASETA 5 Tipurile de mutilare genitală feminină

TIPUL 1	excizia parțială sau totală a clitorisului
TIPUL 2	excizia parțială sau totală a clitorisului și labiilor mici cu/fără excizia labiilor mari
TIPUL 3	„sigilare” (infibulare) prin înlăturarea labiilor mici sau mari și suturarea între ele a labiilor mari (orificiu doar pentru urinare, raporturi sexuale) – redeschidere pentru naștere, apoi reînchidere
TIPUL 4	alte manopere dăunătoare privind organele genitale externe fără scopuri medicale (înțepare, străpungere, incizie, răzuirea și cauterizarea zonei genitale)

⁵⁰ https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf



Mutilarea genitală feminină este realizată, de obicei, în condiții nesigure de igienă și cu utilizarea unor instrumente habituale, precum lame, cuțite și chiar cioburi de sticlă.

În majoritatea țărilor procedura este efectuată de practicieni tradiționali, de multe ori din rândul rudelor apropiate de sex feminin, cum sunt bunicile, mătușile ș. a. Cu toate acestea, UNICEF (2016) a constatat că mai mult de jumătate dintre fetele din Indonezia au fost supuse procedurii de către un profesionist medical instruit, ceea ce presupune implicarea personalului medical în violarea gravă a drepturilor omului și în realizarea unor practici dăunătoare contrar normelor eticii medicale.

În cazul mutilării genitale feminine **NU EXISTĂ BENEFICII, DOAR DAUNE!**

Mutilarea genitală feminină dăunează fetelor și femeilor, iar consecințele sunt severe și implică aspecte medicale, fiziologice și psihologice imediate, de scurtă sau de lungă durată. Consecințele mutilării raportate cel mai frecvent sunt:

CASETA 6 Consecințele mutilării genitale feminine

Consecințe imediate	Consecințe tardive
<ul style="list-style-type: none"> • dureri intense • hemoragie • infecții urinare și genitale • șoc • deces 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>complicații urinare</i> (infecții, dureri), <i>vaginale</i> (infecții), <i>menstruale</i> (menstruații dureroase, dificultăți de eliminare a sângelui), <i>sexuale</i> (raporturi sexuale dureroase, satisfacție redusă) • complicații ale sarcinii și nașterii • consecințe psihologice, sociale

Mutilarea genitală feminină este nu doar o chestiune privind drepturile omului, ci și o problemă de sănătate publică. Astfel, OMS (2020) estimează că tratamentul complicațiilor de sănătate ale mutilării genitale feminine în 27 de țări cu prevalență ridicată costă 1,4 miliarde dolari SUA anual.

Se consideră că mutilarea genitală feminină este o problemă complexă ce are la bază mai multe cauze:

- **motive psiho-sociale** – controlul sexualității femeii
- **motive sociale și culturale** – trecere de la vârsta fetei la cea a femeii
- **mituri despre organele genitale feminine** – clitorisul netăiat ar putea crește până la dimensiunile penisului, mutilarea sporește fertilitatea femeii sau șansele de supraviețuire a copilului
- **motive igienice și estetice** – în unele comunități organele genitale feminine sunt considerate urâte și murdare
- **motive socio-economice** – în unele țări mutilarea este o precondiție pentru căsătorie (femeia fiind dependentă de bărbat acceptă mutilarea din raționamente economice) sau pentru obținerea moștenirii.

Dat fiind că mutilarea genitală feminină este considerată o încălcare a drepturilor omului, în majoritatea țărilor lumii persoanele care o practică sunt trase la răspundere juridică mutilarea fiind inclusă în lista infracțiunilor sancționate de Codul Penal. În acest sens, Convenția de la Istanbul (2011) cere incriminarea obligatorie a practicii de mutilare genitală feminină. În țările în care această practică este răspândită viziunea privind răspunderea este diferită, până la lipsa acesteia. Astfel, în unele țări (Etiopia, Madagascar, Sierra Leone, Sudan) legislația de sancționare lipsește, în timp ce în altele (de exemplu, în Guineea) sancțiunea este blândă și constă în anumite ore de muncă neremunerată. În același timp, legislația din Egipt admite executarea mutilării genitale doar în spitale răspunderea survenind doar în cazul încălcării acestei reguli. Este evident că lipsa răspunderii contribuie la perpetuarea practicii de mutilare genitală feminină. La nivel internațional poziția privind mutilarea genitală feminină este univocă, iar răspunsul vine din partea mai multor organizații, cum sunt OMS, UNICEF, UNFPA, ONU, sub forma diferitor declarații, rezoluții, programe, strategii și politici menite să combată această practică dăunătoare prin consolidarea răspunsului sistemului sănătății, instruirea privind cauzele, formele și consecințele, dezvoltarea publicațiilor și instrumentelor de advocacy de nivel internațional, regional și local.

Circumcizia este privită de unele surse drept o manifestare a mutilării genitale masculine. Această practică este răspândită în calitate de tradiție religioasă în Iudaism și Islam, însă se înregistrează și în unele comunități creștine din SUA și Australia. În calitate de motive pentru circumcizie servesc considerentele igienice și reducerea infecțiilor. Cu toate că circumcizia nu are consecințe severe precum mutilarea genitală feminină aceasta este oricum o intervenție chirurgicală fără indicații care se poate solda cu diferite complicații, inclusiv letale.



TEMA 5

Prevenirea și combaterea violenței
în familie și în bază de gen



Procesul de prevenire are un rol-cheie în diminuarea/combateră oricărui fenomen social negativ, precum și în reducerea costurilor post-factum ale consecințelor acestuia. Prevenirea trebuie să aibă un caracter complex, să conțină intervenții atât la nivelul factorilor de risc individuali, cât și acțiuni la nivel comunitar și social. Procesul de prevenire trebuie să fie orientat spre combaterea cauzelor fundamentale ale fenomenului violenței în familie și în bază de gen. În conformitate cu literatura de specialitate, violența față de femei și violența în familie sunt profund înrădăcinate în inegalitatea dintre femei și bărbați. Înțelegerea acestui fenomen trebuie să pornească de la faptul că violența este un flagel care afectează nu doar femeile, ci și întreaga societate prin faptul că determină subordonarea lor în toate sferile. Componentele esențiale ale procesului de prevenire a cazurilor de violență față de femei și a violenței în familie includ o multitudine de măsuri orientate spre combaterea stereotipurilor, atitudinilor patriarhale, prejudecăților referitoare la rolurile femeilor și bărbaților, consolidarea capacităților specialiștilor din domeniu, precum și activități de sensibilizare și promovare a mesajului de toleranță zero față de acest fenomen pentru publicul larg, dar și pentru anumite categorii sociale în parte.

Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și violenței în familie pe anii 2018-2023 scoate în evidență următoarele lacune sectoriale și sistemice de abordare a fenomenului care compromit eforturile de prevenire și combatere:

- persistența unui nivel ridicat de toleranță în societate față de fenomenul violenței față de femei (VF) și violenței în bază de gen (VBG) (atitudini patriarhale și stereotipuri profund înrădăcinate cu privire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și societate);
- potențialul sistemului educațional valorificat parțial;
- campanii informaționale insuficiente;
- percepțiile stereotipizate ale specialiștilor organelor responsabile de prevenirea și combaterea VF și VBG;
- prezentarea tendențioasă de către mass-media (femeile prezentate drept victime neajutorate, marginalizate și prinse într-un cerc vicios);

- absența unor practici uniforme de lucru, precum și capacitățile reduse ale APL-urilor de a interveni în prevenirea și combaterea fenomenului;
- insuficiența acțiunilor de intervenție timpurie;
- accesul redus al victimelor violenței în familie la servicii specializate;
- răspunsul fragmentar al sistemului de sănătate;
- dependența economică a victimelor de agresorii familiari;
- intervenția fragmentară și lipsită de promptitudine a poliției;
- persistența stereotipurilor și prejudecăților în justiție;
- lipsa acțiunilor ferme de asigurare a executării ordonanțelor de protecție și lipsa sancționării eficiente a agresorilor;
- sancționarea inefficientă a agresorilor;
- îngrădirea accesului la justiție a victimelor violenței în familie (avocați privați);
- instrumentarea deficientă a cazurilor de violență sexuală;
- mecanism deficient de finanțare bugetară a serviciilor dedicate subiecților violenței în familie;
- colectarea fragmentară și neuniformă a datelor statistice.

Autoritățile și profesioniștii abilitați cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen

Pentru asigurarea procesului de prevenire și a unei protecții eficiente este nevoie de implicarea mai multor instituții și organizații responsabile care să transmită mesaje clare și consecvente de toleranță zero față de violența în familie și în bază de gen. Experiența altor state demonstrează că un răspuns eficient la cazurile de violență în familie depinde de buna funcționare a sistemului și de capacitatea de a asigura victimelor violenței servicii imediate de protecție și asistență.

Totodată, prin asigurarea funcționării unui sistem eficient de sprijin, plasând drepturile și nevoile victimei în centrul tuturor măsurilor întreprinse prin cooperarea eficientă a tuturor agențiilor, instituțiilor și organizațiilor relevante, statul transmite mesajul că violența în familie este o infracțiune gravă care este tratată serios, fiind asigurată prevenirea eficientă a fenomenului, protecția victimelor violenței în familie și tragerea la răspundere a agresorilor familiari⁵¹.

⁵¹ Art. 7 – Politici cuprinzătoare și coordonate din Convenția Consiliului Europei cu privire la prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie

La fel, pentru o prevenire și combatere eficientă a violenței în familie și în bază de gen, oferirea unui suport profesional adecvat victimelor, schimbarea atitudinilor, percepțiilor și stereotipurilor este necesară instruirea tuturor profesioniștilor implicați și implantarea cunoștințelor privind violența și consecințele ei. Acest deziderat se regăsește și în Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și în Planul de acțiuni pentru implementarea acesteia.

Legea nr. 45/2007 stabilește bazele juridice și organizatorice ale activității de prevenire și de combatere a violenței în familie, precum și autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie, după cum sunt reflectate în tabelul de mai jos.

TABELUL 7 Autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie

Organele centrale de specialitate ale statului	Autoritățile de specialitate ale APL și structurile desconcentrate	Centrele și serviciile de asistență
<ul style="list-style-type: none"> ● Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale ● Ministerul Educației, Culturii și Cercetării ● Ministerul Afacerilor Interne ● Ministerul Justiției 	<ul style="list-style-type: none"> ● Secțiunile/direcțiile de asistență socială și de protecție a familiei ● Direcțiile generale de învățământ, tineret și sport ● Organele ocrotirii sănătății ● Subdiviziunile teritoriale ale poliției 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centrele/serviciile de asistență și protecție a victimelor violenței în familie și a copiilor lor ● Centrele/serviciile de asistență și consiliere pentru agresorii familiari ● Alte organizații cu activități specializate în domeniu

În contextul Legii nr. 45/2007, atribuțiile de elaborare și de promovare a politicilor de prevenire și de combatere a violenței în familie și de asistență socială a victimelor și agresorilor sunt puse în seama Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Totodată, pe lângă Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a fost creat Consiliul coordonator interministerial în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie în componența căruia intră câte un reprezentant al autorităților centrale (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Minis-

terul Educației, Culturii și Cercetării, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției), reprezentanții societății civile și alte părți interesate. Consiliul coordonator interministerial este responsabil de asigurarea coordonării și colaborării dintre ministere și alte autorități administrative centrale cu competențe în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie.

Instituțiile medico-sanitare au un rol major în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen deoarece prestatorii de servicii de sănătate sunt primii aflați în contact cu victimele. Astfel, pe lângă serviciile de sănătate acordate, prestatorilor de servicii de sănătate le revine un rol semnificativ în identificarea efectivă a cazurilor de violență, facilitarea referirii efective a victimelor în cadrul sistemului de sănătate și către alți prestatori de servicii.

Poliția reprezintă o verigă foarte importantă într-un sistem mult mai mare de autorități cu funcții de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen. În procesul intervenției, angajații poliției au obligația de a evalua riscul și de a întreprinde măsurile necesare pentru asigurarea imediată a siguranței victimei, prin:

- a) eliberarea ordinului de restricție de urgență asigurând astfel victimei și altor membri ai familiei siguranță în locuința lor și în afara acesteia;
- b) plasarea victimelor în centrele specializate de reabilitare sau de plasament (cu acordul victimei);
- c) informarea și asistarea victimei în obținerea ordonanței de protecție emise de către instanța judecătorească. În cazul în care victima se află în stare de imposibilitate (fizică sau psihică), angajații poliției au obligația de a înainta în instanța de judecată un demers prin care vor solicita instanței emiterea ordonanței de protecție cu aplicarea restricțiilor față de agresor.

În cadrul acțiunilor de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen, poliția intervine și prin aplicarea față de agresor a măsurilor de constrângere ce pot fi realizate prin:

- 1) aplicarea sancțiunilor contravenționale sau penale;
- 2) aducerea agresorului familial care a comis sau care este predisus la comiterea actelor de violență în familie în sediile poliției în vederea documentării cazurilor săvârșite ori pentru inițierea procedurilor contravenționale sau penale, precum și pentru inițierea procedurii de aplicare a restricțiilor, prin ordonanța de protecție a victimelor violenței în familie emisă de către instanța judecătorească;
- 3) aplicarea față de agresor a măsurilor procesuale contravenționale sau penale de constrângere;

- 4) asistarea în aplicarea de către instanțele judecătorești a măsurilor de constrângere cu caracter medical față de persoanele dependente de alcool ori care suferă de alcoolism cronic sau narcomanie;
- 5) supravegherea respectării restricțiilor stabilite prin ordonanța de protecție a victimelor violenței în familie emisă de către instanța judecătorească, atât pe cale procesual civilă, cât și pe cale procesual penală.

