



CENTRUL DE DREPT
AL FEMEILOR

GHID

pentru specialiștii
din sistemul de sănătate privind
intervenția eficientă în cazurile de
violență împotriva femeilor

Chișinău, 2017

Aprecieri

Ghidul a fost elaborat de Centrul de Drept al Femeilor în parteneriat cu Ministerul Sănătății în cadrul proiectului „*Consolidarea răspunsului specialiștilor din domeniul sănătății la violența în bază de gen*”, realizat cu susținerea Fondului ONU pentru Populație (UNFPA) și Fundației OAK. Ghidul a fost editat cu sprijinul financiar al UNFPA și Fundației OAK. Publicarea acestui Ghid a fost posibilă cu suportul financiar al Guvernului Suediei.

Punctele de vedere și opiniile exprimate în această publicație aparțin exclusiv autorilor și nu reflectă neapărat punctele de vedere ale donatorilor.

Contribuții

Exprimăm deosebite mulțumiri grupului de specialiști grație competențelor și suportului acordat a fost posibilă elaborarea acestui ghid.

Autori

Galina Morari, șef adjunct al Direcției asistență medicală spitalicească, Ministerul Sănătății;

Andrei Pădure, vicedirector al Centrului de Medicină Legală;

Natalia Zarbailov, conferențiar universitar la Catedra Medicina de Familie a USMF „Nicolae Testemițanu”.

Activitatea grupului a fost coordonată de dna Angelina Zaporojan-Pîrgari, președinte al CDF, și de Eleonora Grosu, coordonator de programe în cadrul CDF.

Aducem mulțumiri speciale participanților la Cursul de formare a formatorilor „*Rolul sistemului de sănătate în soluționarea cazurilor de violență față de femei și a violenței în familie*”: experților și practicienilor din cadrul Centrului de Medicină Legală, Clinicii Universitare de Asistență Medicală Primară „Nicolae Testemițanu”, conferențiarilor și asistenților universitari de la USMF „Nicolae Testemițanu”, profesorilor Colegiului Național de Medicină și Farmacie, cercetătorilor științifici din cadrul Laboratorului științific de obstetrică și Laboratorului științific de perinatologie, Institutului Mamei și Copilului, specialiștilor din cadrul Direcției asistență medicală spitalicească a Ministerului Sănătății.

Mulțumiri deosebite exprimăm și membrilor Coaliției Naționale „Viața fără Violență”, Centrului de asistență a victimelor și potențialelor victime ale traficului de persoane (mun. Chișinău), Centrului de Drept al Femeilor, Centrului de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”, Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, Gender-Centrului, Centrului „Artemida”, Centrului Internațional „La Strada”, precum și reprezentanților organizațiilor nonguvernamentale din Transnistria, specialiștilor implicați direct în asistarea femeilor și copiilor victime ale violenței, care au contribuit la reflectarea subiectelor abordate în prezentul ghid. Remarcăm devotamentul și angajamentul lor profesional, manifestat prin participare activă, întrebări și soluții oferite.

© Centrul de Drept al Femeilor. Toate drepturile sunt rezervate. Conținutul acestei publicații poate fi folosit în scopuri educaționale sau în alte scopuri necomerciale fără acordul prealabil al CDF, cu condiția indicării sursei de informație.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

„30” „12” 2016

nr. 1083

**Cu privire la aprobarea Ghidului pentru
specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția
eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor**

În vederea asigurării unui standard de calitate a actului medical, în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

ORDON:

1. Se aprobă Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor, conform anexei.
2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare vor organiza implementarea Ghidului pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor, în cadrul asistenței medicale acordate populației.
3. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și Colegiile de Medicină vor organiza implementarea Ghidului pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor, în activitatea didactică a catedrelor respective.
4. Centrul Național de Management în Sănătate va organiza plasarea Ghidului pe pagina WEB a Ministerului Sănătății, la rubrica „Activitate”.
5. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Viceministru

Liliana IAȘAN

CUPRINS

CAPITOLUL I INTRODUCERE	6
CAPITOLUL II VIOLENȚA DE GEN ȘI VIOLENȚA ÎN FAMILIE: DATE GENERALE ...	8
Secțiunea 1. Fenomenul violenței în bază de gen, definițiile și formele acesteia .	9
Secțiunea 2. Prevalența violenței în bază de gen	14
Secțiunea 3. Cauzele și dinamica violenței în bază de gen.....	15
Secțiunea 4. Miturile despre violența de gen.....	21
Secțiunea 5. Violența de gen și discriminarea multiplă.....	25
Secțiunea 6. Consecințele violenței de gen	26
CAPITOLUL III ROLUL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN SOLUȚIONAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ DE GEN	30
Secțiunea 1 Standarde internaționale pentru consolidarea răspunsului sistemului de sănătate în cazurile de violență de gen	31
Secțiunea 2. Standarde naționale pentru consolidarea răspunsului sistemului de sănătate în cazurile de violență bazată pe gen	36
CAPITOLUL IV INTERVENȚIA SPECIALIȘTILOR DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN SOLUȚIONAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN	39
Secțiunea 1. Identificarea cazurilor de violență bazată pe gen.....	41
Secțiunea 2. Examenul medical și prestarea de servicii medicale	52
Secțiunea 3. Documentarea cazului de violență de gen	57
Secțiunea 4. Clasificarea leziunilor	61
Secțiunea 5. Documentarea traumelor și fotografierea.....	70
Secțiunea 6. Arhivarea și asigurarea confidențialității documentației medicale .	72
Secțiunea 7. Examinarea medico-legală și prezentarea probelor în instanța de judecată	73
Secțiunea 8. Evaluarea riscurilor și planificarea măsurilor de siguranță	77
CAPITOLUL V. SISTEMUL DE REFERIRE	84
Secțiunea 1. Servicii de asistență specializată pentru femei.....	87
Secțiunea 2. Servicii generale de asistență	91
Secțiunea 3. Asistența medicală și serviciile medico-legale	91

Secțiunea 4. Poliția și instanțele de judecată.....	92
CAPITOLUL VI. MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA INTERVENȚIILOR SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN	93
CAPITOLUL VII. PARTICULARITĂȚILE INTERVENȚIEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ SEXUALĂ	101
Lista acronimelor și abrevierilor	115
ANEXA nr.1 Datele globale și regionale de prevalență a violenței în bază de gen. Concluzii selective (OMS și alții, 2013)	116
ANEXA nr.2 Etapele de îngrijire a supraviețuitorilor violenței bazate pe gen	117
ANEXA nr.3 Lista de verificare pentru elaborarea unui plan de siguranță împreună cu victima.	120
ANEXA nr.4 Plan-model de siguranță individuală pentru femeile care au suportat violență din partea partenerului intim sau altor membri de familie	121
ANEXA nr.5 Instrument de evaluare a riscului după lucrarea „Evaluarea riscului” de Jackuelyn C. Campbell	123
ANEXA nr.6 Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45-XVI din 01.03.2007	125
ANEXA nr.7 Datele de contact ale Centrelor de asistență și protecție a victimelor violenței în familie	127
ANEXA nr.8 Model de chestionar elaborat de WAVE pentru aprecierea reacționării unei instituții de sănătate la violența bazată pe gen	129
ANEXA nr.9 Standarde de calitate în prestarea serviciilor de sănătate femeilor victime ale violenței bazate pe gen	137
ANEXA nr.10 Este oare sigur să se facă interviuarea?	139
ANEXA nr.11 Formularul OMS de documentare a violenței sexuale	140
ANEXA nr.12 Controlul probelor. Fișa de lucru a expertului medico legal	163

CAPITOLUL I

INTRODUCERE

Violența de gen (în continuare – VG) împotriva femeilor și fetelor este una din cele mai răspândite încălcări ale drepturilor omului, cu un impact semnificativ asupra sănătății lor fizice, psihologice, sexuale și reproductive. Studiile recente denotă că circa 25,4% din femeile din Europa și Asia Centrală au fost supuse pe parcursul vieții violenței fizice sau sexuale de partenerul intim sau de ne-parteneri (OMS etc., 2013).

Sectorul de ocrotire a sănătății are un rol crucial pentru identificarea primară a VG, asigurarea asistenței medicale pentru femeile și fetele victime ale violenței și referirea lor către serviciile esențiale, cum sunt adăposturile, centrele de consiliere sau asistență medicală specializată. Este o realitate că pentru multe victime ale violenței în familie vizita la lucrătorul medical este primul și uneori unicul pas prin care ele pot accesa servicii de sprijin și asistență. Femeile supuse violenței deseori se adresează pentru îngrijiri medicale chiar dacă nu dezvăluie agresiunea sau actele de violență. Studiile indică că femeile ar avea mai mare încredere în prestatorii de servicii de sănătate, cărora le-ar divulga actul suferit de agresiune. În acest sens, cadrele medicale sunt într-o postură unică de a interveni, de a oferi îngrijiri, informații vitale și suport adecvat în situații critice femeilor și copiilor care suportă ani la rând consecințele negative ale violenței.

Astfel, este deosebit de importantă consolidarea capacităților specialiștilor din domeniul sănătății de a identifica și acorda asistență și sprijin femeilor și fetelor victime ale violenței în bază de gen.

Urmând exemplul altor țări care au înregistrat progrese semnificative în vederea abordării violenței în bază de gen, au adoptat politici și programe pentru a elucida în acest sens rolul sectorului de ocrotire a sănătății, au elaborat directive și protocoale în domeniul sănătății, au implementat programe de instruire a specialiștilor din domeniu, Republica Moldova întreprinde pași concreți în vederea creșterii și consolidării capacității de reacționare a sistemului de ocrotire a sănătății și transpunerea acestui cadru într-un răspuns instituționalizat la nivel de instituții medicale, cu ramificările corespunzătoare pentru referirea cazuri-

lor, sprijinite de un nivel corespunzător de cunoștințe și aptitudini al specialiștilor din sănătate pentru identificarea violenței în bază de gen și reacționarea promptă la acest fenomen. Specialiștii din domeniul sănătății au un rol-cheie în asigurarea că sistemul de sănătate protejează sănătatea și drepturile femeilor și asigură suport în cazul VG, iar acest lucru poate fi îndeplinit numai dacă sistemul de sănătate este conectat direct cu serviciile de asistență specializată.

Avem plăcerea de a prezenta acest instrument practic cu titlul *Ghid pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor*, elaborat de Centrul de Drept al Femeilor în efortul de a îmbunătăți situația victimelor violenței în bază pe gen în Republica Moldova.

Acest ghid este adaptat după setul de materiale UNFPA-WAVE „*Consolidarea capacității sistemelor de sănătate de a răspunde la violența de gen din Europa de Est și Asia Centrală*”, elaborat pentru aprofundarea cunoștințelor și sporirea capacității profesioniștilor din domeniul sănătății în prevenirea violenței în bază de gen și asigurarea sprijinului și asistenței victimelor violenței.

Ghidul prezintă practicile și standardele internaționale, și se bazează pe o înțelegere a violenței împotriva femeilor din perspectiva de gen centrată pe drepturile omului și siguranța victimelor. Publicația este o resursă cuprinzătoare ce oferă specialiștilor din ocrotirea sănătății informații și instrumente utile cu scopul de a oferi un răspuns multidisciplinar la violența de gen.

Ghidul urmărește să sensibilizeze cadrele medicale de a contribui la o mai bună înțelegere a naturii și dinamicii violenței în bază de gen, de a spori gradul de conștiinciozitate al acestora în abordarea fiecărui caz în parte, de a oferi un răspuns adecvat în sprijinirea victimelor violenței de gen, pentru o reacționare adecvată față de ele atât la nivel individual, cât și de sistem.

CAPITOLUL II

VIOLENȚA DE GEN ȘI VIOLENȚA ÎN FAMILIE: DATE GENERALE

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili să:

- aibă o înțelegere profundă a fenomenului de violență de gen, să distingă formele violenței;
- cunoască date generale despre prevalența fenomenului atât în plan global, cât și național;
- stabilească cauzele violenței, să înțeleagă dinamica VG și manifestările mecanismelor de putere și control, pentru adoptarea unei atitudini lipsite de prejudecăți, care să sprijine victimele și să le valideze experiențele;
- să discearnă care este diferența între realitate și mit pentru a înțelege situația și necesitățile victimelor, adoptând o atitudine imparțială și profesionistă;
- să înțeleagă că femeile din anumite grupuri pot fi supuse riscului sporit de violență de gen și/sau să întâmpine obstacole specifice la obținerea suportului și protecției;
- să poată oferi victimelor informații despre consecințele VG asupra sănătății lor și copiilor.