Din componența echipelor multidisciplinare fac parte angajatul poliției, asistentul social comunitar, medicul de familie, autoritatea tutelară, primarul, angajații instituțiilor de învățământ. Atribuțiile acestor echipe sunt reglementate prin Legea nr. 45/2007 și Legea nr. 436/2006 cu privire la administrația publică locală ce stipulează atribuțiile autorității publice locale.

CASETA 7 Noțiunea echipei multidisciplinare

Echipa multidisciplinară: un grup de persoane cu funcții de răspundere, abilitate cu competențe de prevenire și combatere a violenței în familie constituit din: asistent social comunitar, medic de familie, reprezentanți ai instituțiilor de învățământ, polițist, reprezentanți ai autorității administrației publice locale, ai altor organe și organizații nonguvernamentale competente menite să intervină prompt în soluționarea cazurilor de violență în familie și acordarea serviciilor și asistenței necesare în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

Instrucțiunea metodică privind intervenția Poliției prevede că angajatul Poliției, atunci când intervine la un caz de violență în familie, trebuie să informeze asistentul social, prin fișa de referire, în decurs de cel mult 72 de ore, despre cazul de violență înregistrat⁵². Fișele de referire se înregistrează în Registrul de evidență a fișelor de referire a cazurilor de violență în familie⁵³.

Rolul profesioniștilor din cadrul structurilor teritoriale de asistență socială în soluționarea cazurilor de violență. Intervenția structurilor teritoriale de asistență socială urmărește câteva obiective:

⁵² Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 360 din 08.08.2018 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie, Anexa 2

⁵³ Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 360 din 08.08.2018 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie, Anexa 10

1. asigurarea identificării efective a victimelor violenței în familie și în bază de gen;
2. contribuirea la asigurarea și/sau sporirea siguranței victimelor la toate etapele de intervenție;
3. respectarea principiilor de bază din domeniul asistenței sociale;
4. asigurarea înregistrării, documentării cazurilor de violență în familie și raportării datelor statistice cu privire la acest fenomen;
5. facilitarea referirii victimelor violenței în familie către prestatori de servicii.

Asistentul social are obligația de a informa și ghida victima în procesul de accesare a serviciilor specializate prestate în regim de zi, cum ar fi: asistență psihologică, servicii medicale, expertiză medico-legală, asistență juridică. În conformitate cu Instrucțiunea privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie⁵⁴, orice caz de violență în familie identificat, sesizat, referit sau raportat este înregistrat de către profesioniștii din cadrul structurilor teritoriale de asistență socială în *Registrul de evidență a cazurilor de violență în familie*. La solicitarea instanței de judecată, structura teritorială de asistență socială prezintă un raport de caracterizare a familiei vizate, inclusiv a agresorului.

Atât în cazul familiilor în care apar conflicte familiale, cât și în cele presupuse a fi afectate de violență în familie, metoda principală de lucru a asistentului social este managementul de caz⁵⁵ prin intermediul căruia sunt identificate problemele cu care se confruntă membrii familiei și sunt stabilite necesitățile pentru depășirea situațiilor de dificultate. Asistentul social, de comun acord cu beneficiarii și familiile acestora, elaborează și realizează planul individualizat de asistență per caz, oferă servicii sociale primare, totodată, mobilizează comunitatea în scopul soluționării cazurilor de violență în familie.

Prevenirea violenței în familie și în bază de gen se bazează pe interacțiunea între subiecții din toate sectoarele – public, privat și asociativ, un actor distinct fiind și organizațiile societății civile.

Parteneriatele dintre societatea civilă și autoritățile publice în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie și în bază de gen și-au demonstrat în timp eficiența în soluționarea problemelor și au contribuit la dezvoltarea mai

⁵⁴ Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 903 din 29.07.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie

⁵⁵ Managementul de caz, aprobat prin ordinul MMPSF nr. 71 din 03.10.2008

multor mecanisme de protecție pe acest segment. În scopul redresării situației, societatea civilă și partenerii de dezvoltare au realizat și susținut multiple inițiative și proiecte de eliminare și prevenire a violenței împotriva femeilor și a violenței în familie și în bază de gen. În cea mai mare parte, activitatea organizațiilor necomerciale care pledează și promovează o lume fără violență este axată pe acordarea asistenței juridice și psihologice victimelor violenței în familie, chiar prin oferirea de adăpost.

Rolul societății în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen

Violența în familie este o infracțiune latentă. Violența generată în familie creează o societate violentă și invers, o societate care acceptă violența în sfera vieții publice accentuează tendințele violente în cadrul familiei, transmițându-le de-a lungul generațiilor⁵⁶.

Violența în familie și în bază de gen reprezintă o problemă socială serioasă. De aceea, prevenirea violenței în familiei și în bază de gen nu trebuie să vizeze în mod exclusiv doar profesioniștii investiți cu atribuții în acest domeniu, fiind necesară implicarea reală a comunității în aceste programe de combatere a violenței. Violența apare în urma interacțiunii mai multor factori din societate, mediul imediat, relații și factori individuali. Violența în familie și în bază de gen nu este un eveniment izolat care există într-un vid social. Chiar dacă nu sunt prezenți martori atunci când se întâmplă, violența are loc într-un context socio-cultural specific în care familia și prietenii formează o rețea socială. Prin urmare, ne așteptăm ca rețeaua socială să răspundă violenței într-un anumit fel, membrii societăți având obligația morală de a raporta actele de violență.

Strategiile de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen trebuie să fie orientate în mai multe direcții:

- îmbunătățirea conștientizării și cunoștințelor privind violența;
- promovarea egalității de gen și reducerea stereotipurilor sociale;
- propagarea în rândul populației a spiritului de martori activi, adică să raporteze cazurile către organele poliției și altor autorități.

Studiile în domeniu arată că foarte puține femei au raportat cazurile de violență pe care le-au considerat drept cele mai grave, fapt susținut de jumătate dintre femeile ce consideră că violența în familie este „o chestiune privată” care ar trebui rezolvată în cadrul familiei⁵⁷. Astfel, peste jumătate (55%) din femeile

⁵⁶ „Bunăstarea și siguranța femeilor”, OSCE, 2019, p. 19

⁵⁷ „Bunăstarea și siguranța femeilor”, OSCE, 2019

https://www.osce.org/files/f/documents/e/f/425867_o.pdf

din Republica Moldova, de patru ori mai mult decât în UE (14%), consideră violența în familie drept o chestiune privată care trebuie soluționată în cadrul familiei.

Aceste stereotipuri și prejudecăți întărite de prieteni, rude, reprezentați ai diferitor autorități, perpetuate de instituții religioase le fac pe femei să sufere în tăcere.

Miturile despre violența în familie determină și membrii comunității martori ai actelor de violență să ezite în raportarea cazurilor către autorități. Rolul membrilor societății în calitate de martori activi și raportori ai cazurilor către poliție și alte autorități este important, deoarece este bine cunoscut faptul că orice crimă se produce doar când sunt întrunite câteva elemente: criminalul, victima și lipsa supravegherii.

Astfel, atitudinile și normele tradiționale contribuie la o prevalență ridicată, cei mai muți dintre martorii actelor de violență în bază de gen crezând că violența în familie este o chestiune privată sau având opinia că victimele înșiși sunt de vină. Situația descrisă este mult mai accentuată în comunitățile cu valori patriarhale puternice.

Pentru a spori raportarea cazurilor de violență în familie și în bază de gen, inclusiv de către membrii comunității, martori ai actelor de violență, se recomandă a fi implementate activități de:

- 1) creștere a gradului de informare și conștientizare a populației despre diferite manifestări ale tuturor formelor de violență față de femei și de violență în familie, precum și despre consecințele sociale, economice și juridice ale acestora și modul de soluționare a cazurilor de violență;
- 2) informare a populației despre drepturile victimelor și martorilor, procedurile și serviciile prin care pot beneficia de protecție și asistență;
- 3) includere a subiectelor privind egalitatea între femei și bărbați, drepturile omului și prevenirea violenței în programele educaționale din școli, precum și în cadrul formării cadrelor didactice;
- 4) implementare a programelor de prevenire timpurie a comportamentelor violente în relațiile interpersonale, în special în rândul tinerilor;
- 5) dezvoltare a programelor de suport psihologic familial adresat cuplurilor.

Organizația Mondială a Sănătății acordă o atenție specială violenței în general și violenței interpersonale în particular. Potrivit Rezoluției OMS nr. 56.24 din 28.05.2003, Statele Membre sunt încurajate să monitorizeze și să raporteze magnitudinea problemei, factorii de risc, eforturile curente pentru a

preveni violența și acțiunile viitoare de încurajare a responsabilităților multi-sectoriale⁵⁸.

La 15 septembrie 2005, Comitetul regional al OMS pentru Europa a emis rezoluția RC55/R9/ vizând prevenirea agresiunilor fizice în care se face apel către sectorul sanitar de a prelua conducerea în ceea ce privește intervenția multisectorială pentru prevenirea și combaterea violenței.

Recomandări similare sunt incluse și în Strategia regiunii OMS Europa „*Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020*” care se axează pe intervențiile destinate prevenirii violenței și abuzului emoțional asupra copiilor și adolescenților ca una din prioritățile de intervenție definite prin aria tematică dedicată specific acestui domeniu. În acest sens, OMS recomandă țărilor membre evaluarea magnitudinii violenței ca problemă de sănătate publică la elevi și a factorilor de risc în relație cu aceasta, conform modelului ecologic.

Strategiile de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen trebuie să fie axate pe câteva trepte:

1. **treapta universală** – intervenții timpurii – dedicată publicului larg, unui grup anumit (vârstă, ocupație);
2. **treapta selectivă** – gestionarea riscurilor – dedicată grupurilor cu risc înalt de aplicare a violenței în familie și în bază de gen;
3. **treapta indicată** – gestionarea consecințelor – dedicată agresorilor și victimelor.

Modelul ecologic este un concept care urmărește înțelegerea violenței interpersonale ca o problemă de sănătate publică și a factorilor de risc adiacenți și propune modele de intervenție și maniere de evaluare ale programelor de prevenire.

Din perspectiva modelului ecologic, programele de prevenire adresându-se multitudinii factorilor de risc trebuie să opereze la multiple niveluri:

1. **nivel individual** – suport pentru completarea studiilor secundare;
2. **nivel relațional** – efort pentru prevenirea abuzării copilului și a violenței partenerilor;
3. **nivel comunitar** – programe de educație și intervenție pentru reducerea consumului de alcool;

⁵⁸ Krug, E., Dahberg, I., Mercy J., Zwi, A. & Rafael, L. (eds.) (2002). World Report on Violence and Health. Online version, <http://whqlibdoc.who.int/hq/200279241545615.pdf> -12/08/2007)

4. **la nivel social** – pentru reducerea șomajului și a inechităților socio-economice.

Factorii de risc comunitari pentru violență includ factorii situaționali (utilizarea rutelor nesigure spre școală, cartiere sărace), mobilitatea rezidențială înaltă, rata înaltă a șomajului, lipsa protecției prin intermediul agenților comunitari în școli, cluburi, baruri, lipsa locurilor de muncă și existența drogurilor în diferite locații.

TABELUL 8 Factorii de risc ai perpetuării violenței

Nivel individual	Nivel relațional	Nivel comunitar	Nivel societal
<ul style="list-style-type: none"> ● personalitate instabilă ● traumă timpurie ● emoții ● alcool/droguri ● sărăcie 	<ul style="list-style-type: none"> ● stereotipuri ● modele din familie ● cod de supunere ● relații de putere ● aprobări reciproce 	<ul style="list-style-type: none"> ● sancțiuni eșuate ● coduri de onoare ● grupuri detestate ● discriminare ● indemnizații de stat limitate 	<ul style="list-style-type: none"> ● devalorizarea femeilor ● statutul copiilor ● impunitate ● masculinitate ● violență și media

În contextul multitudinii formelor de violență și a diversității factorilor de risc, activitatea profilactică necesită o „reinventare” constantă în raport cu realitățile momentului. OMS⁵⁹ recomandă orientarea strategiilor de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen pe următoarele dimensiuni:

1. Dezvoltarea unor relații sigure și stabile între copii și părinții lor/îngrijitori;
2. Dezvoltarea abilităților de viață la copii și adolescenți;
3. Reducerea disponibilității și consumului abuziv al alcoolului;
4. Reducerea accesului la arme, cuțite și substanțe toxice;
5. Promovarea egalității de gen pentru a preveni violența împotriva femeilor;
6. Schimbarea normelor culturale și sociale care sprijină violența;
7. Identificarea victimelor, dezvoltarea programelor de îngrijire și suport.

Pentru a fi eficiente, toate strategiile de prevenire și combatere a violenței în familie și în bază de gen trebuie să fie aplicate până la comiterea actelor de violență, în timpul acestora și după stingerea lor.

⁵⁹ Violence prevention: the evidence (2010)





TEMA 6

**Răspunsul sistemului sănătății
la violența în familie
și în bază de gen**



Rolul sistemului sănătății în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen

Sectorul de sănătate este un important (și adeseori unicul) punct de intrare al victimelor violenței în familie și în bază de gen care permite identificarea cazurilor și gestionarea lor adecvată oferind victimelor spectrul de servicii necesare de natură medicală și nemedicală prin referire. Violența în familie și în bază de gen reprezintă o problemă de sănătate publică și, prin urmare, este crucial ca medicii să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat și prevenirii fenomenului. Însă, pentru realizarea obiectivului enunțat, medicii trebuie să înțeleagă ce presupune această formă distinctă de violență și să cunoască componentele unui răspuns profesional corect. În caz contrar, victimele violenței în familie și în bază de gen pierd încrederea în sistemul sănătății, nu se adresează la medici sau, chiar dacă se adresează, nu beneficiază de informare și tratament adecvat și nu-și pot realiza drepturile constituționale la sănătate, integritate corporală, viață și o justiție echitabilă.