Repere de conținut

Să înțelegem violența. Puncte-cheie

- Violența în familie este o formă de violență de gen, care își are originea în atitudinile și convingerile persistente referitor la inferioritatea femeilor față de bărbați.
- Femeile sunt victime în peste 95% din cazurile de violență în familie.
- Violența în familie de regulă este un proces sistematic, nu un eveniment

izolat, are un caracter ciclic, care nu se oprește de la sine.

- ▶ Violența este recurentă, tinde să devină mai frecventă și mai gravă.
- ▶ Violența în familie este un comportament intenționat și învățat.
- ▶ Scopul violenței în familie este stabilirea și exercitarea puterii și controlului asupra altei persoane.
- ▶ Agresorul folosește diferite forme de violență pentru a obține puterea și controlul asupra victimei: fizică, psihologică, sexuală, spirituală și economică.
- ▶ Agresorul este cel care cauzează violența, și nu abuzul de substanțe, victima sau relația.
- ▶ Comportamentul victimei este, de regulă, orientat spre supraviețuire.
- ▶ Toleranța ridicată față de violență în toate formele acestora și existența miturilor referitoare la violență determină considerarea comportamentului violent drept unul normal.
- ▶ Violența deghizată în normalitate se transmite de la o generație la alta. Violența împotriva femeii este un delict, prin urmare agresorii trebuie trași la răspundere.
- ▶ Buna înțelegere a dinamicii violenței în familie este crucială pentru ca lucrătorii medicali să intervină în mod eficient pentru stoparea și soluționarea cazurilor de violență în familie.

SECȚIUNEA 1. FENOMENUL VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN, DEFINIȚIILE ȘI FORMELE ACESTEIA

VG împotriva femeilor este o încălcare a drepturilor omului și constituie atât cauza, cât și consecința relațiilor inegale de putere dintre bărbați și femei. Violența în bază de gen este o problemă de sănătate publică, cu consecințe devastatoare asupra sănătății fizice, sexuale, reproductive și mintale a femeii.¹

Dreptul internațional definește **discriminarea în bază de gen** a femeii ca vizând orice *diferențiere, excludere sau restricție bazată pe sex, care are drept efect sau scop să compromită sau să anihileze recunoașterea, beneficiul și exercitarea de către femei, indiferent de starea lor matrimonială, pe baza egalității dintre femei și bărbat, a drepturilor omului și libertăților fundamentale în domeniile politic, economic, social, cultural, civil sau în orice alt domeniu* (Articolul 1 CEDAW).

¹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de organizația Femeile împotriva Violenței din Europa (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.13.

Violența de gen este *violența direcționată împotriva unei femei pentru că ea este o femeie și care afectează femeile în mod disproporționat*². Violența în bază de gen este o problemă structurală ce-și are rădăcinile adânci în relațiile inegale de putere dintre bărbați și femei. Asemenea acte de violență sunt perpetuate prin așteptări dăunătoare sociale și culturale despre rolurile de gen, tipic asociate cu o femeie sau bărbat, o fată sau băiat. Atitudinile prevalente sunt de a subordona femeile bărbaților și a permite bărbaților să aplice violența pentru a exercita controlul asupra femeilor. Atitudinile respective servesc la justificarea, tolerarea și perpetuarea violenței împotriva femeilor. Aceasta funcționează ca un mecanism pentru crearea și menținerea inegalității de gen. Femeilor și fetelor supuse violenței le este transmis mesajul că ele au o valoare mai joasă decât alții și că nu dețin controlul asupra vieții și corpului lor. Această stare rezultă în consecințe directe asupra sănătății lor, angajării în câmpul muncii și participării lor la viața socială și politică (Kelly 2005)³.

Pentru a genera capacitatea de a soluționa cazurile de violență împotriva femeilor din perspectiva dimensiunii de gen și pentru aducerea fenomenului violenței în bază de gen în atenția sistemului de sănătate, este critică înțelegerea perspectivei de gen ca fiind opusă perspectivei de sex.



INSTRUMENTE: Perspectiva de gen versus perspectiva de sex

Acest instrument prezintă definițiile conceptelor gen și sex și o generalizare a elementelor-cheie care permit o bună înțelegere a acestor concepte și a diferenței dintre ele.

Sexul se referă la diferențele biologice și fiziologice dintre femei și bărbați. În același timp, poate să nu fie posibilă o definire doar în baza diferențelor dihotomice dintre sexul feminin și cel masculin, după cum se demonstrează de existența persoanelor intersexuale (CEDAW Recomandarea Generală 28, MWIA 2002).

Genul se referă la identitatea construită social, atributele și rolurile percepute pentru femei și bărbați, și semnificația socială și culturală asociată diferențelor biologice dintre femei și bărbați ce rezultă în apariția de relații ierarhizate dintre femei și bărbați și într-o distribuție inegală a puterii și drepturilor, ce favorizează bărbații și dezavantajează femeile.

² Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW). Recomandarea Generală 19, articolul

3. Convenția de la Istanbul.

³ Ibidem, p. 14.

Rolurile și caracteristicile bazate pe gen nu sunt izolate, ci sunt definite prin interrelaționarea acestora, precum și prin relațiile dintre femei și bărbați, dintre fete și băieți. Deși sexul și funcțiile biologice asociate acestui calificativ sunt programate genetic, rolurile în bază de gen și relațiile de distribuire a puterii reflectate de acestea sunt create de societate – acestea variază în funcție de cultură și perioadă istorică, și deci pot fi modificate (CEDAW Recomandarea Generală 28, MWIA 2002).

Genul versus sexul

- **Genul** se referă la identitatea construită social, atributele și rolurile percepute pentru femei și bărbați;
- produsul societății, culturii, tradiției;
- variază între regiuni și perioade istorice.
- **Sexul** se referă la diferențele biologice și fiziologice dintre femei și bărbați;
- este înăscut;
- este universal, identic în toată lumea.



Judith Lorber în lucrarea sa *Paradoxes of Gender* (1994) definește genul astfel: *o instituție care stabilește modele de comportament pentru indivizi, ordonează procesele sociale ale vieții de zi cu zi, care a infuzat principalele organizări din societate, cum sunt economia, ideologia, familia și politica (...)*⁴.

Rolurile de gen reprezintă atitudinile și comportamentele dominante pe care societatea le asociază cu fiecare sex, spre exemplu, de cele mai dese ori femeilor li se atribuie să aibă grijă de gospodărie, să facă mâncare și să spele vasele, pe când bărbaților – să dețină funcții de conducere în viața publică și politică.

Conform datelor Studiului *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*⁵, care a avut drept obiectiv evaluarea atitudinilor și comportamentelor bărbaților pe diverse aspecte referitoare la egalitatea de gen, 90,5% dintre bărbați și 81,5% dintre femei consideră ca pentru o femeie cel mai important lucru este de avea grijă de casă și a găti pentru familia ei. Studiul a mai constatat că 46,5% dintre bărbați și 37,0% dintre femei sunt de părerea că atunci când femeile obțin drepturi, ele iau din drepturile bărbaților. Reieșind din cele expuse, perpetuarea mentalității tradiționale cu privire la statutul superior al bărbatului în familie și legitimitatea folosirii violenței în baza superiorității constituie sursa principală a violenței în familie⁶. În observațiile Finale ale CEDAW privitor la Moldova, Comitetul și-a exprimat îngrijorarea privitor la persistența atitudinilor patriarhale și stereotipurilor adânc înrădăcinate cu privire la rolurile și responsabili-

⁴ Citat de Oana Băluță. Suport de curs. Competențe civice. Egalitatea de șanse și de gen – obiectivul oricărei societăți democratice, 2015, p. 11.

⁵ Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova în baza metodologiei IMAGES, 2015.

⁶ Corcea Nicolae. Violența în familie, 2015, p. 23.

tățile femeilor în familie și societate (CEDAW/C/MDA/CO/3 paragraful 18)⁷, subliniind că astfel de atitudini și stereotipuri sunt cauze profunde ale poziției dezavantajate a femeilor, a violenței împotriva femeilor și segregării de gen. Ținând cont de faptul că rolurile de gen nu sunt determinate la naștere, sunt preluate prin observare și învățare, respectiv, pot fi influențate de educație, familie, școală, societate⁸, în același timp dată fiind evoluția continuă a societății și modificarea contextului social-istoric, ar trebui să se urmărească destructurarea modelului tradițional în toate aspectele vieții și remodelarea mentalului colectiv spre o acceptare a unei noi gândiri. Un pas important în atingerea acestui obiectiv îl pot reprezenta identificarea și conștientizarea stereotipurilor dominante din societate, la o anumită etapă.

Republica Moldova urmează să realizeze angajamentele naționale și internaționale în vederea asigurării egalității de gen, introducând și implementând dimensiunea de gen în documentele de politici din toate domeniile și la toate nivelurile.

În Republica Moldova, în conformitate cu Legea nr.45 din 01.03.2007 privind prevenirea și combaterea violenței în familie, violența în familie este definită ca: *orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare a unor alte persoane, manifestată fizic sau verbal, prin abuz fizic, sexual, psihologic, spiritual sau economic ori prin cauzare de prejudiciu material sau moral, comisă de un membru al familiei contra unor alți membri, inclusiv contra copiilor, precum și contra proprietății comune sau personale*⁹.

Cadrul legal național stabilește, definește și explică formele violenței în familie: violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală și economică¹⁰.

⁷ Observații finale cu privire la raportul periodic combinat al patrulea și al cincilea al Republicii Moldova. Adoptate de către Comitet în timpul sesiunii sale a 56-a (30 septembrie - 18 octombrie 2013). CEDAW/C/MDA/CO/3, par. 18, p. 5.

⁸ Suport de curs pentru formatori privind intervenția eficientă a poliției în cazurile de violență în familie în Moldova, p. 14.

⁹ Legea nr.45 din 01.03.2007 privind prevenirea și combaterea violenței în familie (art.2).

¹⁰ Ibidem.

EXEMPLE DE ACTE DE VIOLENȚĂ

Violență fizică	Aplicarea forței fizice, ce rezultă în cauzarea vătămarilor corporale, durere sau leziuni. Gravitatea leziunilor poate varia începând cu leziunile minime pentru țesuturi, oasele fracturate și până la pierderea permanentă a funcționalității și decesul victimei. Actele de violență fizică includ: • pămuierea, trântirea, tragerea de păr, împingerea, îmbrâncirea, înțeparea, tăierea, lovirea cu pumnul, bătaia, zgârierea, strangularea, mușcarea, apucarea, scuturarea, scuiparea, aplicarea de arsuri, răsucirea membrelor corpului, forțarea ingerării unei substanțe nedorite, intoxicarea, alte acțiuni cu efect similar; • restricționarea femeii pentru a o împiedica să solicite asistență medicală sau altă asistență; • folosirea obiectelor din unitatea domestică pentru lovirea sau cauzarea rănilor femeii, folosirea de arme (cuțite, arme de foc)
Violență sexuală	Orice raport sexual, tentativa de întreținere a raportului sexual, comentariile și avansurile nedorite cu tentă sexuală, acțiunile de trafic sau alte acțiuni direcționate împotriva sexualității persoanei, prin aplicarea coerciției, de către orice persoană, indiferent de relația cu victima, în orice împrejurări, inclusiv dar nu și limitat, la domiciliu sau locul de muncă (OMS 2002, citat în OMS 2013). Actele de violență sexuală includ: • violul, alte forme de abuz sexual; • expunerea forțată la pornografie; • însărcinarea forțată, sterilizarea forțată, avortul forțat
Violență psihologică	Acțiunea sau mai multe acțiuni care prejudiciază direct integritatea psihologică a femeii. Actele de violență psihologică includ: • amenințările de violență și vătămare împotriva femeii sau a unei persoane apropiate acesteia, prin cuvinte și acțiuni (de ex., prin urmărire sau demonstrarea ostentativă a armelor); • comentarii umilitoare și jignitoare; • izolarea și restricționări ale comunicării (de ex., prin a o încuia în casă, impunerea femeii de a renunța la locul de muncă sau prin a-i interzice să se adreseze la medic); • folosirea copiilor de partenerul intim violent pentru a controla și a trauma femeia (de ex., prin atacul asupra copilului, forțarea copiilor să privească atacurile asupra mamei lor, amenințarea cu luarea sau răpirea copilului). Aceste acte constituie acte de violență atât împotriva copiilor, cât și împotriva femeilor

Violența economică	Este aplicată pentru a limita și controla accesul femeii la resurse, inclusiv de timp, de transport, la baie, alimentație sau îmbrăcăminte. Actele de violență economică includ: • interzicerea femeii de a se angaja în câmpul muncii; • excluderea ei de la luarea deciziilor financiare în familie; • ascunderea banilor sau informației financiare; • refuzul de a achita facturile sau întreținerea pentru femeie ori copii ei; • distrugerea proprietății comune
Violența spirituală	Interzicerea sau limitarea accesului la valorile spirituale. • valori culturale – interzicerea de a viziona un spectacol, a citi o carte; • valori etnice – interzicerea de a respecta tradiții, obiceiuri naționale; • valori lingvistice – interzicerea de a învăța o limbă sau de a comunica cu oamenii ce vorbesc o anumită limbă; • valori religioase – interzicerea de a merge la biserică, a citi rugăciuni etc.; • impunerea unui sistem de valori personal inacceptabil, de ex., impunerea să se convertească la altă religie, alte acțiuni cu caracter similar

Sursă: adaptat după setul de materiale UNFPA-WAVE¹¹.