Femeile supuse violenței se adresează adeseori pentru îngrijiri medicale chiar dacă nu dezvăluie agresiunea sau actele de violență. Studiile⁶⁰ indică faptul că majoritatea femeilor ar avea o mai mare încredere în prestatorii de servicii de sănătate și consideră acceptabil ca medicii să întrebe despre acte de violență dacă au suspiciuni și constată leziuni pe corpul pacientelor. În acest sens, cadrele medicale ajung într-o postură unică pentru a interveni, a oferi îngrijiri, informații vitale și asistență adecvată în situații critice femeilor și copiilor supuși permanent actelor de violență. Chiar dacă victimele n-au dezvăluit la moment actul de violență ele totuși cunosc că ar putea reveni pentru comunicare cu personalul medical, fapt care nu exclude rolul esențial al acestor profesioniști în oferirea asistenței medicale victimelor violenței.

⁶⁰ Violence against women: an EU-wide survey Main results, p. 65

CASETA 8 De ce sectorul sănătății trebuie să abordeze violența în familie și în bază de gen?

■ **VIOLENȚA ÎN FAMILIE ȘI ÎN BAZĂ DE GEN ESTE O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE!**

- Medicii sunt adeseori primii și uneori singurii care vin în contact cu victimele violenței
- Personalul medical este poziționat strategic pentru a identifica situațiile în care persoanele sunt supuse sau/și se află în riscul de a fi supuse actelor de violență
- Medicii posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violența prin contribuire la îmbunătățirea stării sănătății, siguranței pacienților, referire către alte servicii
- Sectorul de sănătate este un important punct de intrare al victimelor violenței în familie și în bază de gen
- Este mare probabilitatea ca femeile agresate să apeleze la serviciile de asistență medicală, comparativ cu alte servicii
- Violența este o cauză determinantă a traumatismului și îmbolnăvirilor
- Mai devreme sau mai târziu, majoritatea femeilor ajung în vizorul serviciilor de sănătate, în special în legătură cu sănătatea sexuală și reproductivă
- Atunci când sunt informați despre prezența violenței în anamneză, lucrătorii medicali sunt în stare să ofere femeilor servicii mai bune prin:
 - *identificarea femeilor în pericol înainte ca violența să escaladeze*
 - *diagnosticarea consecințelor și asigurarea unor îngrijiri corespunzătoare*
 - *reducerea consecințelor negative ale violenței asupra sănătății victimelor*
 - *ajutarea victimelor să beneficieze de asistență/servicii/protecție*
 - *îmbunătățirea sănătății sexuale și reproductivă și aferente infecției HIV*
 - *înțelegerea originii unor boli cronice (de ex., sindromul colonului iritat)*
- Medicina legală are un rol important în colectarea probelor pentru tragerea la răspundere juridică a făptuitorilor

Personalul medical posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violență prin contribuire la identificarea victimelor, îmbunătățirea stării de sănătate, siguranței pacienților, referire către alte servicii!

Pentru asigurarea unui răspuns eficient la cazurile de violență în familie și în bază de gen, personalul medical trebuie să înțeleagă dinamica violenței, întrucât mulți medici (provenind din aceeași comunitate cu victimele și agresorii) împărtășesc normele, stereotipurile și atitudinile societății în care trăiesc, iar atitudinile negative față de victime le pot provoca celor din urmă daune suplimentare, inclusiv prin retraumatizare. Din contra, neînțelegerea dinamicii violenței poate genera situații în care furnizorii de servicii medicale încep să se întrebe de ce o femeie nu rupe relația cu partenerul său abuziv sau pot crede că femeia nu are nevoie de ajutor sau chiar nu merită un astfel de ajutor.

Ignorarea violenței poate cauza victimelor violenței în familie și în bază de gen daune suplimentare.

TABELUL 9 Comportamentul prestatorului serviciilor de sănătate și consecințele suportate de victime

Comportamentul prestatorului	Consecințele posibile
Acuză sau denotă lipsă de respect pentru femeii sau fete	Cauzează traumă sau suferință emoțională suplimentară
Nu recunoaște violența în familie la baza patologiei cronice sau recidivante	Femeile beneficiază de asistență medicală necorespunzătoare sau inadecvată
Nu reușește să asigure prestarea îngrijirilor adecvate victimelor violului	Sarcină nedorită, ITS netratate, avorturi nesigure
Încalcă intimitatea și/sau confidențialitatea	Partenerul sau membrul familiei devine violent după aflarea informațiilor
Violența în familie nu este abordată în cadrul planificării familiei sau consilierii pentru ITS/HIV	Sarcină nedorită, ITS/HIV/SIDA, avort nesigur, violență suplimentară
Ignorarea semnelor de frică sau suferință emoțională	Femeia mai târziu este traumatizată, omorâtă sau se sinucide

Răspunsul sistemului sănătății la cazurile de violență în familie și în bază de gen trebuie să fie oferit la diferite niveluri:

- Nivelul personalului medical
- Nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare
- Nivelul politico-administrativ.

Nivelul personalului medical. Rolul personalului medical este foarte important pentru oferirea unui răspuns adecvat și impune mai multe cerințe potrivit cărora personalul trebuie:

- să înțeleagă esența, dinamica, manifestarea și consecințele violenței în familie și în bază de gen;
- să informeze pacienții despre violența în familie și consecințele acesteia asupra sănătății;
- să adreseze întrebări despre violența în familie dacă sunt prezente simptomele clinice specifice;
- să creeze un mediu empatic și confidențial;
- să acorde asistență medicală de susținere (medicală/psihologică);
- să documenteze consecințele violenței în familie asupra sănătății;
- să acorde victimei asistență în elaborarea planului de siguranță;
- să refere victimele către alte servicii;
- să ofere monitorizare și îngrijiri ulterioare.

Nivelul conducerii instituțiilor medico-sanitare. Rolul conducerii este, la fel, important și constă în asigurarea unei structuri organizaționale care ar permite furnizorilor de servicii medicale să-și îndeplinească rolul prin următoarele mecanisme:

- asigurarea unui suport administrativ, inclusiv de natură financiară;
- elaborarea și implementarea procedurilor operaționale interne;
- asigurarea faptului că serviciile furnizate promovează principiile drepturilor omului și nediscriminării fiind centrate pe necesitățile femeilor și fetelor (în calitate de victime predominante ale violenței în familie și în bază de gen);
- furnizarea unei infrastructuri adecvate pentru a asigura confidențialitatea, siguranța și confortul pacientului (de ex., încăpere privată pentru consultații în lipsa partenerului);
- sensibilizarea întregului personal și consolidarea abilităților acestuia cu privire la modul de recunoaștere și răspuns la violența în familie;
- furnizarea materialelor informaționale pacienților și personalului privind algoritmul intervenției și resursele disponibile (de ex., postere, pliante, flyere, cărțuții);

- construirea unor parteneriate cu alte organizații (medicale și nemedicale) care-și desfășoară activitatea în domeniul violenței în familie;
- implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare pentru aprecierea impactului intervențiilor întreprinse în vederea îmbunătățirii răspunsului personalului medical la cazurile de violență în familie.

Nivelul politico-administrativ este național și constă în elaborarea cadrului conceptual privind răspunsul instituțiilor publice la violența în familie, asigurarea difuzării informațiilor și instruirii profesioniștilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii acestui fenomen social. În lipsa unor politici și strategii naționale eforturile nivelurilor anterioare vor avea un impact limitat. Drept exemplu de cadru conceptual național poate servi Strategia națională de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și Planul de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia aprobate prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 281/2018. Totodată, de responsabilitatea nivelului politico-administrativ ține diseminarea politicilor și instruirea personalului întru implementarea politicilor.

În procesul planificării serviciilor de sănătate este importantă integrarea răspunsului sistemului sănătății la violența în familie și în bază de gen în serviciile de sănătate deja existente. Această abordare presupune că serviciile medicale pentru victimele violenței în familie trebuie oferite în cadrul serviciilor de sănătate existente și nu separat, deoarece serviciile integrate în cadrul general al sistemului sănătății pot facilita accesul femeilor la toate serviciile necesare oferite într-o singură instituție. Din contra, oferirea serviciilor medicale victimelor violenței în familie separat de alte categorii de pacienți poate prezenta anumite dificultăți și poate genera discriminare.

Intervenția personalului medical în cazurile de violență în familie

La baza asistenței medicale acordate victimelor violenței în familie și de gen stau mai multe **principii directorii** ce urmează a fi respectate:

- **abordarea sensibilă la dimensiunea de gen:** în procesul asistării victimei lucrătorul medical trebuie să dea dovadă de o abordare care să recunoască dimensiunea de gen, impactul și consecințele violenței în familie; de asemenea, trebuie să se țină cont de necesitățile specifice ale victimelor, mai cu seamă ale celor care fac parte din grupurile marginalizate aplicând o abordare nediscriminatorie, asigurând un acces deplin și egal la asistență medicală și îngrijiri de calitate;

- *abordarea centrată pe victimă*: în procesul acordării asistenței medicale victimei lucrătorul medical trebuie să respecte dorințele, drepturile și demnitatea acesteia, precum și s-o susțină în luarea deciziilor;
- *abordarea bazată pe siguranță și securitate*: siguranța victimei și a lucrătorului medical trebuie să fie o prioritate în procesul de organizare și oferire de asistență medicală victimei. Evaluarea siguranței victimei urmează a fi realizată în momentul identificării sau atunci când se presupune că a fost victima violenței în familie. În procesul consultării victimei trebuie să se țină cont de posibilele amenințări (soț/concubin/membri de familie cu un grad înalt de agresivitate) pentru a se asigura o consultare a acesteia excluzând eventualitatea producerii de daune, inclusiv victimei sau altor colegi;
- *abordarea bazată pe confidențialitate și protecție a vieții private*: respectarea confidențialității este o măsură importantă pentru a asigura atât siguranța victimei, cât și a lucrătorului medical. Confidențialitatea victimei trebuie să fie respectată la toate etapele de prestare a asistenței medicale. Acest fapt implică partajarea doar a informației necesare, doar în situațiile în care este necesar sau solicitat și doar cu acordul victimei, cu excepțiile prevăzute de lege. Protecția vieții private pe parcursul consultării victimei (identificarea și managementul clinic) și confidențialitatea colectării datelor, ținerii evidenței și partajării informațiilor va reduce expunerea la risc atât a victimei, cât și a cadrelor medicale. Respectarea confidențialității asigură ca victima să nu fie expusă unor amenințări și/sau violențe ulterioare drept rezultat al apelării după asistență, astfel protejând și lucrătorii medicali de amenințările agresorilor sau membrilor violenți de familie. Confidențialitatea partajată în sistemul de sănătate presupune că anumite informații cu privire la victimă ar putea fi partajate cu alte cadre medicale doar în baza „necesității de a cunoaște”. Informația medicală poate fi partajată cu colegii în cazul în care există un motiv medical și prestatorul de servicii de sănătate referă victima la o altă etapă/unui alt prestator de servicii de sănătate. Acest fapt trebuie explicat victimei în prealabil ca ea să înțeleagă ce informație și cui va fi partajată obținându-se și consimțământul ei. Dacă confidențialitatea este limitată de reglementări privind raportarea obligatorie victima trebuie să fie informată imediat despre acest fapt;
- *alegerea informată*: orice acțiune a lucrătorului medical trebuie să fie realizată doar cu permisiunea victimei, după obținerea consimțământului informat, de regulă în scris, consemnat prin semnătura acesteia, cu excepția

copilului și a persoanei adulte cu dizabilități în privința căreia a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară;

- *abordarea non-discriminatorie*: indiferent de vârstă, rasă, naționalitate, religie, orientare sexuală, identitate de gen, dizabilitate, stare civilă, statut educațional și socio-economic, toate victimele au drepturi egale și trebuie să fie tratate în același mod fiindu-le asigurat accesul egal la servicii medicale de calitate. În privința victimelor care se află în situații semnificativ diferite (victime cu dizabilități, multiple vulnerabilități sau cu alte criterii protejate (etnie, rasă, religie)) se vor aplica măsuri pozitive sau se va realiza acomodarea rezonabilă ce presupune, spre exemplu, efectuarea examenului victimei în încăperile în care se află aceasta dacă accesul ei în încăperile instituțiilor medico-sanitare nu este adaptat pentru persoanele cu dizabilități fizice sau implicarea unui interpret de limbaj mimico-gestual în cazul victimelor cu dizabilități senzoriale;
- *abordare profesionistă*: lucrătorul medical care acordă asistență victimei argumentează măsurile de asistență aplicate și poartă răspundere pentru acțiunile întreprinse.

Pentru asigurarea unui răspuns eficient al personalului medical, asistența medicală acordată victimelor trebuie să includă următoarele **elemente de bază**:

- 1) identificarea victimelor;
- 2) acordarea primului ajutor;
- 3) îngrijirea leziunilor și oferirea tratamentului medical urgent;
- 4) examinarea semnelor abuzului sexual și oferirea ajutorului medical;
- 5) evaluarea sănătății mintale și oferirea asistenței necesare;
- 6) documentarea actului medical și referirea.

Identificarea victimei violenței în familie

Asistența acordată victimei va începe cu identificarea ei în această calitate fiind prima etapă a oricărei intervenții efectuată de lucrătorii medicali la nivelul asistenței medicale de urgență prespitalicească, asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate de ambulator și asistenței medicale spitalicești.

Victimă poate fi identificată în cadrul examenului medical profilactic, prin vizite active la domiciliu a medicului de familie/asistentului medical de familie, în urma adresării directe a acesteia la instituția medico-sanitară pen-

tru servicii medicale primare sau specializate, precum și în urma solicitării de asistență medicală de urgență prespitalicească în cazurile de urgențe medico-chirurgicale.

De asemenea, identificarea victimei de către lucrătorul medical poate fi făcută și în baza informațiilor suplimentare oferite din partea membrilor familiei extinse (care include toate rudele până la gradul IV de rudenie), vecinilor și altor persoane din comunitate sau în baza referirilor ori recomandărilor făcute de către diferite instituții, inclusiv medico-sanitare, precum și în cazul sesizărilor anonime.

În procesul identificării cazurilor suspecte, lucrătorul medical se poate baza pe observarea directă și indirectă a semnelor specifice (de ordin fizic leziuni/traumatisme care pot fi examinate, precum și de ordin comportamental care pot fi observate) ce indică asupra posibilei violențe în familie.

Victimele nu sunt întotdeauna pregătite să vorbească despre violența la care au fost supuse. Indicii comportamentali și/sau semnele și simptomele ce indică asupra posibilei violențe în familie pot fi notificați prin:

- 1) observații comportamentale ale victimei;
- 2) observații comportamentale ale agresorului;
- 3) consecințe medicale ale violenței în familie.

Observațiile comportamentale ale victimei pot identifica violența psihologică întâlnită frecvent și manifestată prin diverse semne și simptome, cum sunt:

- 1) **tulburările instinctiv-subiective:** sentimente de neliniște, neputință, irascibilitate, descurajare, lipsă de calm și de bucuria vieții, cefalee, surmenaj, insomnie, frică, frustrare;
- 2) **simptomele de inhibiție și tristețe:** anxietate, greutate sufletească, elemente de autoagresiune cu gânduri suicidale, depresie marcantă, dereglări și instabilitate emoțională sub formă de râs alternat de plâns, gândire încetinită și lentă, mimică încordată, frunte încrețită;
- 3) **simptomele de protecție:** victima simte nevoia de protecție, de sprijin, de înțelegere; caută susținere din partea rudelor, ajutor medical; nu poate să-și stăpânească singură suferința, să fie activă, puternică.

Pe lângă simptomele violenței psihologice, anumite comportamente ale victimei pot, la fel, trăda pacienta în calitate de victimă a violenței în familie și în bază de gen. Acestea includ:

- programări frecvente la medic pentru simptome vagi;
- încercarea de a ascunde leziunile și de a le minimiza;
- evitarea comunicării cu medicul în prezența partenerului sau a adultului care însoțește victima;
- frica victimei față de partenerul sau adultul care o însoțește;
- nerespectarea tratamentului prescris;
- ratarea frecventă a programărilor la medic.

Comportamentul partenerului sau agresorului poate, de asemenea, indica faptul că victima este supusă violenței din partea acestuia. Posibilele manifestări comportamentale ale partenerului/agresorului sunt:

- 1) partenerul/agresorul însoțește victima și insistă să fie de față și să răspundă la întrebări în locul ei;
- 2) partenerul/agresorul deseori neagă sau minimizează leziunile aplicate;
- 3) partenerul/agresorul manifestă o gelozie sau pasivitate exagerată.

Pe lângă semnele violenței psihologice, identificarea posibilei victime a violenței în familie poate avea loc inclusiv în baza traumelor și unor stări clinice, precum:

- 1) consecințele medicale specifice fiecărei forme de violență;
- 2) simptomele maladiilor cronice ale tractului gastro-intestinal (sindromul colonului iritat), uro-genital (urinare frecventă, infecții renale cronice);
- 3) tulburările sistemului reproductiv (sarcini nedorite frecvente, adresare tardivă, complicații postpartum, sângerări vaginale, ITS, dureri pelviene inexplicabile, disfuncții sexuale);
- 4) probleme la nivelul sistemului nervos central (cefalee persistentă, probleme cognitive, diminuarea auzului)
- 5) divergențele dintre originea leziunilor și explicațiile victimei sau explicații inconsistente.

CASETA 9 Specificul leziunilor produse în cadrul violenței în familie

- Leziuni multiple, la diverse etape de vindecare, în mai multe zone ale corpului (în special pe față și brațe) ce nu pot fi rezultatul căderii
- Leziuni neexplicate, explicate confuz sau inconsistente cu cauza explicată
- Leziuni simetrice
- Leziuni în regiunile doșite de îmbrăcăminte

În cazul în care există dovezi sau bănuieli că o persoană este victima violenței în familie, lucrătorul medical trebuie să depună toate eforturile pentru a asigura ca aceasta să beneficieze de întreg suportul disponibil. Identificarea victimelor violenței în familie și în bază de gen are o serie de beneficii. Astfel, identificarea victimei este urmată inevitabil de oferirea ajutorului medical și a altor îngrijiri de care victima are nevoie. În cazul incapacității sistemului sănătății de a identifica victimele violenței în familie, acestea vor beneficia doar de acele servicii medicale ce vor fi necesare în funcție de starea lor clinică, fără a avea parte, însă, de serviciile specifice necesare acestor categorii de victime. Identificarea pacientei în calitate de victimă a violenței în familie ajută personalul medical la explicarea simptomelor de origine neclară. Toate acestea ar contribui la îmbunătățirea calității vieții victimelor și ar reduce utilizarea irațională și ineficientă a resurselor umane, materiale și financiare ale sistemului sănătății.

Comunicarea cu victimele violenței în familie

Adresarea întrebărilor privind violența în familie poate fi o provocare pentru orice prestator de servicii de sănătate. Din această cauză, pentru sporirea nivelului de încredere a victimei față de lucrătorul medical trebuie să fie respectată o serie de condiții:

- discuțiile trebuie să aibă loc într-un spațiu privat și confidențial cu implicarea doar a personalului medical strict necesar;
- trebuie să fie evitată intervierea despre violență în prezența unui membru al familiei, a unui prieten sau a unui copil cu vârsta de peste 2 ani;
- pentru femeile imigrante, refugiate sau care aparțin unui grup etnic ce nu vorbește limba locală este necesară asigurarea unui interpret;
- trebuie evitată implicarea membrilor de familie în calitate de interpreți.

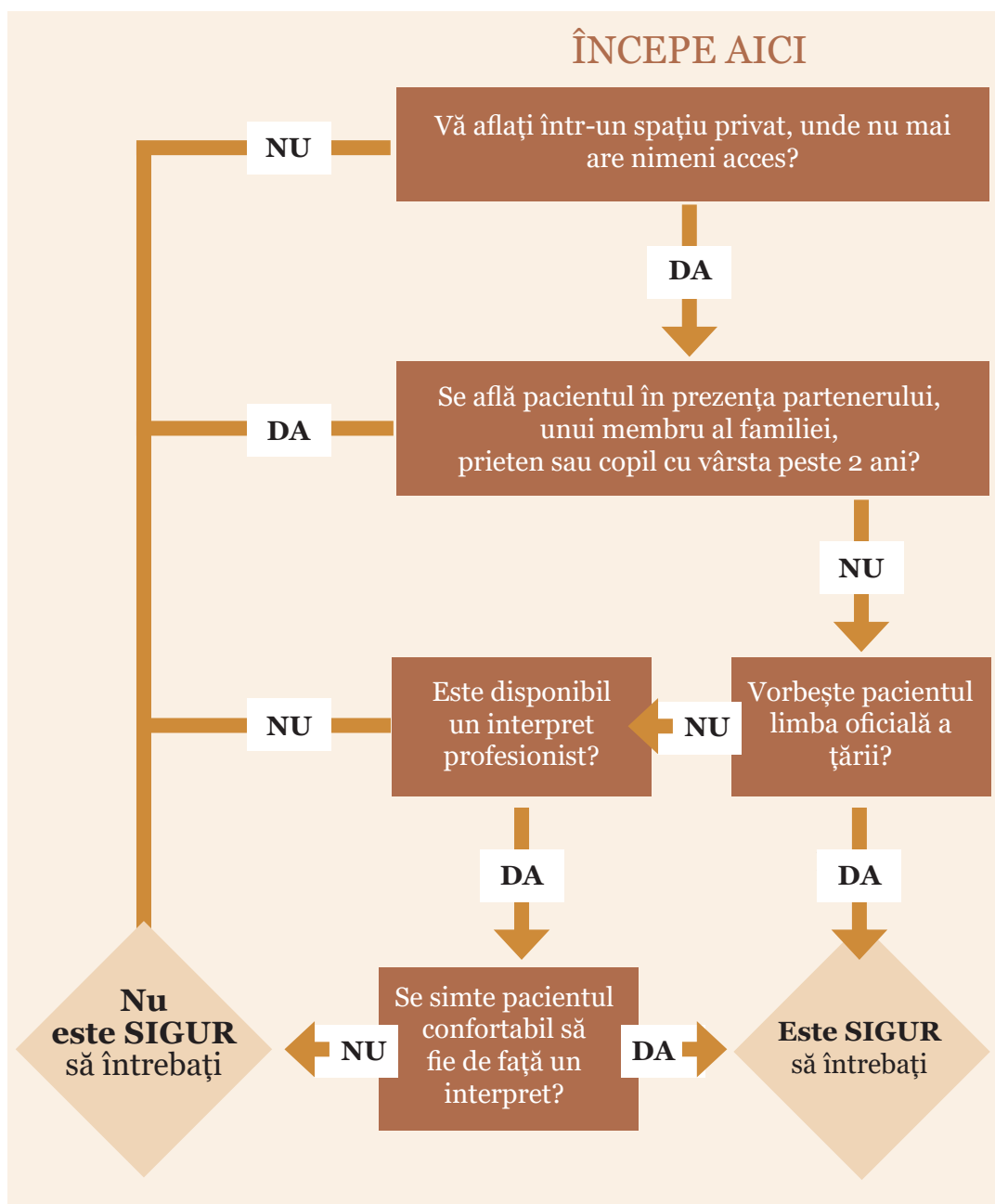


FIGURA 17. Algoritmul siguranței comunicării cu victima violenței în familie și în bază de gen
 (sursa: Manual de instruire a cadrelor medicale în adresarea violenței de gen, 2015)

CASETA 10 Sfaturi pentru comunicarea cu victimele violenței în familie

- Abordați dvs. subiectul și întrebați despre violență – nu așteptați ca femeia să inițieze această discuție; aceasta demonstrează responsabilitatea profesională a specialistului față de situația victimei și ajută la sporirea încrederii;
- Evitați să adresați victimei întrebări despre violența în familie în prezența unui membru de familie, prieten sau copil/copii cu vârsta de peste 2 ani;
- Explicați-i că informațiile vor rămâne confidențiale și informați-o cu privire la orice restricții ce țin de confidențialitate;
- Mențineți contactul vizual respectând normele culturale concentrându-vă toată atenția asupra victimei; evitați realizarea formalităților administrative și documentare în timpul discuției;
- Fiți atenți la limbajul corpului victimei; modul în care stați și vă țineți brațele și capul, natura expresiei feței și tonalitatea vocii – toate transmit un mesaj clar victimei despre modul în care îi este percepută situația; demonstrați o atitudine de susținere; evitați limbajul corpului care să transmită un mesaj de iritare, neîncredere, antipatie sau supărare față de victimă;
- Afișați o atitudine lipsită de critică și plină de susținere, nu judecați conduita victimei în baza culturii, religiei sau altor aspecte;
- Vorbiți-i victimei cu încredințare și înțelegere pentru a o încuraja;
- Formulați întrebările și frazele într-o manieră de susținere. nu de condamnare vorbindu-i cu empatie;
- Ascultați cu atenție experiența ei, evitați s-o întrerupeți dacă nu este cazul și adresați întrebări pentru clarificare doar după ce victima și-a expus povestea;
- Aveți răbdare cu victima ținând cont că aceasta se află într-o situație dificilă și ar putea avea sentimente contradictorii (Sindromul Stockholm), iar dacă victima nu dezvăluie detalii spuneți-i ce anume v-a făcut să vă gândiți la violență;
- Evitați ascultarea pasivă, fără comentarii, întrucât aceasta ar putea s-o facă să considere că n-o credeți și că n-are dreptate și să-i sugereze că agresorul este cel ce are dreptate; ascultați-i relatarea experienței cu atenție și asigurați-o că sentimentele ei sunt justificate;
- Utilizați în discuție același limbaj ca și victima; dacă victima vorbește o altă limbă solicitați ajutorul unui coleg care vorbește aceeași limbă sau a unui interpret care să-i acorde asistență;
- Adaptați limbajul și cuvintele la nivelul înțelegerii victimei; nu utilizați termeni și expresii de specialitate în mod excesiv întrucât aceasta poate genera confuzii pentru victimă;

- Adaptați limbajul și cuvintele la nivelul înțelegerii victimei; nu utilizați termeni și expresii de specialitate în mod excesiv întrucât aceasta poate genera confuzii pentru victimă;
- Nu blamați victima, evitați întrebările de genul „De ce mai stai cu el/ea?”, „Ați avut vreo ceartă înainte de violență?”;
- Accentuați că violența în familie nu poate fi tolerată și că nu victima este responsabilă de comportamentul agresorului, ci el însuși;
- Utilizați enunțuri de încurajare, cum ar fi „Îmi pare rău că ți s-a întâmplat ție” sau „Într-adevăr ai trecut prin multe”, care ar încuraja victima violenței în familie să dezvăluie mai multă informație;
- Accentuați existența de opțiuni și resurse disponibile.

După identificarea victimei violenței în familie lucrătorul medical trebuie să evalueze necesitățile acesteia și să stabilească următorii pași de asistență medicală, raportare și referire a cazului.