SECȚIUNEA 2.

PREVALENȚA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

Violența împotriva femeilor este o problemă ce nu mai poate fi amânată. Aceasta este clar din simpla analiză a statisticii. Cel puțin fiecare a treia femeie va fi probabil bătută, forțată să întrețină relații sexuale sau agresată altfel pe parcursul vieții... Nici o țară, nici o cultură și nici o femeie – fie aceasta tânără sau în vârstă – nu este imună față de acest flagel. Mult prea dese ori crimele rămân nepedepsite, iar agresorii rămân în libertate. (Ban Ki-Moon)¹²

Femeile sunt supuse VG în toate țările și regiunile din întreaga lume, inclusiv

¹¹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de organizația Femeile împotriva Violenței din Europa (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG).

¹² Remarcile Secretarului General Ban Ki-Moon adresate Comisiei ONU cu privire la statutul femeilor, New York, februarie 2008.

în Republica Moldova.

Un studiu publicat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 2013 privind prevalența globală și regională a celor două forme de violență în bază de gen (violența fizică comisă de partenerul intim, precum și violența sexuală comisă de ne-parteneri) concluzionează că *violența împotriva femeilor este o problemă de sănătate publică de proporții pandemice. Aceasta este împregnată în fiecare colț a lumii, pune sănătatea femeii în risc, limitează participarea femeilor în societate și cauzează mari suferințe umanității (OMS 2013).*

Studiul efectuat în Republica Moldova denotă că violența afectează un număr mare de femei, fără a ține cont de vârstă, mediul de reședință și statutul socioeconomic. Rata prevalenței totale a violenței din partea soțului/partenerului pe parcursul vieții (psihologică, fizică sau sexuală) de la vârsta de 15 ani este de 63 la sută, iar rata prevalenței violenței din partea soțului/partenerului în decursul ultimelor 12 luni este de circa 27 la sută. Cele mai vulnerabile sunt femeile din mediul rural, femeile cu un nivel scăzut de studii, șomerele sau cele angajate în activități agricole pe cont propriu¹³. Pentru concluziile selectate din acest studiu a se consulta **ANEXA nr.1: Datele globale și regionale de prevalență a violenței în bază de gen – Concluzii selectate (OMS și alții, 2013).**

SECȚIUNEA 3.

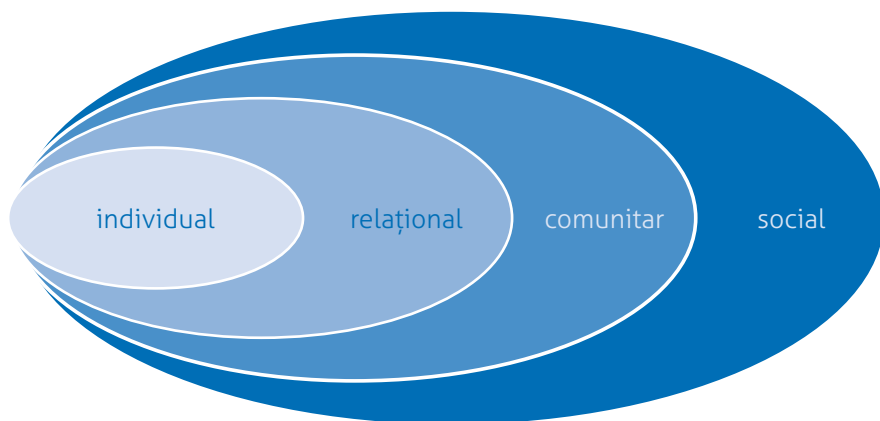
CAUZELE ȘI DINAMICA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

Violența de gen – fie sub formă de acte izolate sau de violență sistematică, nu este cauzată de un singur factor. Ea reprezintă o combinație a mai multor factori care sporesc riscul comiterii de bărbat a violenței și riscul femeii de a fi supusă violenței.

¹³ Studiul *Violența față de femei în familie în Republica Moldova* (2011, Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, în parteneriat cu PNUD, UN Women și UNFPA, cu sprijinul financiar al Ambasadei Suediei în Republica Moldova).

Diagrama nr.1

Contextul Cadrului ecologic pentru a înțelege violența împotriva femeilor¹⁴



Sursă: Heise, 1998.

Diagrama intitulată „**Cadrul ecologic**”, elaborată de Heise, diferențiază factorii de risc pe patru niveluri: **individual**, **relațional**, **comunitar** și **social** (Heise, 1998, citat de OMS, 2005). Modelul prezentat oferă un cadru cuprinzător pentru înțelegerea factorilor de risc relevanți fenomenului VG.

Factorii la nivel individual	Factori biologici și de istorie personală care sporesc riscul de comitere sau expunere la acte de violență. De exemplu, nivelul scăzut de educație, vârsta mică (mariajul timpuriu), statutul/venitul economic jos, actele de violență din trecut, violența intra-parentală în copilărie etc.
Factorii de nivel relațional	Factori ce contribuie la riscul VG la nivelul relațional dintre colegi, partenerii intimi și membrii de familie: de ex., există o probabilitate mai înaltă ca bărbații cu parteneri multipli să comită acte de violență față de partenerul intim, inclusiv violență sexuală; relațiile de satisfacție conjugală insuficientă, dezacordurile continue, decalajul de nivel educațional dintre parteneri etc.

¹⁴ Setul de materiale UNFPA-WAVE Consolidarea capacității de reacționare la violența în bază de gen a sistemului de sănătate din Europa de Est și Asia Centrală.

Factorii de nivel comunitar	Factori ce se referă la gradul de toleranță a VG în contextul relațiilor sociale, de ex., în școli, la locul de muncă sau în comunitate (femeile din zonele rurale, care trăiesc în sărăcie și care lucrează pe câmp sau strâng lemne fiind neînsoțite se află într-un risc sporit de a fi violate). Sărăcia poate de asemenea să pună presiune asupra femeilor de a-și menține locul de muncă, astfel ele devenind mai vulnerabile coerciției sexuale ori influențării de a se implica în ocupații ce prezintă un risc înalt de violență sexuală, cum ar fi lucrul în industria sexului. Studiile au dezvăluit faptul că în societățile unde s-au aplicat sancțiuni împotriva violenței, inclusiv unde a existat presiunea morală asupra vecinilor pentru a interveni în caz de violență, în locurile unde femeile au avut acces la adăposturi sau suport familial, s-a observat cel mai scăzut nivel de violență din partea partenerului intim și de violență sexuală
Factorii de nivel social	Factori ce cuprind normele culturale și sociale care configurează rolurile în bază de gen și distribuirea inegală de putere dintre bărbați și femei. Violența împotriva partenerului intim este mai frecventă în societățile unde bărbații dețin puterea economică și de luare a deciziilor, în care adulții recurg adesea la violență ca metodă de soluționare a conflictelor

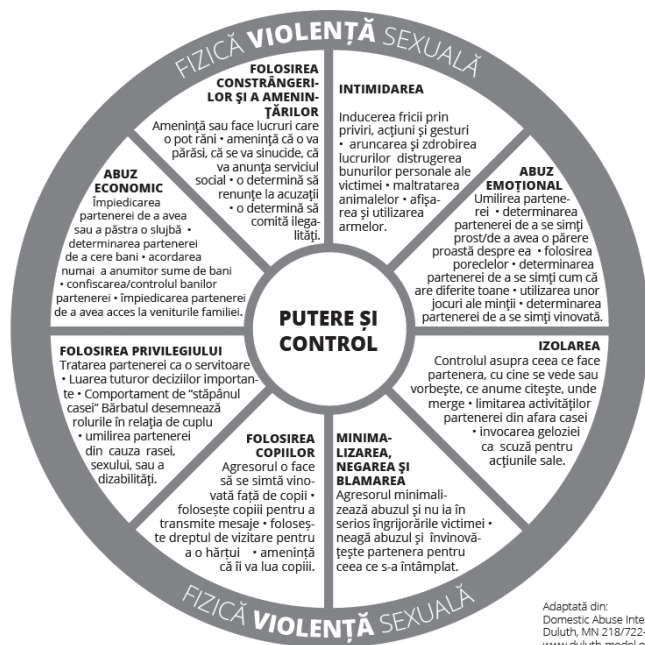
În scopul menținerii femeilor într-o poziție de subordonare, care la rândul său servește la perpetuarea violenței, sunt aplicate Puterea și Controlul.

Înțelegerea dinamicii violenței în relațiile dintre partenerii intimi poate să ajute specialiștii din domeniul sănătății să mențină o atitudine de sprijin, lipsă de condamnare și de validare a afirmațiilor victimelor violenței în familie, ceea ce constituie o premisă obligatorie pentru o reacționare eficientă a sistemului de sănătate la cazurile de violență bazată pe gen.

Roata Puterii și Controlului, creată de Proiectul de intervenție în caz de abuzuri din Duluth, Minnesota, sumarizează modelele comportamentale folosite de o persoană pentru a controla sau domina intenționat partenerul său intim: folosirea intimidării; aplicarea abuzului emoțional; folosirea izolării; diminuarea valorii, negarea sau blamarea; folosirea copiilor; folosirea privilegiului masculinității; folosirea abuzului economic; uzul coerciției și al amenințărilor.

Diagrama nr.2

Roata Puterii și Controlului



Roata Puterii și Controlului demonstrează relația dintre violența fizică și sexuală, intimidarea, coerciția și manipularea soției și copiilor care sunt deseori folosiți de către agresor. Agresorul utilizează aceste tactici pentru a menține puterea și controlul obținut prin violența fizică și sexuală. Chiar și un singur incident de violență fizică sau amenințare cu violența fizică poate fi suficient pentru instalarea puterii și controlului asupra partenerului. Controlul și puterea sunt apoi susținute de abuzul non-fizic și coerciție. De exemplu, un abuz verbal urmat de un abuz fizic creează pericolul producerii unui nou abuz fizic și astfel ar putea să fie suficient pentru a asigura puterea și controlul agresorului fără aplicarea violenței fizice propriu-zise.

Caracteristicile victimei și ale agresorului:

AGRESORUL

În copilărie a fost educat într-o familie în care violența era un mod de existență, în condiții de carență afectivă, priver de afectivitate din partea ambianței sociale apropiate. Posedă un nivel jos al dezvoltării moral-spirituale, gândire rigidă, conservatoare. Suportă unele consecințe genetice ale părinților care au fost bolnavi, dependenți de alcool, droguri, a moștenit tendințele pentru un comportament violent. Este afectat de stări patologice de limită : psihopatii, retardări mentale, nevroze, isterie, paranoia. Deține o imagine denaturată a echității, drepturilor omului, ierarhia statutului în societate, crede în supremația masculină și roluri de gen tradiționale. Folosește forța în relațiile sexuale, are așteptări și pretenții nerealiste, folosește izolarea ca strategie, formă de control. Are o autoapreciere inadecvată mai frecvent joasă, posedă psihologia dictatorului – „puterea decide totul”. Nu s-a afirmat la serviciu, în societate este manipulativ, pune pe seama altuia responsabilitatea pentru propriile greșeli.

VICTIMA

Stimă față de sine scăzută, cu rădăcini în copilărie, educată într-o familie în care violența era un mod de existență, economic dependentă de agresor, nu are posibilități de a rezolva problemele financiare, locative etc. Îl iubește pe agresor și este sentimental dependentă de acesta, nu crede că există căi de a elimina violența, nu crede în poliție, organele administrării locale, judecată etc. Împărtășește modele culturale, care judecă divorțul, se lasă convinsă de rude, prieteni, vecini, se teme că nu va fi crezută și va fi blamată de cei din mediul social, comunitar, se teme că va pierde dreptul de a-și educa copiii, consideră că poate face față de sine stătător circumstanțelor, încercând să pună capăt acțiunilor de violență, își asumă responsabilitatea pentru starea psihologică a agresorului, nu-și cunoaște drepturile, suportă stări psihologice grave: depresie, anxietate etc., care o lipsesc de capacitatea de apărare, speră că agresorul va renunța la unele dependențe (alcool, droguri) sau se va schimba și totul va reveni la normal.

De ce victima continuă să stea cu agresorul

Există numeroase teorii care explică de ce victima continuă să stea cu un partener violent. Sociologul suedez Eva Lundgren explică că femeile ce au trăit cu un partener violent întâmpină dificultăți în a numi și identifica propria experiență ca fiind marcată de violență, deoarece coabitarea într-o relație violentă le

modifică percepția și interpretarea actelor de violență trăite, astfel cu timpul ele adoptă percepția violenței pe care o are partenerul violent.

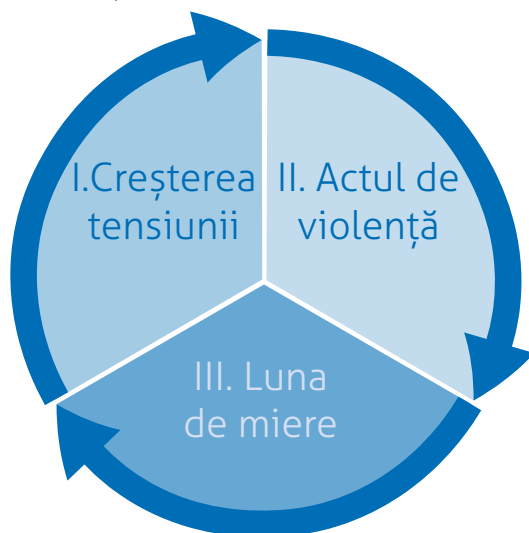
Ciclu violenței

L.Walker a lansat sintagma *ciclu violenței* pentru a descrie un ciclu al relațiilor de violență și a explica de ce unele femei rămân cu partenerii lor abuzivi¹⁵.

I etapă: În primul rând, are loc acumularea treptată a tensiunilor. Femeia încearcă să-și domolească partenerul, generând astfel un sentiment fals că ea este capabilă să controleze agresiunea acestuia și să prevină violența.

II etapă: Aceasta este urmată de un episod al violenței fizice, sexuale sau psihologice, care se consumă atunci când agresorul încetează temporar să abuzeze victima.

III etapă: (etapă supranumită „luna de miere”) agresorul își cere scuze și promite să-și schimbe comportamentul său violent. El poate să demonstreze un comportament deosebit de iubitor și grijuliu; acest comportament o convinge pe femeie că partenerul ei violent posedă și latura „bună”, pe care ea o va putea menține printr-o ajustare la comportamentul partenerului prin modificarea comportamentului ei. Astfel, cu timpul femeile dezvoltă o strategie de supraviețuire, care poate include o pasivitate extremă și periculoasă ce presupune negarea abuzului, refuzarea ajutorului oferit și chiar apărarea agresorului (L.Walker, 1979, citat din Stark, 2000).



¹⁵ Sherri L. Schornstein. *Violența și asistența medicală*, p. 69.

Sindromul Stockholm. Sindromul Stockholm este fenomenul în care victimele dezvoltă sentimente pozitive și se atașează emoțional de agresorii lor, chiar până la punctul de a le ține partea. Termenul vine de la un incident privind jefuirea unei bănci din Stockholm, Suedia, în august 1973, când, după 6 zile de captivitate, câteva dintre victimele răpite s-au împotrivit încercărilor de a fi salvate și au refuzat să depună mărturie împotriva celor care îi răpiseră. Sindromul este caracterizat de patru condiții: 1) oamenii cred că le este amenințată supraviețuirea; 2) li se arată mici semne de bunătate din partea atacatorilor; 3) sunt izolați de alte opinii; 4) sunt convinși că nu au scăpare. În cazul femeilor agresate, acestea sunt recunoscătoare pentru orice act de bunătate manifestat de agresor, neagă abuzul, sunt excesiv de vigilențe față de nevoile agresorului și bănuitoare cu cei care încearcă s-o ajute.

SECȚIUNEA 4.

MITURILE DESPRE VIOLENȚA DE GEN

Miturile și atitudinile stereotipizate despre violența de gen modelează modul de percepție și răspuns al societății la cazurile de violență împotriva femeilor. Miturile sunt idei și convingeri care nu se bazează pe fapte, respectiv, sunt false. Astfel de credințe pot afecta judecăți de valoare, pot descuraja intervenția specialiștilor din domeniul sănătății. Aceste mituri și atitudini oferă o informație eronată despre cauza apariției violenței. Ele sunt dăunătoare din cauza tendinței de a învinui victimele pentru comiterea actelor de violență, în loc să fie axate pe atragerea agresorilor la răspundere pentru comportamentul lor.

Exemple:

Mitul 1	<i>Femeile permit partenerului lor intim să comită acte de violență împotriva lor și dacă ar dori cu adevărat, pot să-și părăsească partenerul intim</i>
Realitate	Femeia nu merită nici într-un caz să fie abuzată. Comunitatea internațională consideră violența împotriva femeilor o încălcare a drepturilor omului, care nu poate fi justificată și care necesită o reacționare cuprinzătoare din partea statului. După cum se explică într-o serie de teorii cu privire la dinamica relațiilor violente, agresorii recurg la o combinație de tactici de control și de abuz, lucru care face foarte dificil pentru o femeie să scape de violență. Femeile sunt, de asemenea, împiedicate să părăsească relațiile violente de sentimentele de rușine și vinovăție, de absența unei locuințe sigure sau de credința că divorțul este ceva rău pentru copii

Mitul 2	<i>Conflictele și neînțelegerile constituie o parte normală a oricărei relații</i>
Realitate	„Orișicine își poate pierde controlul,” este o scuză frecvent utilizată pentru justificarea violenței partenerului intim. Totuși, violența nu ține de „pierderea” controlului ci, mai degrabă, presupune „obținerea” controlului prin utilizarea amenințărilor, intimidării și violenței. Violența în relații este o manifestare a relațiilor de putere, istoric inegale, între bărbați și femei
Mitul 3	<i>Bărbații și femeile sunt în egală măsură violenți unul față de celălalt</i>
Realitate	Majoritatea celor afectați de VG, în special, de violența comisă de partenerul intim, sunt femeile și fetele. La nivel mondial, aproape jumătate (47%) din toate femeile victime ale omuciderii în 2012 au fost omorâte de către partenerii intimi sau de membrii familiei, comparativ cu mai puțin de 6% de bărbați – victime ale omuciderii (UNODC, 2013). Un studiu din Moldova denotă că deseori agresorii ce comit acte de violență împotriva femeilor sunt membri de familie, majoritatea preponderentă fiind actualii sau foștii soți (73,4%), urmași de tații biologici sau vitregi (13,7%) (Raportorul Special al ONU în domeniul violenței împotriva femeilor, 2009)
Mitul 4	<i>Violența în familie are loc doar în cazul unui anumit tip de persoane</i>
Realitate	Violența în familie afectează toate femeile, indiferent de statutul lor social-economic. Mitul a apărut deoarece exista o probabilitate mai mare ca în atenția agențiilor specializate să intre persoanele ce provin din familii cu venituri reduse. Familiile cu resurse mai multe uneori ascund violența mai bine. Studiile arată că violența afectează toate categoriile de familii
Mitul 5	<i>Violența în bază de gen include doar abuzul fizic (lovituri, lovituri cu pumnii, mușcături, palmuiri, îmbrânciri etc.)</i>
Realitate	Violența fizică este doar o formă a violenței. Dreptul internațional definește violența împotriva femeilor ca <i>orice act de violență în bază de gen care rezultă sau pot rezulta în cauzarea femeilor a unor vătămări sau suferințe fizice, sexuale sau mintale</i>

Mitul 6	<i>Violența în bază de gen este cauzată de consumul abuziv de substanțe, cum sunt alcoolul și/sau drogurile</i>
Realitate	În timp ce consumul abuziv de substanțe este prezent în multe cazuri de violență în familie și poate cauza reacții dezinhibate, totuși acesta constituie un factor ce poate contribui la, dar nu și cauza violența. Consumul excesiv de alcool sau consumul de droguri nu pot servi ca justificări pentru actele de violență. Nu toți agresorii ce comit acte de violență în familie consumă droguri sau alcool și nu toate persoanele care consumă alcool sau droguri devin violente
Mitul 7	<i>Femeile trebuie să tolereze violența pentru a păstra familia</i>
Realitate	Argumentul adus pentru a motiva că femeile trebuie să rămână în relația abuzivă este bunăstarea copiilor. Însă, este un fapt bine demonstrat că siguranța și sănătatea copiilor sunt afectate în mod negativ dacă copiii sunt supuși violenței sau devin martorii violenței în familie
Mitul 8	<i>Violența în familie este o chestiune privată de familie, în care statul nu are dreptul de imixtiune. Modul în care un bărbat își tratează soția ține de domeniul privat</i>
Realitate	Violența împotriva femeilor este o încălcare a drepturilor omului, indiferent dacă are loc în ambianța familiei sau în sfera publică. În conformitate cu normele internaționale privind drepturile omului, cum este CEDAW sau Convenția de la Istanbul, statele nu doar sunt îndreptățite să elimine toate formele de violență împotriva femeilor, ci au obligația pozitivă să acționeze în acest sens
Mitul 9	<i>Bărbații violenți nu-și pot controla violența</i>
Realitate	Bărbații violenți cred deseori acest lucru. Această convingere permite agresorului neasumarea responsabilității față de actele comise. Majoritatea celor care își agresează soțiile își controlează comportamentul violent față de alte persoane, cum ar fi prietenii sau colegii, unde nu există nevoia de dominare și control. Violența în familie este o conduită intenționată. Agresorii folosesc actele de violență și o serie de comportamente, inclusiv intimidarea, amenințarea, abuzul psihologic, izolarea etc., pentru a exercita coerciția și controlul asupra victimei. Ei își aleg cu atenție tacticile

Mitul 10	<i>Majoritatea cazurilor de violență în bază de gen sunt comise de persoane străine</i>
Realitate	<i>Studiul Global cu privire la Omucideri din anul 2013 confirmă că majoritatea femeilor suferă de VG, comisă de persoane apropiate lor. A fost estimat că femeile constituie 79% din toate persoanele omorâte de partenerii intimi. Adăugător, 47% din femeile omorâte în 2012 au fost omorâte de membrii familiei sau de partenerii intimi; în cazul bărbaților, procentul respectiv constituie 6% (UNO-DC 2014)</i>
Mitul 11	<i>Nu există viol între soț și soție</i>
Realitate	Violul este definit prin acțiune, și nu prin identitatea agresorului sau a victimei. Respectiv, orice raport sexual coercitiv constituie viol, indiferent dacă victima este sau nu în relații de căsătorie cu agresorul. Această declarație este de asemenea fondată pe definițiile din dreptul internațional în materie de drepturile omului, care cuprind toate formele de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică împotriva femeilor, indiferent dacă sunt comise în familie sau în domeniul public. Deși dreptul internațional în materie de drepturile omului obligă statele să aplice răspunderea penală pentru viol, nu toate regiunile recunosc violul conjugal ca infracțiune, ceea ce rezultă în impunitatea pentru faptele de viol comise de către partenerii intimi ¹⁶

Astfel, este de o importanță vitală ca specialiștii din domeniul sănătății să discearnă care este diferența dintre realitate și mit pentru a înțelege situația și necesitățile victimelor și să mențină o atitudine imparțială și profesionistă. Prestatorii de servicii medicale vor evita victimizarea secundară¹⁷, și anume situația în care în loc să contribuie la procesul de vindecare, mai curând contribuie la cauzarea noilor suferințe victimei, de exemplu, prin modalitatea de comunicare sau comportament inadecvate.



Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să adopte o atitudine clară împotriva violenței de gen și să condamne violența în toate formele sale. Încercarea de a rămâne pe poziție de neutralitate cu referire la cele întâmplate înseamnă să se asume riscul de tolerare a violenței.

¹⁶ Vezi Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva Violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG).

¹⁷ Articolul 18 al Convenției de la Istanbul.

SECȚIUNEA 5.

VIOLENȚA DE GEN ȘI DISCRIMINAREA MULTIPLĂ

Formele și manifestările violenței împotriva femeilor sunt formate prin inegalitățile de gen. În același timp, femeile nu sunt un grup omogen. Un șir de factori adiționali influențează faptul căror forme ale violenței sunt supuse femeile, precum și abilitatea celor din urmă de a apela la ajutor. Acești factori includ, de exemplu, clasa socială, statutul de migrant sau refugiat, vârsta, orientarea sexuală, starea matrimonială, dizabilitatea etc.

Femeile cu dizabilități. Femeile cu dizabilități sunt supuse discriminării și atitudinilor stereotipizate pe motiv dublu – pentru că sunt femei și pentru că sunt persoane cu dizabilități¹⁸. Femeile cu dizabilități sunt mai susceptibile de a experimenta violența și/sau mai puțin abilitate de a solicita sprijin și să evadeze din situațiile de violență, comparativ atât cu bărbații cu dizabilități, cât și cu femeile fără dizabilități.