Intervenția medicală

După ce pacienta a comunicat despre existența unui act de violență în familie personalul medical trebuie să efectueze un examen medical și să ofere îngrijirile medicale necesare. Procesul de acordare a asistenței medicale începe cu obținerea prealabilă obligatorie a **consimțământului informat** în conformitate cu prevederile Legii nr. 411/1995 ocrotirii sănătății (art. 23) și Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (art. 13). Oferirea consimțământului presupune inițial informarea pacientei despre toate etapele și componentele actului medical, beneficiile și riscurile asociate, alternativele existente și pronosticul într-o manieră accesibilă victimei, astfel încât ea să înțeleagă toate opțiunile pe care le are și să ia decizii informate conștiente cu privire la acțiunile ce urmează. Totodată, lucrătorul medical trebuie să-i explice victimei limitele confidențialității și obligația de a partaja informația cu alte instituții sau servicii reieșind din prevederile Legii nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. Intervenția medicală în privința copilului-victimă trebuie să se facă obligatoriu în prezența reprezentanților legali ai acestuia (părinți, înfietori, tutori/curatori), după caz cu participarea psihologului sau a pedagogului. Dacă copilul-victimă nu are un reprezentant legal din rândul persoanelor indicate ori în cazul unui conflict de interese între reprezentantul legal din rândul acestor persoane și copil, în calitate de reprezentant legal poate fi desemnată autoritatea tutelară teritorială în baza ordonanței or-

ganului de urmărire penală sau încheierii instanței de judecată. Nu se admite în calitate de reprezentant legal al victimei persoana careia i se incumbă cauzarea prejudiciului. În cazul unui copil cu statut de copil rămas temporar fără ocrotire părintească sau de copil rămas fără ocrotire părintească, reprezentantul legal al acestuia este autoritatea tutelară teritorială, cu excepția cazurilor când acesta are tutore/curator. În situația expertizei extrajudiciare, dacă copilul-victimă nu are un reprezentant legal din rândul persoanelor indicate ori în cazul unui conflict de interese între reprezentantul legal, cererea și acțiunile de examinare a copilului se fac cu participarea reprezentantului autorității tutelare teritoriale numit de către șeful instituției respective împuternicirile căruia sunt consemnate în procură. La depunerea cererii cu privire la efectuarea expertizei extrajudiciare în condițiile descrise supra, reprezentantul autorității tutelare teritoriale ce acționează în interesul copilului va anexa în mod obligatoriu procura ce confirmă împuternicirile, după caz copia legitimației de serviciu și ordinul de angajare. Custodele, îngrijitorii (asistentul parental profesionist, părintele educator) sau reprezentanții instituțiilor rezidențiale unde sunt plasați copiii dețin calitatea de responsabil legal care asistă și însoțește copilul la examenul medical, dar nu are drept de reprezentare legală a intereselor copilului. Copiii în privința cărora este instituită custodia sau care sunt plasați în serviciul de asistență parentală profesionistă, casă de tip familial vor fi reprezentați de reprezentantul autorității tutelare teritoriale. Adolescenții, inclusiv minori, cu capacitate de exercițiu deplină ar putea singuri să-și dea consimțământul. Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Copilul, indiferent de vârstă, nu trebuie niciodată examinat împotriva voinței sale, cu excepția cazului în care examinarea este necesară pentru asistența medicală.

Intervenția medicală în cazul victimelor violenței în familie și în bază de gen include examinarea medicală a victimei în condiții private și sigure, soluționarea imediată a problemelor medicale urgente, oferirea îngrijirilor medicale necesare, inclusiv contracepția de urgență, profilaxia ITS, hepatitelor virale, HIV în abuzurile de natură sexuală.

În cadrul răspunsului oricărui personal medical (medico-legal, inclusiv) la cazurile de violență în familie este important de a-i oferi victimei **suportul primar** care constă în asigurarea necesităților practice și emoționale prin ascultare, precizarea necesităților și îngrijorărilor, validarea sentimentelor, a siguranței și suportului necesar. Victimele violenței în familie și în bază de gen au unele necesități distincte, comparativ cu victimele altor evenimente trauma-

tice, determinate de dinamica respectivei forme de violență. Din aceste considerente, îngrijirile medicale trebuie să fie centrate pe necesitățile victimelor violenței în familie și să cuprindă o serie de elemente.

CASETA 11 Elementele îngrijirii medicale centrate pe necesitățile victimelor violenței în familie (suport primar)

- adoptarea unei atitudini lipsite de prejudecată, de susținere și de validare a declarațiilor femeii
- asigurarea unui sprijin și a îngrijirilor practice care să răspundă necesităților victimei
- întrebări despre istoricul violenței, ascultarea cu atenție, însă fără a face presiuni asupra victimei să vorbească, asistarea femeii în accesarea informației despre resursele, inclusiv serviciile juridice sau altele ce i-ar putea fi de ajutor
- suport victimei în accesarea informațiilor referitoare la serviciile de care are nevoie, inclusiv servicii juridice, sociale și alte servicii utile pentru victimă
- păstrarea confidențialității informând victima despre limitele confidențialității (de ex., despre raportarea obligatorie)
- examinarea victimei în lipsa agresorului și doar dacă circumstanțele sunt sigure pentru personalul medical și victimă
- asigurarea și mobilizarea serviciului de asistență socială

Validarea declarațiilor și sentimentelor femeii, de rând cu minimul de asistență (în special psihologică) acordat victimelor, fac parte din asistența de primă linie. Toate femeile care dezvăluie că au fost supuse actelor de violență în familie și în bază de gen trebuie să beneficieze de acest tip de asistență deoarece el reprezintă un prim ajutor de natură psihologică.

Culegerea anamnezei este următoarea etapă fiind necesară pentru a înregistra condițiile în care s-a desfășurat evenimentul traumatic, a orienta cercetările medicale și a aprecia tipul și volumul intervenției de care este nevoie. Anamneza traumei trebuie să includă o descriere detaliată și cronologică a atacului; data, ora și durata atacului; datele făptuitorului și persoanele prezente; utilizarea armelor.

Adresarea întrebărilor într-un mod profesionist ajută victima la eliminarea sentimentelor de izolare, blamare și rușine. Chiar dacă pacienta nu dezvăluie situația ei în acel moment, aceasta va ști că medicul este conștient de situația ei

și că se va putea întoarce în viitor pentru a vorbi despre aceasta. Victima poate fi ajutată să relateze evenimentul, mai ales când ea evită acest lucru, prin adresarea întrebărilor sugestive și directe.

CASETA 12 Exemple de întrebări pentru discuție cu victima

Întrebări sugestive	Întrebări directe
<ul style="list-style-type: none"> • „Din propria experiență cunosc că mulți oameni suferă din cauza violenței în familie. Aveți o asemenea problemă?” • „Multe dintre pacientele mele sunt abuzate de partenerii lor agresivi. Unora dintre ele le este frică să vorbească despre asta. Ați fost vreodată abuzată de partenerul dvs.?” 	<ul style="list-style-type: none"> • „Sunt îngrijorat/ă de faptul că simptomele dvs. pot fi cauzate de violență. V-a lovit cineva, a fost soțul/partenerul dvs.?” • „Vi s-a întâmplat să fiți lovită de soțul/partenerul dvs. de viață?” • „Ați fost vreodată abuzată de partenerul dvs.?”

În procesul culegerii anamnezei nu este indicat ca victima să fie ascultată pasiv, să fie învinuită de cele întâmplate, să-i fie adresate întrebări provocatoare („De ce stați cu el?”, „V-ați certat înainte ca el să devină violent?”, „De ce i-ați reproșat?”), să fie transmise mesaje non-verbale de iritare, neîncredere, antipatie sau chiar furie față de victimă.

După colectarea anamnezei lucrătorul medical realizează examinarea fizică completă (inclusiv organele genitale în caz de violență sexuală) respectând următoarele principii generale de examinare:

- victima va fi informată în ce constă examinarea medicală, ce include, de ce și cum se realizează, pentru a evita ca examinarea să devină o altă experiență traumatizantă, cu oferirea posibilității de a adresa întrebări;
- victima va fi întrebată dacă dorește să fie asistată de un medic de sex feminin, în special, în cazurile de violență sexuală;
- victima nu va fi lăsată singură atunci când așteaptă examinarea medicală;
- victima va fi rugată să se dezbrace complet și să-și pună un halat medical, astfel încât să permită examinarea leziunilor ascunse;
- în procesul examenului fizic, pentru depistarea semnelor de violență, în primul rând, vor fi examinate părțile neacoperite ale corpului victimei, după care restul corpului, în special vor fi examinate zonele acoperite de îmbrăcăminte și păr;

- în cazul violenței sexuale va fi examinat întregul corp, nu doar organele genitale sau zona abdominală;
- vor fi examinate atât leziunile severe, cât și cele minore;
- se va ține cont de starea emoțională și psihologică a victimei;
- pe tot parcursul examinării fizice victima va fi informată despre ce planifică personalul medical să facă solicitându-i-se permisiunea;
- dacă victima refuză o parte sau toată examinarea fizică acesteia i se va permite un anumit grad de control privind examinarea sa, abordare ce este importantă pentru recuperarea ei.

În cazul identificării unei victime în stare gravă cu prezența unui risc pentru viață, aceasta va fi referită imediat pentru tratament în condiții de staționar. Dacă victima prezintă leziuni mai puțin severe aceasta va fi tratată la fața locului. În cazul identificării victimei ce manifestă semne/simptoame caracteristice violenței psihologice, lucrătorul medical trebuie să ofere consiliere (în limita competenței profesionale), să informeze victima despre serviciile specializate existente în teritoriu (psiholog/psihiatru) și doar cu acordul acesteia să o refere pentru asistența specializată disponibilă în teritoriul administrativ sau, după caz, într-o instituție terță.

Barierile ce obstrucționează asistența medicală

Personalul medical trebuie să cunoască despre faptul că există anumite bariere ce ar putea împiedica femeile care au suportat violență în familie să acceseze serviciile de sănătate și să dezvăluie personalului medical actele de violență suferite. Identificarea acestor bariere ar ajuta personalul medical să le evite și, astfel, să ofere un răspuns eficient.

CASETA 13 Barierele ce împiedică victimele să acceseze serviciile de sănătate

Bariere cu care se confruntă femeile	Bariere cu care se confruntă cadrul medical
<ul style="list-style-type: none">● rușinea, sentimentul de vinovăție● frica de a fi acuzată și de răspunsuri negative din partea specialiștilor● necunoașterea mecanismelor existente de protecție● lipsa încrederii în personalul medical● frica de escaladare a violenței● frica de stigmatizare și excludere socială● izolarea socială● lipsa unor opțiuni sigure pentru femeie și copiii ei● lipsa accesului la furnizorii de servicii (de ex., dizabilități, distanțe mari până la unitățile medicale)● bariere lingvistice și culturale	<ul style="list-style-type: none">● lipsa cunoștințelor privind violența în familie și modul de oferire a unui răspuns adecvat● necunoașterea serviciilor disponibile● volum mare de lucru (suprasarcină)● lipsa sprijinului instituțional sub forma procedurilor operaționale● atitudini personale și concepții greșite despre violența în familie● propria experiență de abuz● indiferența medicului (nu este problema lui)● lipsa procedurilor operaționale și a protocoalelor de intervenție● incertitudine cu privire la obligațiile legale (de ex., regulile de confidențialitate sau obligația raportării)

Documentarea actului medical și a leziunilor corporale

Unul dintre elementele obligatorii ale actului medical este documentarea acestuia. Rezultatele examinării victimei se înscriu într-un document medical (Fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular nr. 025/e), Fișa medicală a bolnavului de staționar (Formular nr. 003/e), Fișa de solicitare AMU (Formular nr.110/e) etc.) în funcție de etapa și tipul ajutorului medical acordat. Fișa medicală se completează în conformitate cu prevederile Instrucțiunii cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e), aprobată prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 265 din 03.08.2009. Personalul medical are obligația profesională să înregistreze toate componentele intervenției medicale. În documentația medicală se fixează toată informația despre victimă, inclusiv informația demografică (de ex., nume, prenume, vârstă, sex), consimțământul informat obținut, anamneza vieții, condițiile traumatizării,

acuzele, rezultatele examenului fizic, leziunile corporale, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, diagnosticul maladiei/traumei, concomitent fiind specificat *Consecința violenței în familie*, evoluția procesului patologic, tactica de tratament, medicamentele oferite sau prescrise, informațiile oferite victimei și referirea ei către alte servicii. Documentele medicale trebuie păstrate într-un loc sigur și confidențial. Pentru pacient, documentele medicale conțin date privind consecințele violenței și au valoarea de probe judiciare care vor servi pentru incriminarea acțiunilor făptuitorului. De menționat că este necesară coordonarea dintre personalul medical și poliție pentru conservarea probelor și utilizarea lor într-un litigiu judiciar. Totodată, documentele sunt surse importante pentru alți medici implicați în acordarea unui ajutor medical complex și adecvat.

În procesul documentării anamnezei și circumstanțelor cazului este important de a descrie în documentele medicale actul de violență utilizând terminologia corectă. Nu este admisibilă înlocuirea termenului de violență prin noțiuni generale, cum sunt conflictul sau disputa. Maniera de descriere a actului de violență determină modul de percepere a violenței în familie. Prin intermediul descrierii, actul de violență poate fi distorsionat și camuflat. Este obligatorie utilizarea formei active a expunerii. Spre exemplu, Ion a lovit-o pe Elena. În acest caz, în descriere, agresorul este figura centrală. În cazul utilizării formei pasive a redării (de ex., Elena a fost lovită de Ion), în calitate de figură centrală a expunerii apare victima, iar agresorul este oarecum „în umbra” acesteia. În așa mod, accentele se transferă de pe agresor pe victimă. Utilizarea formei pasive depersonalizate a expunerii (Elena a fost lovită) va conduce, în genere, la „dispariția” agresorului, iar forma voalată a redării (a avut loc o dispută/un conflict în familie) va masca în totalitate actul de violență. Spre exemplu, într-o ordonanță de dispunere a expertizei medico-legale privind victima violenței în familie a fost utilizată următoarea descriere: cetățeană Elena a fost agresată de concubinul său în urma unui conflict. În așa mod, agresorul „a dispărut” din expunere, iar odată cu aceasta s-a atenuat și rolul lui în aplicarea violenței. În așa mod are loc transferul responsabilității pentru actul de violență de pe agresor pe victimă. Mai mult, din descriere a dispărut și noțiunea de violență în familie, ceea ce a diminuat importanța individuală și socială a acestui fenomen și a zădărnicit toate eforturile de întreprindere a măsurilor adecvate pentru combatere. Asemenea situație are impact asupra victimei întrucât aceasta nu mai beneficiază de suportul profesional interdisciplinar necesar în cazul unei victime a violenței în familie.

Pentru documentarea deplină a leziunilor corporale, stabilirea mecanismelor și condițiilor de formare a lor (vitalitatea și vechimea traumei, tipul agentului

vulnerant etc.), calificarea juridică a faptelor agresorului, inclusiv sub aspectul severității consecințelor lor, leziunile trebuie să fie fixate în documentația medicală respectându-se, în mod obligator, schema standardizată de descriere a acestora.

Descrierea leziunilor externe prevede indicarea obligatorie a următoarelor caracteristici: *localizarea exactă a leziunii* (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, coraportul cu punctele anatomice de reper); *tipul leziunii* (echimoză, excoriație, plagă etc.); *forma leziunii* (se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată se indică că este de formă neregulată); *orientarea leziunii față de linia mediană a corpului* (organului, osului); *dimensiunile leziunii* (lungimea, lățimea și separat profunzimea) în centimetri; *culoarea leziunii și a regiunilor adiacente*; *caracterul suprafeței leziunii* (relieful, culoarea, prezența și nivelul crustei excoriației în raport cu tegumentele intacte); *caracterul marginilor, capetelor, pereților și fundului plăgilor*; *prezența sau absența hemoragiei și gradul acesteia, a semnelor de regenerare* a leziunilor; *prezența depunerilor sau impurităților eterogene* (funingine, lubrifianți, rugină, fragmente de stofă, cioburi de sticlă ș.a.) pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei; *starea țesuturilor adiacente* (edemațiate, hiperemiate, impurificate etc.). Totodată, în scopul identificării agentului traumatic se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant.

La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor lor morfologice prin expresii generale sau diagnostice (de ex., contuzie a țesuturilor moi, plagă tăiată/contuză etc.). Cerințele generale înaintate față de descrierea modificărilor locale sunt comune pentru toate specialitățile medicale, cu unele particularități în descriere în cazul unor specialități, cum sunt, spre exemplu, oftalmologia, ORL ș. a.

Evaluarea riscurilor

Siguranța pacientelor expuse violenței în familie trebuie să fie în centrul oricărei intervenții din partea specialiștilor medicali. De aceea, în procesul intervenției, lucrătorul medical trebuie să evalueze riscul, prin chestionarea victimei referitor la acei factori de risc care generează violența în familie și/sau care pot favoriza escaladarea actelor de violență. Chestionarea reprezintă un set de întrebări la care trebuie să răspundă victima în procesul de examinare a cazului de violență în familie.

Evaluarea inițială a riscului de către lucrătorul medical, în toate cazurile de violență în familie identificate/sesizate, are drept scop identificarea persoanei aflate în pericol, factorilor de risc care pot fi identificați și gradului de risc la care este supusă victima sau membrii familiei acesteia, precum și stabilirea tipului de intervenție necesară (internare în spital/referire într-un centru specializat/altele).

În calitate de factori de risc pot fi următoarele circumstanțe:

- actele anterioare de violență împotriva victimei și istoria abuzului;
- formele de violență utilizate;
- condamnările anterioare sau raportări la poliție;
- posedarea legală sau ilegală și/sau utilizarea armelor sau amenințarea cu utilizarea armelor;
- asfixierea victimei;
- conduita violentă în afara familiei;
- separarea și divorțul;
- consumul de alcool și/sau droguri de către agresor;
- amenințările, în special cu moartea;
- gelozia extremă și caracterul posesiv;
- conceptele și atitudinile patriarhale extreme;
- nerespectarea ordinilor impuse de instanța judecătorească sau poliție.

Personalul medical trebuie să evalueze riscurile cu utilizarea Chestionarului pentru identificarea riscului pentru viața sau integritatea corporală a victimei și Ghidului specialistului privind evaluarea riscurilor din cadrul Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1167 din 15 octombrie 2019:

N/o	Întrebarea	Răspuns	
1.	Agresorul aplică violența des?	Da	Nu
2.	Au devenit recent actele de violență din ce în ce mai grave?	Da	Nu
3.	Încearcă agresorul să vă controleze cu cine vorbiți, unde mergeți, ce haine purtați sau ce faceți?	Da	Nu
4.	Credeți că agresorul vă va răni grav sau vă va ucide pe dvs., pe copiii dvs. sau pe cineva apropiat dvs.?	Da	Nu
5.	Vă monitorizează agresorul frecvent unde vă aflați, vine neinvitat acasă sau la locul dvs. de muncă sau inițiază contacte nedorite în persoană, la telefon, prin mesaje text sau altă modalitate de comunicare electronică?	Da	Nu
6.	V-a intimidat sau amenințat agresorul în cazul în care ați încercat să întrerupeți relația, să plecați, să cereți ajutor sau să vorbiți cu cineva apropiat dvs. despre abuz?	Da	Nu
7.	V-a strâns agresorul vreodată de gât sau sugrumat? A folosit agresorul vreodată forța fizică astfel încât nu ați mai putut să respirați sau ați leșinat?	Da	Nu
8.	Ați fost supusă violenței sau abuzului fizic în timpul sarcinii?	Da	Nu
9.	V-a amenințat sau împiedicat agresorul vreodată să solicitați ajutor, în special din partea poliției, a instanțelor de judecată sau a unui avocat?	Da	Nu
10.	A folosit agresorul arma/obiecte?	Da	Nu
11.	V-a presat sau forțat agresorul vreodată la acte cu caracter sexual pe care nu le doreați?	Da	Nu
12.	A amenințat sau încercat (numele agresorului) vreodată să se sinucidă?	Da	Nu

Cu cât mai mulți factori de risc sunt identificați într-un anumit caz, cu atât mai mare este riscul ca actele de violență să se repete sau ca violența să escaladeze. Evaluarea riscurilor permite cadrelor medicale să sprijine pacientele în identificarea măsurilor necesare pentru creșterea siguranței lor și apropiaților, dar și să atenționeze victimele asupra riscurilor existente.

Susținerea pacientei în dezvoltarea planului de siguranță

Planificarea siguranței face parte din procesul general de gestionare a riscurilor și poate ajuta femeia să se pregătească pentru a părăsi relația în siguranță, în cazul în care violența escaladează.

În procesul de elaborare a planului de siguranță, personalul medical și victima trebuie să se conducă de următoarele sugestii:

- Identificați unul sau mai mulți vecini cărora le puteți spune despre actele de violență și pe care îi puteți ruga să vă ajute dacă aud ceva alarmant provenind din casa dumneavoastră;
- Aveți prieteni sau rude pe care-i tratați cu încredere și care ar putea să vă adăpostească pentru câteva zile împreună cu copiii dumneavoastră?
- Gândiți-vă din timp unde veți pleca dacă va fi cazul și elaborați un plan pentru a ajunge acolo chiar dacă nu credeți că va trebui să plecați;
- Dacă simțiți că nu puteți evita o ceartă încercați ca aceasta să se producă într-o cameră de unde puteți pleca cu ușurință;
- Stați departe de orice cameră în care ar putea exista arme;
- Repetați modalitatea prin care să ieșiți din casă în siguranță. Identificați care ar fi cele mai potrivite uși, geamuri, lifturi sau scări;
- Să aveți un bagaj pregătit care să conțină chei de rezervă, bani, documente importante și haine. Păstrați acest bagaj la un prieten sau o rudă acasă, în caz că trebuie să părăsiți domiciliul în grabă;
- Stabiliți un cod/cuvânt de atenționare pe care să-l folosiți cu copiii dumneavoastră, familia, prietenii și vecinii când aveți nevoie de ajutor de urgență sau dacă vreți ca aceștia să cheme poliția;
- Folosiți-vă instinctele și raționamentul. Dacă situația este periculoasă gândiți-vă să-i oferiți agresorului ceea ce își dorește pentru a-l calma. Aveți dreptul de a vă proteja pe dumneavoastră și copiii dumneavoastră;
- Amintiți-vă că nu meritați să fiți bătută sau amenințată.

Raportarea cazului la poliție

După intervenție, personalul medical trebuie să raporteze obligator cazul la organele teritoriale ale poliției în următoarele situații:

- 1) copii-victime ale oricăror forme de violență, fără acordul acestora;
- 2) acte de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori existența pericolului iminent de a se produce asemenea acte de violență, fără acordul victimei;

- 3) persoane cu leziuni corporale medii sau grave provocate ca urmare a unei infracțiuni asupra lor;
- 4) la cererea expresă a victimei.

În alte cazuri, raportarea cazului la organele poliției se efectuează doar cu acordul victimei.

Drept temei pentru raportarea obligatorie a cazului la organele teritoriale ale poliției servesc următoarele prevederi ale legislației naționale:

■ ***Legea nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie (art.12 alin.(4) și (4')):***

Persoanele cu funcții de răspundere și profesioniștii cărora le este impusă asigurarea confidențialității sunt obligați să raporteze autorităților competente despre actele de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori despre pericolul iminent de a se produce asemenea acte de violență. În celelalte cazuri, raportarea se va efectua doar cu acordul victimei. Raportarea cazurilor de violență asupra copiilor, inclusiv bănuială rezonabilă de violență asupra copiilor, este obligatorie și nu este necesar de a se efectua cu acordul victimei.

■ ***Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (art.12 alin.(4) lit.e):***

Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

■ ***Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic (art.13 alin.(4) lit.e):***

Prezentarea informațiilor care constituie secret profesional către alte persoane fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal se admite în cazul unor circumstanțe în al căror temei se poate presupune că prejudiciul cauzat sănătății persoanei reprezintă consecința unei acțiuni ilegale.

■ ***Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Afacerilor Interne nr. 369/145 din 20.05.2016 cu privire la măsurile de îmbunătățire a conlucrării dintre Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne:***

Personalul instituțiilor medico-sanitare, indiferent de apartenență și forma juridică de organizare, este obligat să informeze imediat subdiviziunile teritoriale de poliție despre faptul acordării ajutorului medical persoanelor cu leziuni corporale medii sau grave comise ca urmare a unei infrațiuni asupra lor.

■ ***Instrucțiunile privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului (Hotărârea Guvernului nr. 270/2014):***

Reprezentanții instituțiilor medico-sanitare, indiferent de forma juridică de organizare a acestora, sunt obligați să informeze imediat prin telefon autoritatea tutelară locală, iar în decurs de 24 ore să-i expedieze fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului și, suplimentar, să informeze inspectoratul teritorial de poliție/procuratura – în cazul în care cunosc ori suspectează că un copil este victimă a unei infrațiuni/contravenții și serviciul de asistență medicală de urgență – în cazul în care sesizarea conține informații privind existența pericolului iminent pentru viața sau sănătatea copilului, a tentativelor de suicid din partea copiilor. Drept autoritate tutelară locală sunt considerați primarii de sate (comune) și de orașe, iar în municipiile Chișinău și Bălți – secțiile/direcțiile asistență socială și protecție a familiei/Direcția municipală pentru protecția copilului.

Raportarea cazului la organele poliției se face prin completarea și expedierea Fișei de sesizare/raportare a cazului de violență în familie din cadrul Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.1167 din 15 octombrie 2019.

Dacă raportarea la organele poliției nu este obligatorie, iar victima nu-și exprimă consimțământul pentru raportare, lucrătorul medical trebuie să o informeze despre riscurile existente pentru a reduce nivelul acestora.

Neraportarea către autoritățile tutelare competente a cazurilor de violență comisă în privința copiilor antrenează tragerea la răspundere contravențională a persoanei în obligația căreia intra raportarea. Astfel, potrivit art. 65 din Codul Contravențional al Republicii Moldova (Încălcarea legislației cu privire la pro-

tecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți), neasigurarea respectării de către angajații instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății a termenelor și procedurilor prevăzute de mecanismul intersectorial de cooperare privind transmiterea autorității tutelare competente a sesizărilor privind copiii aflați în situație de risc și privind cazurile de violență, neglijare se sancționează cu amendă de la 15 la 60 de unități convenționale aplicată persoanei fizice, cu amendă de la 30 la 150 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere cu sau fără privarea de dreptul de a deține o anumită funcție sau de a desfășura o anumită activitate pe un termen de la 3 luni la 1 an; necomunicarea autorității tutelare de către persoana cu funcție de răspundere și de către alte persoane obligate să o facă despre existența unui pericol pentru viața ori sănătatea copilului sau despre încălcarea drepturilor și intereselor lui legitime se sancționează cu amendă de la 15 la 30 de unități convenționale.

Referirea cazurilor de violență în familie

Victimele care au suportat acte de violență în familie și în bază de gen au necesități multiple și complexe, precum îngrijiri medicale, consiliere psihologică, asistență socială, protecție din partea poliției, suport juridic și acomodare în condiții sigure. Personalul medical este de cele mai multe ori punctul de intrare al victimelor în sfera serviciilor sociale din care cauză acești specialiști au o poziție strategică pentru identificarea cazurilor. Însă este imposibil ca victima să beneficieze de întreg spectrul de servicii de care are nevoie într-o instituție medico-sanitară. De aceea, pentru un răspuns profesional eficient și asigurarea tuturor nevoilor victimelor violenței în familie, este necesară o cooperare intersectorială și dezvoltarea unui sistem de referire a victimelor către diferite instituții și autorități. Referirea reprezintă un pas important în gestionarea cazului de violență în familie.

Sistemul de referire este un cadru instituțional comprehensiv care conectează diferite entități într-o rețea de cooperare, entități care au diferite specializări, responsabilități și puteri de acțiune. Acest sistem are drept scop protecția și sprijinirea victimelor, oferirea suportului pentru recuperarea lor, prevenirea violenței și urmărirea în justiție a agresorilor. Sistemul descrie procesul în care personalul medical comunică cu pacienta și cu alți actori specializați în prevenirea și combaterea violenței în familie și în bază de gen. Mecanismul de referire poate funcționa la diferite niveluri – național, regional, municipal, comunitar.