Femeile migrante. Pe motivul deținerii unui statut dublu, de femei și migranți, femeile migrante sunt expuse unui risc sporit de VG¹⁹. Opțiunile limitate ale femeilor de angajare legală în țările de destinație, precum și noțiunile afectate de viziunile stereotipizate în bază de gen privind posturile de muncă potrivite pentru femei rezultă în supra-reprezentarea femeilor în sectorul neformal (de ex., lucrul casnic, lucrările agricole sau industria sexului), care este lipsit de protecție legală și expune femeile unui risc sporit de violență.

Accesul la justiție și asistență medicală poate fi îngreunat de asemenea factori, cum sunt: barierele lingvistice, lipsa informației privind drepturile sale și opțiunile disponibile, lipsa documentelor de identitate sau neîncadrarea în sistemele naționale de asigurare medicală etc.

Adițional, frica de a-și pierde statutul de reședință poate să oprească femeia migrantă care este supusă violenței din partea angajatorului sau partenerului intim de a accesa căile de justiție și de a părăsi locul de muncă sau o relație intimă caracterizate de violență, ceea ce rezultă în perpetuarea actelor de violență.

Fetele adolescente. Adolescenții se află într-o etapă de tranziție dintre copilărie și maturitate, ceea ce-i expune în mod special riscului de a fi supuși la anumite forme de violență, cum sunt: căsătoriile timpurii, incestul, violența sexuală, traficul de ființe umane sau violența împotriva unui partener intim. Adolescenții în majoritatea cazurilor cunosc agresorii lor și pot deseori fi dependenți de aceștia. Victimele adolescente ale violenței în bază de gen întâmpină obstacole

¹⁸ Raportorul Special al ONU în domeniul Violenței împotriva femeilor, 2012.

¹⁹ UN DESA 2004, citat de Secretarul General al ONU, 2006.

suplimentare comparativ cu victimele adulte. Deseori, ele sunt mai puțin informate despre serviciile existente, nu dețin mijloace financiare pentru accesarea serviciilor și ezită să apeleze la asistență pe motivul lipsei de confidențialitate.

Sarcina în perioada de adolescență, care poate rezulta din violența sexuală, este asociată riscului de naștere prematură, mortalitate și morbiditate sporită prenatală, neonatală și infantilă.

Femeile în etate. Femeile în etate pot fi supuse unor forme multiple de discriminare, în bază de vârstă și gen²⁰. Factorii specifici vârstei, cum este vulnerabilitatea lor fizică, posibilele boli, izolarea, demența, dependența de familie sau lucrătorii sociali, plasează femeile în etate în categoria de risc sporit de violență, comparativ cu femeile mai tinere. Femeile vârstnice care suferă de violență sunt mai susceptibile să dezvolte asemenea consecințe severe, cum sunt anxietatea, mânia, depresia, agravarea bolilor existente, confuzia, starea de stres și vătămrile, ce pot pune viața în pericol. În continuare, ele sunt în special vulnerabile la violența economică, în cazul deferirii capacității lor de exercițiu către o altă persoană.

Femeile din zonele rurale. Ca rezultat al izolării sociale, al nivelului mai jos al educației, al accesului limitat la servicii și resurse, femeile rurale sunt expuse unui risc mai sporit de VG. O altă cauză principală sunt percepțiile tradiționale privind rolul de subordonare al femeilor, care persistă în majoritatea regiunilor rurale. În consecință, femeile din zonele rurale întâmpină dificultăți mai mari în accesarea serviciilor, comparativ cu femeile ce nu locuiesc în zonele rurale. În primul rând, este posibil ca aceste servicii să nu existe, să fie limitate sau inaccesibile datorită distanței mari sau lipsei de transport. Chiar și atunci când aceste servicii există, femeile din zonele rurale pot fi îngrădite de la accesarea acestor servicii din lipsa confidențialității în comunitățile sătești mici.

SECȚIUNEA 6.

CONSECINȚELE VIOLENȚEI DE GEN

Consecințele violenței bazate pe gen periclitează grav toate aspectele sănătății femeii: sănătatea fizică, sexuală și reproductivă, mintală 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 decât atât, supunerea persoanei la mai multe forme de violență (de ex., fizică și sexuală) și/sau la incidente multiple de violență pot rezulta în timp în consecințe mai grave pentru sănătatea acesteia. Violența în bază de gen poate avea ca rezultat și decesul femeilor, fie în urma actelor

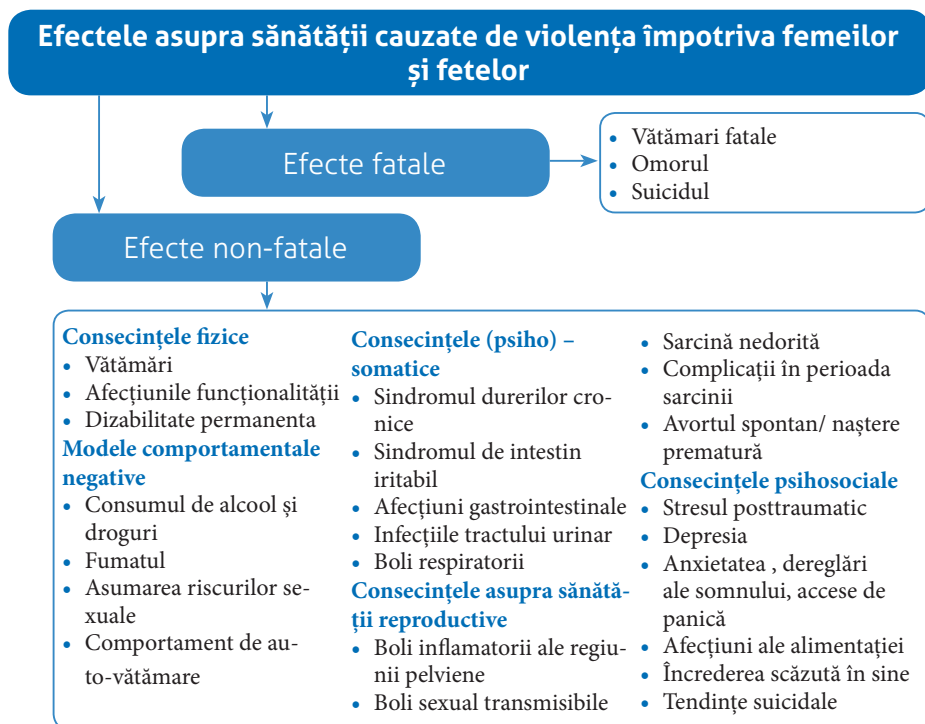
²⁰ CEDAW GR 27.

de violență, sau pe termen lung – urmare a altor efecte adverse asupra sănătății.

Diagrama nr. 3

Consecințele violenței asupra sănătății femeilor și fetelor²¹

Sursă: Hellbernd et al. 2004, CHANGE 1999, toate citate în PRO TRAIN 2009.



Printr-o prismă separată necesită a fi examinate actele de violență asupra femeilor gravide și copiilor.

Cercetările arată că pentru femeile care trăiesc într-o relație de abuz sarcina aduce un risc sporit de a fi expusă actelor de violență. Există mai multe motive pentru care un bărbat devine mai agresiv față de partenera gravidă, printre care, fie că sarcina nu a fost dorită, fie din gelozie față de copilul nenăscut, nemulțămire față de responsabilitățile suplimentare, sentimentul de a pierde controlul asupra femeii, supărarea că va fi mai puțin atractivă etc.²² Doar că acum nu doar

²¹ Setul de materiale UNFPA-WAVE Consolidarea capacității de reacționare la violența în bază de gen a sistemului de sănătate din Europa de Est și Asia Centrală.

²² Sherri L. Schornstein. *Violența și asistența medicală*, 2003, p.25.

viața femeii este în pericol, dar și viața copilului.



Personalul medical care lucrează în maternități și în clinici de îngrijire a copilului au o posibilitate excelentă de a identifica victimele violenței și de a le sprijini. Informarea despre violență este un mod de a preveni escaladarea violenței și de a proteja copiii.

Copiii sunt supuși violenței cel mai frecvent de persoanele din anturajul lor apropiat, fie în familie, în contextul disciplinării, sub forma pedepselor fizice, cu cruzime, umilitoare, fie la școală.

Din cauza acceptării violenței, din frica de a fi stigmatizați, multor copii le este frică să raporteze incidentele de violență la care sunt supuși, respectiv, multe cazuri de violență împotriva copiilor rămân ascunse.

Datele Studiului „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”²³ relevă că violența fizică a existat în aproape 50 la sută din familiile de origine a 1500 de bărbați care au participat la sondaj, iar 38 la sută dintre bărbații chestionați au semnalat abuzul fizic în cadrul instituției de învățământ, în perioada copilăriei.



De menționat că violența împotriva copiilor în formele sale diverse, precum și prezența ca martor la actele de violență au un impact negativ asupra sănătății fizice, psihologice și sexuale a copiilor.

Mai mult decât atât, este bine documentat faptul că expunerea la violență sporește probabilitatea ca ulterior băieții să comită acte de violență, iar fetele să accepte violența drept ceva firesc.

Conform *Jurnalului Asociației Medicilor Americani*, copiii ce asistă la violență pot avea o seamă de tulburări fizice și emoționale, printre care: dureri de cap, dureri abdominale, bătăială, enurezis și insomnie²⁴. Acești copii pot prezenta teamă de despărțire, incapacitate de a se concentra și a-și păstra atenția, comportament agresiv, deseori au sentimentul de vinovăție că nu pot împiedica violența. Stresul, mediul violent pot duce la neascultarea copiilor și pot crește riscul unui comportament violent al mamei împotriva copiilor. Violența împotriva mamei poate diminua abilitățile femeii ca părinte și cu timpul poate genera tratarea necorespunzătoare a copiilor sau neglijarea lor.

²³ Studiul *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova*.

²⁴ Sherri L. Schornstein. *Violența și asistența medicală*, 2003.

Cele mai frecvente consecințe medicale²⁵:

Violența asupra copiilor	Violența asupra femeilor gravide
Sindromul copilului bătut se referă la leziuni corporale. Semnele posibile ale sindromului copilului bătut: leziuni interne și externe, tăieturi, arsuri, hematoame, fracturi etc.	Efectele imediate asupra sarcinii pot include: • trauma în regiunea abdomenului; • hemoragie (inclusiv cu decolarea placentei); • ruptură de uter; • avort spontan/făt mort etc.
Sindromul copilului scuturat este o formă de traumatism cranian indus. Scuturarea copilului deseori determină leziuni ireversibile. În cazurile grave, mortalitatea este de aproximativ 50% din copiii implicați. Copiii care supraviețuiesc pot avea: orbire parțială sau totală; pierderea auzului; crize convulsive; întârzieri în dezvoltarea psihomotorie; dificultate de vorbire; probleme de memorie și atenție; paralizie (unele episoade traumatice lasă copilul în comă). În cazurile mai ușoare: letargie, iritabilitate, vome, dificultate de supt și înghițit, rigiditate, crize convulsive, dificultate de respirație, stare de conștiență alterată, anizocorie (pupile de dimensiuni inegale), inabilitatea de a-și ridica capul, inabilitatea de a urmări cu privirea	Efectele de durată deseori duc la naștere prematură, greutate mică a copilului la naștere etc.

²⁵ Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 24.02.2012 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile violenței în familie” (capitolul I, pct.10, pct.11).

CAPITOLUL III

ROLUL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN SOLUȚIONAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ DE GEN

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili să:

- determine rolul sistemului de sănătate în soluționarea cazurilor de violență de gen;
- să cunoască standardele internaționale principale în soluționarea cazurilor de violență în bază de gen;
- să cunoască standardele naționale pentru consolidarea răspunsului sistemului de sănătate în cazurile de violență bazată pe gen.

De ce sistemul de sănătate trebuie să joace un rol crucial în aspect de intervenție în cazurile de violență de gen. Puncte-cheie

- Violența în bază de gen este o problemă de sănătate publică, ce are un impact semnificativ asupra sănătății fizice, psihologice și sexuale a femeilor și fetelor, afectându-le pe parcursul întregii vieți și fiind cauza vătămarilor, invalidității și decesului în rândul lor.
- În conformitate cu angajamentele internaționale specificate într-un șir de convenții și acorduri internaționale în materie de drepturi ale omului, statele sunt obligate să îmbunătățească reacționarea sistemului de sănătate la violența în bază de gen.
- Instituțiile medicale trebuie să asigure un cadru instituțional care să ghideze intervențiile de zi cu zi ale personalului medical, să abordeze oricăre barieră în calea unei reacționări efective și să asigure durabilitatea eforturilor.
- Sectorul de sănătate are un rol important în sensibilizarea publicului cu

privire la violența împotriva femeilor, ca o problemă de sănătate publică.

- Medicina legală are un rol decisiv în acumularea probelor ce stau la baza urmăririi penale a agresorului.

SECȚIUNEA 1

STANDARDE INTERNAȚIONALE PENTRU CONSOLIDAREA RĂSPUNSULUI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ DE GEN

Violența în bază de gen este o încălcare a drepturilor omului, implicit, ale femeii. În conformitate cu dreptul internațional, statele sunt obligate să întreprindă acțiuni pentru prevenirea, urmărirea penală și pedepsirea faptelor ilegale, și să ofere victimelor violenței în familie remediere care să includă asistență, protecție și sprijin. Conținutul obligațiilor statelor este specificat într-un șir de convenții și acorduri internaționale în materie de drepturile omului.

Organizația Națiunilor Unite

Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (CEDAW) (adoptată în 1980, în vigoare din 1981)

CEDAW este cel mai cuprinzător tratat privind drepturile femeilor. Convenția garantează egalitatea între femei și bărbați în drepturile civile, politice, economice și culturale.

De menționat că:

- Recomandarea 19 a Comitetului CEDAW 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;*
- Recomandarea 24 reglementează rolul sectorului de sănătate în soluționarea cazurilor de violență în bază de gen.

Ambele Recomandări stipulează obligațiile statelor-părți la CEDAW pentru eliminarea violenței în bază de gen, inclusiv prin consolidarea reacționării sistemului de sănătate.

Standardele CEDAW pentru soluționarea eficientă a cazurilor de violență în bază de gen (Recomandarea Generală nr. 19):

- a asigura faptul că legislația împotriva violenței în bază de gen oferă protecție corespunzătoare tuturor femeilor. Măsurile eficiente legale trebuie să includă pedepse penale, remedii civile și prevederi de acordare a compensațiilor;
- a implementa programe de instruire din perspectiva dimensiunii de gen pentru funcționarii publici;

- a asigura victimelor violenței în familie proceduri și remedii eficiente, inclusiv compensații;
- a crea sau sprijini crearea serviciilor corespunzătoare de protecție și suport pentru femeile care au fost supuse ori sunt expuse riscului de a fi supuse violenței, violului, abuzului sexual și altor forme de violență în bază de gen. Aceasta cuprinde obligația de a asigura existența adăposturilor, specialiștilor în domeniul sănătății special instruiți, serviciilor de reabilitare și consiliere și de a asigura că aceste servicii sunt accesibile pentru femeile din localitățile rurale;
- a întreprinde măsuri de prevenire, inclusiv programe de informare și educație publice, în scopul eliminării atitudinilor, tradițiilor și practicilor care perpetuează fenomenul violenței în bază de gen.

Standardele CEDAW pentru consolidarea răspunsului sistemului de sănătate la violența în bază de gen (Recomandarea Generală nr. 24):

- a adopta și implementa cadrul legal, politici, protocoale și proceduri de reacționare la cazurile de violență împotriva femeilor și fetelor și de a asigura funcționarea serviciilor corespunzătoare de sănătate;
- a implementa o strategie națională cuprinzătoare de promovare a sănătății femeilor pe parcursul întregii lor vieți, inclusiv prin asigurarea unui răspuns adecvat la cazurile de violență bazată pe gen și accesului la asistență medicală de calitate înaltă și accesibilă, inclusiv la servicii în domeniul sănătății sexuale și reproductive;
- a înlătura toate impedimentele pentru accesul femeilor la servicii de sănătate, educație și informație;
- a asigura accesul femeilor la servicii de sănătate în conformitate cu drepturile omului, inclusiv cu dreptul acestora la autonomie, viață privată, confidențialitate, acord și alegere informate. În continuare, serviciile trebuie prestate astfel încât să asigure respectul pentru demnitatea femeilor și să fie luate în considerare necesitățile și perspectivele lor. Aceasta implică, printre altele, interzicerea practicilor coercitive, cum sunt efectuarea sterilizării forțate sau impunerea de a efectua analize pentru depistarea bolilor sexual-transmisibile;
- a organiza instruirile din perspectiva dimensiunii de gen, care să abiliteze specialiștii din domeniul sănătății să identifice și să redreseze efectele asupra sănătății a violenței în bază de gen. Curriculumul de instruire trebuie să conțină cursuri cuprinzătoare, obligatorii, elaborate din perspectiva dimensiunii de gen a aspectelor privind sănătatea și a drepturilor femeilor, în special ce țin de violența în bază de gen;
- a asigura servicii adecvate de protecție și asistență medicală, inclusiv tratamentul traumelor și consilierea, pentru femeile care se află în circumstanțe deosebit de dificile, cum sunt femeile din zonele de conflict armat și femeile refugiate;
- a asigura elaborarea procedurilor de contestare și a sancțiunilor împotriva specialiștilor din domeniul sănătății care au comis acte de violență sexuală împotriva pacienților.

Convenția ONU împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (adoptată la New York la 10.12.1984. În vigoare pentru Republica Moldova din 28.12.1995)

În contextul prezentei Convenții, termenul „tortură” desemnează 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 ori o terță persoană l-a comis sau este bănuită că l-a comis, de a o intimida ori 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.

*Convenția internațională cu privire la drepturile copilului*²⁶ (adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 22 noiembrie 1989. În vigoare pentru Republica Moldova din 25.02.1993)

În articolul 19 al Convenției se menționează că Statele părți vor întreprinde toate măsurile legislative, administrative, sociale și educative corespunzătoare, în vederea protejării copilului împotriva oricăror forme de violență fizică sau mentală, vătămare sau abuz, neglijare sau tratament neglijent, rele tratamente sau exploatare, inclusiv abuz sexual, în timpul cât se află în îngrijirea părintelui/ părinților, a reprezentantului ori reprezentanților legali sau a oricărei persoane căreia i-a fost încredințat.

În acest sens, recomandarea Comitetului ONU pentru drepturile copilului este de a crea un sistem integrat, coeziv, interdisciplinar și coordonat, care să încorporeze toate tipurile de măsuri menționate în alineatul 1 articolul 19, un sistem național de colectare a datelor inteligibile și de încredere, cu privire la violența față de copii, pentru a asigura monitorizarea și evaluarea sistematică a sistemelor (analiza impactului), serviciilor, programelor și rezultatelor în baza indicatorilor aliniați la standardele universale, adaptate și ghidate de scopurile și obiectivele stabilite la nivel local.

Programul de Acțiune al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare

Programul de Acțiune adoptat în 1994 la Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (ICPD) de la Cairo a subliniat conexiunile intrinseci dintre populație și dezvoltare, precum și contribuția importantă a programelor de abilitare a femeilor și de acces al populației la învățământ și asistență medicală, inclusiv în domeniul sănătății reproductive, atât pentru dezvoltarea individuală, cât și dezvoltarea generală echilibrată.

Un aspect important al Programului de Acțiune este focalizarea acestuia asupra drepturilor reproductive și devotamentul exprimat de guverne de a face accesibile serviciile medicale în domeniul sănătății reproductive, prin intermediul sistemului de asistență medicală generală, pentru toate persoanele de vârstă corespunzătoare.

Conceptul de sănătate reproductivă conține: dreptul persoanelor și a cuplurilor de a decide în mod liber și responsabil privind numărul, spațierea și timpul pentru a naște copii lor și de a avea mijloacele și informația pentru a face aceasta; dreptul de a atinge

²⁶ Hotărârea Parlamentului nr.408 din 12.12.1990.

standardul cel mai înalt al sănătății sexuale și reproductive; și dreptul de a lua decizii privind reproducerea, fiind liberi de discriminare, coerciție și violență.

Concluziile comune aprobate la cea de-a 57-a sesiune a Comisiei ONU cu privire la statutul femeilor

Comisia cu privire la statutul femeilor (CSW) la cea de-a 57-a sesiune din 2013 a adoptat Concluziile comune pentru „Eliminarea și prevenirea tuturor formelor de violență împotriva femeilor și fetelor”.

Secțiunea A din acest document conține îndemnul la o mai bună implementare a legilor și politicilor existente pentru stoparea violenței împotriva femeilor, prin asigurarea accesului femeilor la justiție, elaborarea și implementarea politicilor multidisciplinare eficiente și strategiilor, alocării resurselor suficiente pentru implementarea acestora.

Secțiunea B conține lista de măsuri direcționate spre eliminarea discriminării și violenței structurale, considerate a fi cauzele și factorii de risc ce stau la baza violenței împotriva femeilor.

Secțiunea C conține prevederi detaliate de reacționare la problema în cauză, menționând necesitatea instituirii adăposturilor pentru femei și a altor servicii centrate pe necesitățile femeilor. Aceste servicii trebuie să fie accesibile, cuprinzătoare și să fie bazate pe acțiunea coordonată a tuturor actorilor relevanți, inclusiv a poliției, sectorului judiciar, avocaturii, sistemului de sănătate și serviciilor de consiliere.

De asemenea, CSW încurajează consolidarea capacității de răspuns a sectorului de sănătate la cazurile de violență în bază de gen și asigurarea unor servicii de îngrijire medicală calitative și accesibile. Acest document conține îndemnul pentru guverne de a reacționa la consecințele deteriorării sănătății fizice, mintale, sexuale și reproductive, cauzate de violența împotriva femeilor și fetelor, prin asigurarea serviciilor de sănătate accesibile (medicamente accesibile, eficiente și de calitate înaltă, sprijinul primar, tratamentul leziunilor și suportul sănătății psihosociale și mintale, contracepția de urgență, avortarea în condiții de siguranță, în caz că asemenea servicii sunt prevăzute de legislația națională, profilaxia infecției HIV post-expunere, diagnosticarea și tratamentul bolilor sexual-transmisibile, precum și efectuarea expertizei medico-legale de către specialiști instruiți).

Mai mult decât atât, specialiștii din domeniul sănătății trebuie instruiți să identifice și să trateze femeile care au fost supuse violenței.

Consiliul Europei

Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie (Convenția de la Istanbul, adoptată în 2011. Republica Moldova nu a ratificat această Convenție)

Convenția de la Istanbul reprezintă un cadru detaliat, cuprinzător și obligatoriu pentru acțiunea statelor de a elimina violența în bază de gen, care de asemenea include următoarele domenii.

Politici integrate și colectare de date: include obligația de a adopta și implementa politici cuprinzătoare și coordonate pentru prevenirea și combaterea tuturor formelor de violență și centrate pe drepturile victimei; obligația acordării sprijinului și unei cooperări eficiente cu organizațiile relevante nonguvernamentale, precum și de a colecta date statistice relevante dezagregate și sprijinirea cercetărilor în domeniul violenței împotriva femeilor.

Prevenirea: obligația de a organiza programe de instruire a profesioniștilor din domeniile relevante care prestează servicii pentru victimele violenței în bază de gen, privind prevenirea și identificarea cazurilor de violență, necesitățile și drepturile victimelor violenței, precum și modurile de a preveni victimizarea secundară.

Protecție și sprijin: obligația să asigure accesul victimelor la servicii corespunzătoare de sprijin, pentru a facilita recuperarea de la actele de violență. Aceasta include prezența serviciilor de asistență medicală și asistență socială, care să fie finanțate corespunzător și personalul cărora să fie instruit în acordarea asistenței pentru victimele violenței și referirea lor către serviciile corespunzătoare.

În continuare, Convenția reglementează obligațiile statelor în domeniul legislației; urmărirea penală, sancționarea și măsurile de protecție; migrația și azilul; cooperarea internațională.

Convenția Europeană pentru prevenirea torturii și a pedepselor, tratamentelor inumane sau degradante, inclusiv Protocolul 1 și 2 la această Convenție (adoptată/încheiată la Strasbourg la 26.11.1987. În vigoare pentru Republica Moldova din 01.02.1998).

Nimeni nu poate fi supus torturii și nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

Convenția Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane a fost semnată la Varșovia la 16 mai 2005 și este în vigoare din 01 februarie 2008. Republica Moldova a fost prima țară care a ratificat Convenția sus-menționată prin Legea nr.67 din 30.03.2006. Acest document prevede reglementări specifice ce țin de prevenirea traficului de copii, identificare și protecție: *orice copil victimă va beneficia de măsurile de protecție speciale, ținând cont de interesul superior al acestuia.*

*Convenția Consiliului Europei pentru protecția copiilor împotriva exploatării sexuale și a abuzurilor sexuale*²⁷, încheiată la Lanzarote la 25 octombrie 2007, scopul de bază fiind:

²⁷ Ratificată prin Legea nr.263 din 19.12.2011.