Însă, pentru ca referirea să poată avea loc, în cadrul instituțiilor medico-sanitare trebuie să existe un sistem instituționalizat de cooperare cu alte instituții și

organizații specializate în protecția drepturilor victimelor în familie și în bază de gen. Totodată, existența sistemului și principiile sale de funcționare trebuie să fie cunoscute de personalul medical implicat în acordarea îngrijirilor medicale victimelor violenței în familie.

Totodată, pentru o referire eficientă este necesar ca personalul medical să:

- fie capabil să recunoască și să faciliteze dezvăluirea unui caz de violență în familie;
- fie capabil să evalueze situația și nevoile individuale ale pacientei;
- informeze victima despre posibilitatea de a fi referită altor prestatori de servicii și să obțină acordul;
- cunoască și să ofere date despre organizațiile ce prestează servicii pentru victimele violenței în familie (denumirea instituției, adresa, telefon de contact, persoană; tipul asistenței ce ar putea fi furnizată de un anumit prestator de servicii, informație privind costurile ce țin de serviciile date etc.);
- informeze victima despre datele care vor fi partajate cu alți prestatori de servicii.

Referirea victimei către alți parteneri poate avea loc doar în baza consimțământului victimei. Referirea la consultația specialiștilor medicali se face în baza Trimiterii-extras (Formular nr. 027/e) care trebuie să conțină informația acumulată în procesul examinării medicale primare (acuzele, diagnosticul medical cu evidențierea legăturii cauzale potențiale cu forma de violență; specificarea rezultatelor investigațiilor clinice și paraclinice efectuate și a serviciilor de asistență medicală acordate, în corespundere cu simptomele și patologia identificată, conform Protocoalelor clinice naționale și standardelor medicale de diagnostic și tratament în vigoare). Dacă victima are nevoie de alte servicii de sprijin (servicii de asistență socială, psihologică, juridică etc.) lucrătorul medical trebuie s-o informeze despre existența acestora (la nivel local/regional/național) și, reieșind din necesitățile acesteia, s-o refere la o altă instituție, în baza Fișei de referire a cazului de violență în familie din cadrul Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1167 din 15 octombrie 2019.

Sistemul de referire a victimelor violenței în familie trebuie să cuprindă un spectru larg de diferite autorități, instituții și servicii guvernamentale și neguvernamentale cu atribuții de prevenire și combatere a violenței în familie, cum sunt serviciile generale de asistență (medicală și socială), centrele și adăpostu-

rile pentru femei, centrele de asistență pentru cazurile de agresiune sexuală, liniile de asistență telefonică pentru femei, poliția și sistemul judiciar. Resursele disponibile victimelor violenței în familie și agresorilor sunt indicate în anexă.

În cazurile de violență în familie când agresorul manifestă tulburări mentale și de comportament, inclusiv datorate utilizării consumului de substanțe psihoactive, și refuză tratamentul specializat, victima trebuie să fie informată despre dreptul familiei de a solicita suportul organelor abilitate: Comisiei pentru problemele sociale la nivelul autorității publice locale (organ abilitat cu dreptul de trimitere a persoanei la examinarea medicală în cadrul Comisiei de expertize narcologice, pentru obținerea unui aviz referitor la gradul de dependență alcoolică, narcotică sau de altă natură și determinarea asistenței necesare care urmează a fi acordată de către instituția medicală specializată), poliție, procuratură, instanța de judecată care, conform prevederilor legale, sunt în drept să intervină pentru a diminua actele de violență în familie săvârșite de către persoanele cu tulburări sau boli psihice.

Examinarea medico-legală

Serviciile medico-legale sunt prestate de Centrul de Medicină Legală în cadrul subdiviziunilor sale teritoriale amplasate în centrele raionale și municipii. Fiecare subdiviziune este pusă în serviciul inspectoratelor de poliție, procuraturilor, instanțelor de judecată și populației din unitatea teritorial-administrativă respectivă.

Scopul cercetărilor medico-legale este documentarea consecințelor actelor violente și colectarea dovezilor biologice ce vor fi utilizate în calitate de probe care ar putea dovedi sau infirma o legătură între persoane și/sau între persoane și locuri sau obiecte și, în așa mod, vor permite incriminarea acțiunilor făptuitorului. Competența cercetărilor medico-legale se rezumă la explicarea fenomenelor de natură medicală și biologică pentru scopuri judiciare.

O expertiză medico-legală judiciară este dispusă de către organele de urmărire penală (ofițer de urmărire penală, procuror) sau instanțele de judecată în cadrul unui proces judiciar (penal, contravențional, civil). Totodată, orice persoană fizică poate solicita în baza cererii proprii și a unui act oficial de identitate (certificat de naștere (pentru copii), buletin de identitate, pașaport, permis de conducere) o expertiză medico-legală extrajudiciară.

O expertiza medico-legală se desfășoară în baza examenului persoanei, cât și în baza studiului documentației medicale. În cazurile expertizelor medico-legale efectuate în baza documentelor medicale o importanță deosebită o are descrierea corectă și deplină a caracterului morfologic al leziunilor corporale și

argumentarea diagnosticului prin date obiective clinice și paraclinice concludente, sarcini ce revin personalului medical. Descrierea incompletă a caracterului morfologic al leziunilor corporale nu va permite medicului legist să atingă obiectivele expertizei medico-legale privind condițiile apariției traumei (timpul, mecanismul, obiectul vulnerant ș. a.), fapt ce va face imposibilă confirmarea prin probe obiective și cu suficient substrat științific a circumstanțelor invocate de către victimă. De menționat că diagnosticele clinice vizând traumele neconfirmate prin date obiective nu sunt supuse calificării medico-legale în calitate de leziuni, din care cauză agresorii nu pot fi trași la răspundere juridică pentru prejudiciile cauzate. În ambele situații organele de drept și instanțele de judecată ajung în imposibilitatea întreprinderii măsurilor împotriva autorilor agresiunii și realizării dreptului victimei la o justiție echitabilă.

Examinarea medico-legală se efectuează, de regulă, în incinta secțiilor medico-legale teritoriale în cadrul programului de activitate al acestora și trebuie să se desfășoare cât mai curând posibil după traumatizare, pentru a nu pierde probele, mai cu seamă în cazurile violenței sexuale. Din această cauză, la solicitarea scrisă a ordonatorului, examinarea medico-legală a persoanei poate avea loc și în locul aflării acesteia (instituția medico-sanitară, instituțiile de detenție, instanța de judecată, domiciliul persoanei (ca excepție)). Examenul medico-legal al persoanelor poate fi efectuat și în afara programului de activitate al secției medico-legale în cazurile de agresiuni cu caracter sexual (în termen de cel mult 5 zile de la incident), precum și în alte cazuri când există pericolul de dispariție a unor mijloace de probă sau de schimbare a unor situații de fapt.

Intervenția medico-legală în cazurile de violență în familie are la bază aceleași principii directorii ca și răspunsul sistemului sănătății și include aceleași elemente de bază:

- 1) identificarea victimei violenței în familie;
- 2) acordarea primului ajutor medical (la necesitate);
- 3) efectuarea examenului medico-legal, inclusiv documentarea;
- 4) evaluarea riscurilor;
- 5) raportarea cazului la organele poliției și referirea victimei.

Resursele disponibile victimelor violenței în familie și agresorilor

Familiarizați-vă cu resursele locale și naționale spre care puteți îndruma victima, inclusiv serviciile de specialitate. Următoarele site-uri și date de contact v-ar putea fi utile:

1. Autorități tutelare locale/teritoriale

- **autoritate tutelară locală** – primarii de sate (comune) și de orașe;
- **autoritate tutelară teritorială** – secțiile/direcțiile asistență socială și protecție a familiei/Direcția municipală pentru protecția copilului Chișinău. În municipiile Bălți și Chișinău autoritățile tutelare teritoriale exercită și atribuțiile de autoritate tutelară locală, cu excepția unităților administrativ-teritoriale autonome din componența acestora în cadrul cărora atribuțiile de autoritate tutelară locală sunt exercitate de primarii unităților administrativ-teritoriale respective.

2. Servicii pentru victime:

- **Centrul de asistență și protecție a victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane din Chișinău**
tel.: 0(22)92-71-94, 0(22)92-71-74, 079 336 663,
e-mail: shelter_team@cap.md, site: www.cap.md
- **Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”**
Telefonul de încredere: 080 088 008
tel.: 0 (22) 23-49-06, fax: 0 (22) 23-49-07, e-mail: office@lastrada.md,
site: www.lastrada.md
- **Centrul de Drept al Femeilor (CDF)**
tel./fax: 0 (22) 81-19-99, GSM.: 068 855 050, 080 080 000 (apel gratuit);
e-mail: office@cdf.md, site: www.cdf.md
- **Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC)**
tel.: 078 000 480; 0 (22) 75-88-06, 75-67-78, fax: 0 (22) 74-83-78,
e-mail: office@cnpac.md, site: www.cnpac.md

- **Asociația „Promo-LEX”**
tel./fax: 0 (22) 45-00-24, e-mail: info@promolex.md,
site: www.promolex.md
- **Refugiul „Casa Mărioarei”**
tel.: 0 (22) 72-58-61, e-mail: cmarioarei@gmail.com;
site: www.antiviolența.md
- **Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”**
tel/fax: 0 (22) 27-32-22, 0 (22) 27-06-19, 079 704 809,
e-mail: rctv@memoria.md, site: www.memoria.md
- **Camera de Plasament de Urgență pentru victimele violenței în familie (Telenești)**
Tel: 079 588 052
- **Centrul „Onoarea și Dreptul Femeilor Contemporane” (Bălți)**
tel.: 0 (231) 70-778, 0 (231) 77-794, 0 (231) 70-149, 079 055 616,
e-mail: olgapatlati@mail.ru
- **Centrul de Criză Familială „Sotis” (Bălți)**
tel.: 0 (231) 92-541, fax: 0 (231) 33-475, e-mail: ccf.sotis@gmail.com
- **Centrul Maternal „Pro Familia” (Căușeni)**
tel.: 0 (243) 26-721, 0 (243) 26-975, 0 (243) 26-835,
e-mail: profamilia2006@gmail.com
- **Centrul Maternal „Pro-Femina” (Hâncești)**
tel.: 0 (269) 23-364, e-mail: profemina.2009@mail.ru
- **Centrul Maternal (Cahul)**
tel.: 0 (299) 44-080, e-mail: centru-maternal.cahul@mail.ru
- **Centrul de Asistență și Consiliere a Victimelor Violenței în Familie „Ariadna” (Drochia)**
tel.: 0 (252) 20-308, 079 000 118; e-mail: cm_ariadna@yahoo.com

➤ **A. O. „Stimul” (Ocnîța)**

tel.: 060 165 416, fax: +373 (271) 2 33 51;

e-mail: moldovastimul@inbox.ru

➤ **A. O. „Vesta” (Comrat)**

tel.: +373 (298) 840 63, +373 (298) 840 62

➤ **Centrul de Resurse pentru Tineret „Dacia” (Soroca)**

tel.: 0 (230) 23-619, 0 (230) 92 964; e-mail: crt.dacia@gmail.com;

site: www.youthsoroca.md

3. Servicii pentru agresori:

➤ **Program de schimbare pentru bărbații care aplică acte de violență (Chișinău)**

tel.: 060 474 277; e-mail: cnfacem@gmail.com

➤ **Centrul de Asistență și Consiliere pentru Agresori Familiali (Drochia)**

tel.: 079 000 115

➤ **Centru de Asistență și Consiliere pentru Agresori Familiali (Căușeni)**

tel.: 079 998 755; e-mail: nonviolenta.causeni@yahoo.com

➤ **Centru de Asistență și Consiliere pentru Agresori Familiali (Ocnîța)**

tel.: 079 782 093; 027 164 832

Leziunile asociate cu violența în familie și în bază de gen



Echimoze prin lovire cu catarama



Echimoză prin lovire cu palma



Echimoze prin lovire cu un cablu îndoit



Echimoze prin lovire cu unealta
de bătut covoare



Mușcătură



Excoriații și echimoze produse cu
degetele – atragere forțată a corpului



Arsuri produse cu țigara



Strangulare cu ștergarul –
asfixie mecanică



Sugrumare cu mâna – asfixie mecanică



Echimoze pe suprafața internă a
brațului – imobilizarea victimei cu mâna



Echimoză la nivelul sânelui –
agresiune sexuală



Echimoze pe suprafața internă
a coapsei – agresiune sexuală

Bibliografie

1. Aalbers C., Vilcu N. Obligațiile pozitive ale statului în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului în materie de violență în familie. Manual destinat practicienilor din sectorul justiției pentru a asigura accesul la justiție a victimelor violenței în familie, 2019, http://cdf.md/files/resources/145/Handbook_RO.pdf
2. Aggrawal A. Forensic and medico-legal aspects of sexual crimes and unusual sexual practices. Boca Raton: CRC Press, 2009. 410 p.
3. Albu N. Dimensiunea de gen în sectorul de securitate și apărare. Manual. Modulul IV: violența sexuală și în bază de gen în condiții de pace și conflict. Chișinău: Tipogr. „Elan Poligraf”, 2017. 140 p.
4. Andersson T., Heimer G., Lucas S. Violence and health in Sweden: a national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to health. Uppsala, 2014, 94 p.
5. Bastick M., Grimm K., Kunz R. Sexual violence in armed conflict. Global Overview and Implications for the Security Sector. Geneva: SRO Kundig, 2007. 214 p.
6. Beijing Declaration and Platform for Action. United Nations, 1995. https://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf?v=1&d=20150303T234153
7. Blank K., Rösslhuber M. Manual de instruire a cadrelor medicale în adresarea violenței de gen. Vienna, 2015. 96 p.
8. Brânză S. ș.a. Drept penal. Ediția a II-a. Chișinău: „Cartier”, 2005, vol. 2. p.159-179
9. Bunăstarea și siguranța femeilor, OSCE, 2019. https://www.osce.org/files/f/documents/e/f/425867_o.pdf
10. Căprioară F. M., Căprioară A. C. Ce este și ce nu este violența? Acta Universitatis George Bacovia. Juridica - Volume 2. Issue 2/2013, <http://juridica.ugb.ro/>
11. Cheianu-Andrei D., Perevoznic Iu., Zaporozjan-Pîrgari A. et al. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova: În baza metodologiei IMAGES. Chișinău: „Bons Offices”, 2015. 128 p.
12. Codul Contravențional al Republicii Moldova, nr. 218/2008. În: Monitorul Oficial nr.78-84 din 17.03.2017
13. Codul Civil al Republicii Moldova, nr.1107/2002. În: Monitorul Oficial nr.82-86/661 din 22.06.2002
14. Codul de Procedură Civilă al Republicii Moldova, nr. 225/30.05.2003. Republicat în: Monitorul Oficial nr.130-134/415 din 21.06.2013
15. Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova nr.122/2003. În: Monitorul Oficial nr. 248-251 din 05.11.2013
16. Codul Familiei al Republicii Moldova, nr.1316/26.10.2000. În: Monitorul Oficial nr. 47-48/210 din 26.04.2001
17. Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985/2002. Monitorul Oficial nr.72-74 din 14.04.2009
18. Codul Penal al României nr. 286/2009. În: Monitorul Oficial nr. 510 din 24.07.2009, <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/223635>
19. Comitetul CEDAW. 2015. Recomandarea generală nr. 33 privind accesul femeilor la justiție, alin. 26
20. Concluziile comune pentru „Eliminarea și prevenirea tuturor formelor de violență împotriva femeilor și fetelor” Secțiunea C 57 sesiune 2013
21. Constituția Republicii Moldova adoptată la 29.07.1994
22. Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei adoptată de Adunarea Generală a Națiunilor Unite prin Rezoluția 34/180 din 18.12.1979. Ratificată de către

- Parlamentul Republicii Moldova conform Hotărârii nr. 87-XII din 28.04.1994, https://old.msmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/cedaw_text_20rom.pdf
23. Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, 2011, <https://rm.coe.int/168046253e>
 24. Fisher B. S., Lab S. P. *Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention*. SAGE Publications, 2010. p. 257
 25. Ghervas M., Gornea M., Maxim I. et. al. Implementarea legislației cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. Suport de curs. Chișinău: „Bons Offices”, 2015. 144 p.
 26. Gill A. Honour killings and the quest for justice in black and minority ethnic communities in the UK. *Crim Justice Policy Rev.*, 2009, 20(4), p. 475-494
 27. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO, 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
 28. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization, 2003, 144 p.
 29. Heise L. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against Women*. 1998, vol. 4, nr. 3, p. 262-290
 30. Heise L. What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview. <https://www.oecd.org/derec/49872444.pdf>
 31. Heise L., Ellsberg M., Gottemoeller M. *Ending Violence Against Women*. Baltimore: John's Hopkins University School of Public Health, 1999. Report No.: Series L, No. 11. 44 p.
 32. Horga I., Nicoară B. Prestarea serviciilor de către poliție, parte a răspunsului multisectorial în cazurile de violență în bază de gen. Proceduri Standard de Operare, 2015. <http://antiviolența.gov.md/wp-content/uploads/2019/08/Prestarea-serviciilor-de-asistenta-medicala.pdf>
 33. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.129/2010 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a centrelor de reabilitare a victimelor violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr .30-31/176 din 26.02.2010
 34. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. În: Monitorul Oficial nr. 92-98 din 18.04.2014
 35. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 281/2018 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de prevenire și combatere a violenței față de femei și a violenței în familie pe anii 2018-2023 și a Planului de acțiuni pentru anii 2018-2020 privind implementarea acesteia. În: Monitorul Oficial nr.121-125 din 13.04.2018
 36. How Do I Know If I Have Consent? <https://www.dartmouth.edu/consent/communication/whendo.html>
 37. Integrating poverty and gender into health programmes. A sourcebook for health professionals: module on sexual and reproductive health. WHO, 2008 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206996/9789290613893_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 38. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. WHO, 2014. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_Invest-CAHstrategy_140440.pdf
 39. Kandala N.-B., Komba P. N. *Female genital mutilation around the world: analysis of medical aspects, law and practice*. Springer International Publishing AG, 2018. 226 p.
 40. Legea Republicii Moldova nr.121/2012 cu privire la asigurarea egalității. În: Monitorul Oficial nr.103 din 29.05.2012

41. Legea Republicii Moldova nr.1227/1997 cu privire la publicitate. În: Monitorul Oficial nr. 67-68 din 16.10.1997
42. Legea Republicii Moldova nr.137/2016 cu privire la reabilitarea victimelor infracțiunilor. În: Monitorul Oficial nr. 293-305 din 09.03.2017
43. Legea Republicii Moldova nr.140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți. În: Monitorul Oficial nr.167-172/534 din 02.08.2013
44. Legea Republicii Moldova nr. 198/2007 cu privire la asistența juridică garantată de stat. În: Monitorul Oficial nr. 157-160/614 din 05.10.2007
45. Legea Republicii Moldova nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. În: Monitorul Oficial nr.176-181 din 30.12.2005
46. Legea Republicii Moldova nr. 320/27.12.2012 cu privire la activitatea poliției și statutul polițistului. În: Monitorul Oficial nr. 42-47/145 din 01.03.2013
47. Legea Republicii Moldova nr. 338/1994 privind drepturile copilului. În: Monitorul Oficial nr.13/127 din 02.03.1995
48. Legea Republicii Moldova nr. 411/1995 a ocrotirii sănătății. În: Monitorul Oficial nr. 34 din 22.06.1995
49. Legea Republicii Moldova nr. 436/2006 privind administrația publică locală. În: Monitorul Oficial nr. 32-35 din 09.03.2007
50. Legea Republicii Moldova nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr. 55-56 din 18.03.2008
51. Legea Republicii Moldova nr. 5 din 09.02.2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați. În: Monitorul Oficial nr. 47-50 din 24.03.2006
52. Legea Republicii Moldova nr. 547/25.12.2003 a asistenței sociale. În: Monitorul Oficial nr. 42-44/249 din 12.03.2004
53. Legea Republicii Moldova nr. 68 din 14.04.2016 cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar. În: Monitorul Oficial nr.157-162 din 10.06.2016
54. Legea Republicii Moldova nr.713/2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope. În: Monitorul Oficial nr. 36-38/208 din 14.03.2002
55. Men in focus. Unpacking masculinities and engaging men in the prevention of violence against women. <https://media-cdn.ourwatch.org.au/wp-content/uploads/sites/2/2019/11/06231948/Men-in-focus-Summary.pdf>
56. Metodica-tip de efectuare a expertizei judiciare medico-legale – Expertiza medico-legală a persoanelor. Ordinul CML nr. 40 din 28.12.2017 cu privire la aprobarea și implementarea în practica medico-legală a metodicilor-tip de efectuare a expertizei judiciare
57. Milošević G. B. Gender equality and gender-based violence: handbook. Belgrade: Scanner studio, 2013. 178 p.
58. Morari G., Pădure A., Zarbailov N. Ghid pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor. Chișinău: Ed. Cartea Juridică, 2016, 160 p.
59. Nivelul infracționalității în Republica Moldova în anul 2020, <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6929>
60. Notă informativă a MAI al Republicii Moldova privind starea infracționalității în domeniul infracțiunilor ce atentează la viața și sănătatea persoanei, precum și celor comise în sfera relațiilor familiale pe parcursul a 3 luni ale anului 2020, https://politia.md/sites/default/files/ni_violenta_in_familie_3_luni_2020_pentru_pagina_web-konvertirovan.pdf
61. Notă informativă privind practica judiciară ce vizează aplicarea măsurilor de protecție în cazurile de violență în familie (Capitolul XXII2 CPC) CSJ, 2020

62. Observații finale ale CEDAW privitor la Moldova, CEDAW /C/MDA/ CO/6 10 martie 2020
63. Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 360 din 08.08.2018 cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie
64. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 265/2009 privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (FO03/e)
65. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.1167/2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie
66. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.1167 din 15.10.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția structurilor teritoriale de asistență socială în cazurile de violență în familie
67. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 30/2019 cu privire la recoltarea și analiza probelor biologice pentru stabilirea alcoolemiei, consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, de medicamente cu efecte similare acestora
68. Pachetul serviciilor esențiale pentru femei și fete supuse violenței. Elemente de bază și instrucțiuni privind calitatea https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/effective_governance/serviciile-esen_iale- Pentru-femeile-i-fetele-supuse-violenței-.html
69. Perevoznic I. Monitorizarea proceselor de judecată pe cauze de violență în familie, violență sexuală și trafic de ființe umane, 2018. http://cdf.md/files/resources/135/CDF_Monitorizare_web_RO.pdf
70. Perevoznic I., Rusu L., Țurcan A. Raport de analiză a compatibilității legislației Republicii Moldova cu prevederile Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, 2019. <http://cdf.md/files/resources/141/CDF%20Raport%20compatibilitate.pdf>
71. Popovici L., Vișanu S., Sincovschi T. et.al. Documentarea violenței în bază de gen: Ghid practic. Chișinău, Tipogr. „Depol Promo”, 2019. 92 p.
72. Prestarea serviciilor de asistență medicală, parte a răspunsului multisectoriale în cazurile de violență în bază de gen. Proceduri Standard de Operare. UNFPA, 2015, 31 p.
73. Preventing and combating sexism. Recommendation CM/Rec(2019)1 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 2019 <https://rm.coe.int/cm-rec-2019-1-on-preventing-and-combating-sexism/168094d894>
74. Prpic M. Combating <honour> crimes in the EU. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI\(2015\)573877_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/573877/EPRS_BRI(2015)573877_EN.pdf)
75. Raport al Curții Constituționale a Republicii Moldova la cel de al XVI-lea Congres al Conferinței Curților Constituționale Europene
76. Raport de estimare a costurilor violenței în familie și a violenței împotriva femeilor în Moldova. Chișinău: Nova Imprim. 88 p.
77. Raport din perspectiva respectării drepturilor omului. Implementarea legislației Republicii Moldova cu privire la violența în familie, 2012, <http://cdf.md/files/resources/122/Raport%20Violenta%20ocomet%20RO.pdf>
78. Regulamentul Centrului de Medicină Legală. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 58 din 04.02.2010. În: Monitorul Oficial nr.20-22 din 09.02.2010
79. Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali și standardele minime de calitate. În: Monitorul Oficial nr.174-177/535 din 04.07.2014

80. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO Press, 2013, 56 p.
81. Rezoluția Consiliului de Securitate al ONU nr.1820 din 2008 privind femeile, pacea și securitatea, <http://undocs.org/en/S/RES/1820> (2008)
82. Rezoluția Consiliului de Securitate al ONU nr.1888 din 2009 privind violența sexuală împotriva civililor în conflictele armate, <https://www.un.org/ruleoflaw/files/N0953446.pdf>
83. Schornstein Sh. L. Violența domestică și asistența medicală. Chișinău: Epigraf SRL, 2003. 204 p.
84. Seifert R. War and Rape. Analytical Approaches (1992), https://wilpf.org/wp-content/uploads/2014/08/1992_War_and_Rape.pdf
85. Standardele CEDAW pentru consolidarea răspunsului de sănătate la violența în bază de gen (Recomandarea Generală nr. 24)
86. Standardele CEDAW pentru soluționarea eficientă a cazurilor de violență în bază de gen (Recomandarea Generală nr.19)
87. Strengthening health system responses to genderbased violence in Eastern Europe and Central Asia. A resource package. UNFPA and WAVE 2014. 346 p.
88. Tulbure I. Sistemul normelor sociale. Revista națională de drept. Chișinău, 2016. nr. 7, p.19-24
89. Turliuc M. N., Huțuleac A. K., Dănilă O. Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009, https://www.researchgate.net/profile/Maria-Turliuc/publication/273454357_Violenta_in_familie_Teorii_particularitati_si_interventii_specifice/links/554ba3ef0cf29f836c979407/Violenta-in-familie-Teorii-particularitati-si-interventii-specifice.pdf
90. Tyyskă V., Saran S. Family Violence. Ryerson University, 2013, p .2
91. Universal Declaration of Human Rights, https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/eng.pdf
92. UNODC. Global Study on Homicide 2019. Vienna, 2019, 38p.
93. Violence against women: an EU-wide survey Main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. 193 p.
94. Violence prevention: the evidence. WHO, 2010, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Violența față de femei în familie în Republica Moldova. Chișinău: Nova Imprim SRL, 2011, 148p.
96. Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE. Rezultatele pe scurt. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2014, 44 p.
97. Violența sexuală și de gen împotriva refugiaților, returnaților și persoanelor deplasate intern. Ghidul UNHCR de prevenire și răspuns. București: Pass International Com-Prod, 2003. 35 p.
98. Walker L.E. Battered Woman. New York: Harper & Row, 1979. 288 p.
99. Welchman L., Hossain S. ‘Honour’ Crimes, Paradigms, and Violence against Women. New-Delhi: Zubaan, 2006, 384 p.

Jurisprudența CtEDO

1. Cauza Mudric contra Republicii Moldova, nr.74839/10, Hotărârea din 16.07.2013. Definitivă la 16 octombrie 2013
2. Cauza B. contra Republicii Moldova, Hotărârea din 16.07.2013.
3. Cauza Eremia contra Republicii Moldova, Hotărârea din 28.05.2013
4. Cauza T. M. și C. M. contra Republicii Moldova, Hotărârea din 28.01.2014



Prezentul suport de curs a fost elaborat cu sprijinul Centrului de Drept al Femeilor în cadrul proiectului „Consolidarea eficienței și accesului la justiție în Moldova”, implementat de PNUD Moldova, cu suportul financiar al Suediei. Opiniile aparțin autorilor și nu reflectă neapărat opinia PNUD și a Suediei.