- prevenirea și combaterea exploatării sexuale și abuzurilor sexuale comise asupra copiilor;
- protejarea drepturilor copiilor care sunt victime ale exploatării sexuale și ale abuzurilor sexuale;
- promovarea cooperării la nivel național și internațional împotriva exploatării sexuale și abuzurilor sexuale comise asupra copiilor.

Organizația Mondială a Sănătății

Organizația Mondială a Sănătății a publicat un set de instrucțiuni (2013), bazate pe probele existente, pentru consolidarea răspunsului sistemului de sănătate la violența comisă de partenerul intim și violența sexuală, intitulat „Răspunsul la violența partenerului intim și violența sexuală împotriva femeilor”. Documentul are drept obiectiv de a asigura specialiștii din domeniul sănătății cu principii directoare pentru modalitatea de răspuns la cazurile de violență împotriva femeilor, care se axează pe următoarele acțiuni:

- identificarea și tratamentul clinic al cazurilor de violență comise de partenerul intim;
- asistența clinică în cazul violenței sexuale;
- programele de instruire cu referire la tematica violenței comise de partenerul intim și violenței sexuale împotriva femeilor;
- politici de abordare și programe de prestare a serviciilor;
- raportarea cazurilor de violență împotriva partenerului intim.

SECȚIUNEA 2. STANDARDE NAȚIONALE PENTRU CONSOLIDAREA RĂSPUNSULUI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURI- LE DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN

Cadrul legal al Republicii Moldova

Constituția Republicii Moldova, legea supremă a societății și statului (1994)

Statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică²⁸.

Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante²⁹.

Legea privind ocrotirea sănătății³⁰ reprezintă cadrul de bază care definește structura și principiile de organizare ale sistemului național de sănătate. Astfel, legea garantează

²⁸ Constituția Republicii Moldova (art.24, alin.(1)).

²⁹ Constituția Republicii Moldova (art.24, alin.(2)).

³⁰ Legea nr.411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății (art.2).

drepturi egale cetățenilor în obținerea asistenței medicale adecvate și calitative în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Legea privind drepturile copilului nr.338-XIII din 15.12.1994 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 entouragele familiei sau care se află în alte condiții nefavorabile sau extreme.

Astfel, legea prevede că *nici un copil nu poate fi supus torturii, pedepselor sau tratamentelor crude, inumane sau degradante*³¹.

Totodată, legea respectivă prevede un articol separat ce ține de protecția copilului împotriva violenței fizice și psihice:

Dreptul la inviolabilitatea persoanei, la protecție împotriva violenței fizice și psihice³². 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.

Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr.264 din 27.10.2005 reglementează:

Prezentarea informațiilor care constituie secret profesional către alte persoane fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal se admite în următoarele cazuri:

- e) în cazul unor circumstanțe în al căror temei se poate presupune că prejudiciul cauzat sănătății persoanei reprezintă consecința unei acțiuni ilegale³³.

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2005 prevede:

Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite:

- e) 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 competente³⁴.

Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45 din

³¹ Legea privind drepturile copilului nr.338-XIII din 15.12.1994 (art.4, alin.(2)).

³² Legea privind drepturile copilului nr.338-XIII din 15.12.1994 (art.6).

³³ Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr.264 din 27.10.2005 (art.13 alin.(4) lit.e)).

³⁴ Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2005 (art.12 alin.(4) lit.e)).

01.03.2007. Prezenta Lege stabilește rolul instituțiilor statale, neguvernamentale etc., dar și reprezintă un cadru de colaborare dintre diferite autorități responsabile și organizații nonguvernamentale în prevenirea și combaterea violenței în familie.

Astfel, rolul instituțiilor medicale de toate tipurile și nivelurile este direcționat spre asigurarea consilierii și asistenței medicale victimelor; inițierea și realizarea programelor și serviciilor adresate agresorilor; organizarea campaniilor de informare; comunicarea cu organele afacerilor interne și autorității tutelare, prin intermediul cadrelor medicale etc.³⁵

Legea privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți nr.140 din 14.06.2013³⁶ stabilește procedurile de identificare, evaluare, asistență, referire, monitorizare și evidență a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți.

Legea definește un șir de noțiuni principale (inclusiv violența împotriva copilului) utilizate în sistemul de protecție a copilului, revizuieste activitatea autorităților tutelare, propune abilitarea cu atribuții de autoritate tutelară a primarilor și a structurilor teritoriale de asistență socială și protecție a familiei, reglementează procedura de autosesizare și înregistrare a sesizărilor despre copiii aflați în situație de risc, termenele, specialiștii și autoritățile responsabile de emiterea dispozițiilor privind evaluarea situației copiilor, atribuirea statutului și plasamentul copiilor separați de părinți.

³⁵ Legea privind prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45 din 01.03.2007 (art.8 alin.(5)).

³⁶ În vigoare din 01.01.2014.

CAPITOLUL IV

INTERVENȚIA SPECIALIȘTILOR DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN SOLUȚIONAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili să:

- identifice cazurile de violență bazată pe gen și să cunoască diferiți pași pe care trebuie să-i parcurgă în cazul unei suspiciuni de violență în familie;
- demonstreze abilități de a întreba despre violența în bază de gen și să reacționeze de o manieră sigură și sensibilă la dezvăluirea violenței;
- asigure o informare adecvată și în timp util cu privire la serviciile de sprijin disponibile și la măsurile legislative;
- documenteze violența de gen, inclusiv înregistrarea și clasificarea leziunilor, modalitățile de efectuare a documentării, componentele unei documentări și detalii despre fotografierea în calitate de probă și componentă a procesului de documentare, arhivare;
- realizeze examinarea medico-legală și prezentarea probelor în instanța de judecată;
- evalueze riscurile și să acorde sprijinul necesar în elaborarea planului de siguranță;
- asigure îngrijirea sau referirea pacientului pentru îngrijirea post-consultare.

De ce specialiștii în domeniul sănătății au un rol important în soluționarea cazurilor de violență de gen. Puncte-cheie

- Specialiștii din domeniul sănătății sunt deseori primii și uneori singurii în contact cu victimele violenței în bază de gen.
- Specialiștii din domeniul sănătății sunt poziționați strategic pentru a identifica situațiile în care femeile sunt supuse sau/și se află în riscul de a fi supuse actelor repetate de violență, pentru a asigura îngrijirea medicală și referirea lor către alte servicii.
- Specialiștii din domeniul sănătății care posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violența în bază de gen pot contribui în mod semnificativ la îmbunătățirea sănătății, bunăstării și siguranței pacientei, pe când lipsa de cunoștințe și de abilități a cadrelor de îngrijire medicală poate cauza acestora un risc și o vătămare suplimentară.

Repere de conținut

Instituțiile medicale, prestatorii de servicii de sănătate au următoarele atribuții în identificarea și intervenția în cazurile de violență în familie³⁷:

- asistență medicală;
- sprijin emoțional;
- documentare minuțioasă;
- informare/raportare;
- referire către alte servicii.

În cazurile de violență în familie, lucrătorul medical trebuie să întreprindă următoarele acțiuni:

- să acorde persoanei identificate drept victimă a violenței în familie asistență medicală și, după caz, să apeleze la Serviciul de Asistență Medicală Urgentă (903) pentru spitalizarea acesteia în vederea acordării asistenței medicale specializate în condiții de staționar;
- să documenteze cazul cu înregistrarea informației referitoare la maladie (traumă), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat;
- să păstreze confidențialitatea informației asupra vieții private și identității victimei. Principiul confidențialității poate fi încălcat numai cu

³⁷ Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 24.02.2012 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile violenței în familie”.

acordul victimei;

- ▶ la cererea expresă a victimei, lucrătorul medical poate să sesizeze poliția despre cazul de violență în familie identificat, luând în formă scrisă acordul informat al victimei, care se înregistrează în documentația medicală;
- ▶ să informeze, fără consimțământul victimei, organele teritoriale de poliție sau să apeleze la 902 în cazul constatării unui prejudiciu cauzat sănătății ca rezultat al unei acțiuni ilegale³⁸;
- ▶ să informeze victima despre drepturile de care dispune, despre serviciile existente ale medicinei legale, cu ulterioara obținere a raportului medico-legal, necesar pentru pornirea urmăririi penale;
- ▶ să informeze victima despre serviciile de asistență socială, centrele/serviciile de reabilitare a victimelor existente.

SECȚIUNEA 1.

IDENTIFICAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN

Identificarea victimelor violenței în familie se efectuează de către lucrătorul medical prin examinare clinică și/sau observații comportamentale (evaluarea victimei):

- în cadrul controlului medical profilactic;
- prin vizita activă la domiciliu a medicului de familie/asistentului medical de familie;
- prin adresarea directă a victimei către instituția medicală;
- prin solicitarea asistenței medicale de urgență prespitalicești, în cazul urgențelor medico-chirurgicale.

Inițierea unei discuții despre violența în bază de gen este pe cât de dificilă, pe atât de importantă, deoarece femeilor le este foarte greu să vorbească despre experiența lor din mai multe considerente: rușine, frică de consecințe, lipsă de încredere, siguranță etc.

Totodată, și lucrătorii medicali ar putea să se confrunte cu multiple obstacole în abordarea violenței de gen. Aceste obstacole sunt multidimensionale, fiind de ordin social, instituțional și personal. Obstacolele de ordin social includ valorile și normele existente, miturile și stereotipurile generale despre violență.

³⁸ Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2005 (art.12 alin.(4) lit.e)); Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr.264 din 27.10.2005 (art.13 alin.(4) lit.e)).

Obstacolele de ordin instituțional includ imposibilitatea de a asigura resurse pentru intervențiile respective, lipsa unei infrastructuri care să garanteze protecția vieții private a pacientului, siguranța și confidențialitatea, cum ar fi lipsa spațiului privat ce ar permite adresarea unor întrebări confidențiale, fără ca conversația să fie auzită de persoanele terțe, lipsa unei pregătiri corespunzătoare a cadrelor medicale, neasigurarea personalului și pacienților cu materiale informative etc.



Instituțiile medicale trebuie să asigure un cadru instituțional care să ghideze intervențiile de zi cu zi ale personalului medical, să abordeze orice obstacol în calea unei reacționări efective și să asigure durabilitatea eforturilor.

Obstacolele în calea intervenției pot fi și de ordin personal, printre acestea regăsindu-se: lipsa de cunoștințe cu privire la cauzele, consecințele și dinamica violenței de gen, propriile valori și concepții greșite, cum ar fi credința în miturile sociale despre violență, convingerile despre autonomia familiei și neametele în viața privată, lipsa abilității de a identifica violența în baza de gen și de a reacționa de o manieră sigură și sensibilă la dezvăluirea violenței, constrângerile de timp, volumul mare de lucru, frica de a nu ofensa, convingerea că victimele nu doresc să discute despre abuz etc.

Totuși, lucrătorii medicali nu trebuie să subestimeze valoarea pozitivă a inițierii unei discuții, deoarece prin aceasta se realizează mai multe sarcini, și anume de a transmite mesajul că problema nu este rușinoasă, disconfortul și reacțiile sunt de înțeles, iar violența poate escalada și este un pericol real atât pentru victimă, cât și pentru copiii ei, prin urmare, situația poate și trebuie schimbată, deoarece bătaia este împotriva legii.

Specialiștii în domeniul sănătății trebuie să adopte o răspundere profesională în ceea ce privește situația femeii. Rolul lucrătorului medical este de a pune bazele unui proces care să stopeze violența. Este important de intervenit și de tratat adevărata cauză a rănilor. Tratarea leziunilor și a simptomelor, fără a ține seama de cauză, de violență, este inefficientă și poate avea consecințe grave pentru victimele violenței.



Cadrelor medicale care posedă cunoștințe și abilități de reacționare la violența în bază de gen pot contribui în mod semnificativ la îmbunătățirea sănătății, bunăstării și siguranței pacientei. În același timp, lipsa de cunoștințe și de abilități a cadrelor de îngrijire medicală poate cauza femeilor un risc și o vătămare suplimentară.

Principiile și standardele minime ce ghidează modul de reacționare a specialiștilor din domeniul sănătății la cazurile de violență de gen

La fiecare etapă de intervenție, specialiștii în domeniul sănătății trebuie să urmeze principiile-cheie și standardele de prestare a serviciilor, abordarea din perspectiva drepturilor omului, dimensiunii de gen, abordarea centrată pe necesitățile femeilor, în special, toate acțiunile lor vor fi ghidate de respectul față de alegerile, dorințele, drepturile și demnitatea victimei violenței. Pentru informații mai detaliate cu privire la standardele de calitate în prestarea serviciilor de sănătate femeilor victime ale violenței bazate pe gen se va consulta **Anexa nr. 9**.

Standardele de prestare a serviciilor de sprijin în situațiile de violență de gen în baza Convenției de la Istanbul³⁹

Serviciile se vor baza pe **înțelegerea în perspectiva dimensiunii de gen a actelor de violență împotriva femeilor** și se vor concentra pe drepturile omului și siguranța victimelor.

Serviciile se vor presta în baza unei **abordări integrate**, care ia în considerare relația dintre victimă, agresor, copiii lor și mediul lor social mai larg.

Serviciile vor viza **evitarea victimizării secundare**.

Serviciile vor avea ca obiectiv **împuternicirea și independența economică** a femeilor victime ale violenței.

Serviciile vor permite, după caz, **ca o gamă de servicii de protecție și suport** să fie localizate în aceleași spații.

Serviciile vor adresa **nevoile specifice** ale **persoanelor vulnerabile**, inclusiv ale victimelor-copii, și serviciile vor fi puse la dispoziția acestora.

Sursă: Articolul 18 din Convenția de la Istanbul.

Abordarea centrată pe femeia victimă a violenței presupune că persoanele ce instituie și prestează servicii medicale victimelor VG vor prioritiza drepturile, necesitățile și deciziile victimelor, în scopul de a crea un mediu de sprijin în care victima este tratată cu respect și demnitate, vor promova recuperarea victimei și abilitatea acesteia de a identifica și a exprima nevoile și dorințele ei și de a fortifica capacitatea acesteia de a lua decizii privind intervențiile posibile (UNICEF 2010)⁴⁰.

³⁹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva Violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în baza de gen (VBG), p.60.

⁴⁰ Ibidem.

Acest lucru presupune, în special, întreprinderea unor eforturi de asigurare a siguranței, demnității, intimității și confidențialității pacientei, cât și de asigurare a abilitării, independenței și participării acesteia.

Elementele unei îngrijiri medicale în baza unei abordări centrate pe necesitățile femeilor victime ale violenței⁴¹

Femeilor care comunică despre orice formă de violență din partea partenerului intim (sau din partea altui membru de familie) ori despre faptul că au fost supuse violenței sexuale din partea oricăror făptuitori, se va acorda sprijin imediat.

Prestatorii de servicii medicale vor oferi sprijin primar atunci când femeile le comunică despre actele de violență. **Suportul primar** va include:

- adoptarea unei atitudini lipsite de prejudecată, de susținere și validare a declarațiilor femeii;
- asigurarea unui sprijin și îngrijiri practice, care să răspundă îngrijorărilor femeii, însă lipsite de impunerea anumitor puncte de vedere;
- întrebări despre istoricul violenței, ascultarea cu atenție, însă fără a aplica presiune asupra femeii să vorbească (se vor discuta cu mare grijă chestiunile ce sunt sensibile pentru pacientă, dacă sunt prezenți și traducători la conversație);
- asistarea femeii în accesarea informației despre resursele, inclusiv serviciile juridice sau altele, ce i-ar putea fi de ajutor;
- asistența acordată femeii pentru a-i spori siguranța ei și a copiilor ei, după caz; și
- asigurarea și mobilizarea serviciului de asistență socială.

Prestatorii au obligația să asigure:

- consultația, care va fi oferită în condiții de respect pentru viața privată, și
- confidențialitatea, cu informarea femeii despre limitele condiției de confidențialitate (de ex. în situația în care sesizarea despre caz este obligatorie).

Dacă prestatorii de servicii medicale nu dispun de capacitatea de a acorda suportul primar, aceștia trebuie să se asigure că alți prestatori de servicii sunt disponibili să acorde acest ajutor de urgență (fie în aceeași locație de asistență medicală, fie o altă locație ușor accesibilă).

Identificarea femeilor ce-ar putea fi supuse violenței poate fi realizată prin analiza comportamentelor, semnelor, simptomelor și condițiilor clinice asociate cu violența în bază de gen.

⁴¹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva Violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.62.

INSTRUMENTE



Acest tabel prezintă un set de instrumente la îndemâna specialistului din domeniul sănătății ce contribuie la identificarea de succes a cazurilor de violenței în bază de gen, urmând principiile-cheie și standardele de prestare a serviciilor cu abordarea din perspectiva drepturilor omului.

Cerințe și criterii minime pentru a întreba despre violența de gen;

Lista de comportamente și/sau semne, simptome și condiții clinice asociate cu violența în bază de gen;

Proceduri de chestionare pentru identificarea violenței în bază de gen și recomandări de aplicare:

- Chestionare obișnuită a pacientei/screening de rutină;
- Chestionare clinică.



Comportamentele, semnele, simptomele și condițiile clinice asociate cu violența în bază de gen:

- Consultații medicale repetate, fără un diagnostic clar definit;
- Leziuni cronice sau repetate. Leziunile neîngrijite, de vechime diferită, în special în regiunea capului, gâtului, sânilor, abdomenului sau genitalelor;
- Afecțiuni sau durerea cronică, de exemplu, cefaleea, sindromul colonului iritat, probleme gastro-intestinale, infecții ale rinichilor sau vezicii urinare;
- Probleme de sănătate emoțională – depresie, tentative de suicid, anxietate, autovătămare;
- Probleme ginecologice, așa ca infecțiile frecvente vaginale și ale tractului urinar; durerea pelviană, probleme sexuale;
- Sarcini nedorite;
- Comportamente vicioase – consum de alcool, substanțe etc.

Persoanele supuse acțiunilor violente:

- devin anxioase, fobice, au sentimente de neliniște, neputință, suferă de insomnie, frică, frustrare;
- au dereglări emoționale sub formă de râs, plâns, gândire încetinită;
- pot deveni agresive, dependente de alcool, droguri, iar uneori pot avea gânduri sinucigașe;
- simt nevoia de protecție, sprijin, ajutor medical;

- au leziuni corporale, dar le explică prin faptul că au avut „*accidente*” (ex. „*am căzut de pe scară*”, „*m-am lovit cu ușa*” etc.);
- sunt sub controlul riguros al agresorului, sunt nevoite să-l informeze unde sunt și ce fac. Frecvent, în cadrul vizitelor în instituțiile medicale, agresorul însoțește victima, insistă să fie de față sau chiar să răspundă la întrebări în locul ei, neagă sau minimizează leziunile victimei.

Identificarea poate fi realizată prin aplicarea procedurilor de chestionare

Chestionarea obișnuită a pacientei/screeningul de rutină pentru depistarea fenomenului de violență, adică adresarea femeii a întrebărilor de rutină în cadrul instituțiilor medicale privind faptul dacă ea a suferit de violență din partea partenerului intim.



De reținut că aceste comportamente, semne, simptome și condiții clinice asociate cu VG ar putea fi potențiali indici ai acestui tip de violență, care însă nu trebuie luați drept marcheri definitivi. Niciunul din semnele, simptomele sau comportamentele enumerate nu indică automat că o femeie s-a confruntat cu violența de gen. Uneori, femeile supuse violenței ar putea să nu prezinte niciun semn sau indiciu.

Procedura de chestionare obișnuită (screeningul) nu este recomandată atunci când există capacități limitate de răspuns, opțiuni limitate de referire, dar și personal și resurse limitate, deoarece acestea pot avea, la rândul lor, un impact major asupra pacientelor, care pot dezvălui experiențele lor fără a primi niciun sprijin eficient. Totuși, interviuarea de rutină ar putea fi aplicată în condiții specifice:

- femeile cu simptome și dereglări ale sănătății mintale, din motivul unei corelări puternice dintre dereglările sănătății mintale în rândul femeilor și violența în familie;
- testarea și consilierea HIV, deoarece violența comisă de un partener intim poate afecta dezvăluirea statutului de persoană HIV-pozitivă sau să pună în pericol siguranța femeilor care dezvăluie acest detaliu, precum și capacitatea lor de a implementa strategiile de diminuare a riscurilor;
- îngrijirea antenatală, datorită dublei vulnerabilități a femeii în perioada sarcinii și necesitatea de a lua în considerare posibilitatea unei continuări a îngrijirii antenatale (OMS 2013)⁴².

⁴² Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva Violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.72.

Chestionarea clinică pentru depistarea maladiei s-a dovedit a fi cea mai eficientă metodă atunci când este selectivă și se bazează pe considerente clinice făcute cu atenție, adică adresarea întrebărilor femeii în cadrul instituției medicale în baza condiției clinice, istoricului afecțiunii și examenului medical al pacientei.

Cerințe și criterii minime pentru a întreba despre violența de gen

În timpul interviului privind violența în bază de gen, instituțiile medicale și prestatorii de servicii medicale trebuie să se asigure că întrunesc **cerințele minime**. În special, aceasta înseamnă următoarele (OMS 2013¹²):

- ▶ Există un protocol sau procedură standard operațională pentru a direcționa modalitatea de interviu;
- ▶ Prestatorii serviciilor medicale sunt instruiți privind modul corect de a pune întrebări și cum să reacționeze dacă femeia decide să dezvăluie problema;
- ▶ Prestatorii serviciilor medicale pot să asigure că există condiții sigure în care poate fi efectuată interviu privind violența în bază de gen (a se vedea **Anexa nr.10. Este oare sigur să se facă interviu?**), inclusiv caracterul privat și confidențialitatea consultației;
- ▶ Există un sistem de referire;
- ▶ Prestatorii de servicii medicale sunt informați despre serviciile către care să refere femeile.



Siguranța victimei și a copilului sunt primordiale. Asigurați-vă că toate consultațiile sunt oferite în privat și confidențial. Nu chestionați femeia când este însoțită de cineva. Atunci când raportarea este obligatorie, informați femeile despre limitele confidențialității.

Cum o faceți este la fel de important ca și ceea ce faceți

O relație confidențială dintre personalul medical și femeie face ca ea să se deschidă mai ușor și să vorbească despre aspectele relației ei. Atunci când formularea întrebărilor cu privire la violența de gen este făcută într-o manieră profesionistă, poate ajuta la înlăturarea sentimentelor de izolare, blamare și rușine pe care victimele violenței le pot simți. Chiar dacă pacienta alege să nu dezvăluie situația ei în acel moment, aceasta va ști că medicul este conștient de situația ei și se va putea întoarce în viitor pentru a vorbi despre aceasta. Există probabilitatea ca partenerul violent să însoțească victima la consultație. În astfel de cazuri o soluție ar fi plasarea materialelor informative (broșuri despre

violență, informații cu serviciile disponibile etc.) în sala de așteptare, cabinet, precum și în locuri unde agresorul nu are acces, cum ar fi toaletele pentru femei.

Astfel, se propun următoarele sfaturi pentru comunicarea cu victimele violenței în familie:

- Luați inițiativa și întrebați despre violență – nu așteptați ca femeia să inițieze această discuție. Acest lucru va arăta că vă asumați o responsabilitate profesională pentru situația ei și aceasta va ajuta la consolidarea încrederii;
- Explicați că informațiile vor rămâne confidențiale și informați-o cu privire la orice restricții ce țin de confidențialitate;
- Utilizați contactul vizual și concentrați-vă toată atenția asupra ei. Evitați să lucrați cu hârtiile în același timp;
- Fiți conștienți de limbajul trupului. Modul cum stați și vă țineți brațele și capul, expresia feței și tonul vocii – toate transmit un mesaj clar femeii despre modul în care percepeți situația;
- Trebuie să afișați o atitudine lipsită de critică și plină de susținere și să confirmați ceea ce ea spune;
- Folosiți o voce înțeleghătoare pentru a încuraja victima;
- Ascultați cu atenție experiența ei și asigurați-o că sentimentele ei sunt justificate;
- Arătați că-i credeți relatarea;
- Fiți răbdători cu femeile și fetele victime ale violenței în bază de gen, având în vedere că acestea se află într-o stare de criză și ar putea avea sentimente contradictorii;
- Accentuați că violența nu este vina ei și că agresorul este responsabil pentru comportamentul său;
- Utilizați declarații încurajatoare, cum ar fi „Îmi pare rău că vi s-a întâmplat acest lucru” sau „Chiar ați trecut prin multe”, care ar putea încuraja femeia să dezvăluie mai multe informații;
- Accentuați faptul că există opțiuni și resurse disponibile. Încercați să găsiți împreună cu ea servicii potrivite. Când femeia pleacă, dați-i de înțeles că „ușa” este deschisă pentru ea și încurajați-o să revină.

Ce nu trebuie de făcut:

- Nu întrebați despre violență în prezența unui partener, membru al fa-

miliei sau unui prieten. Amintiți-vă că siguranța pacientului este extrem de importantă;

- ▶ Evitați ascultarea pasivă și interveniți cu comentarii. Altfel, ea se poate gândi că nu o credeți și că ea a greșit, iar agresorul este corect;
- ▶ Nu dați vina pe femeie. Evitați întrebări, cum ar fi „De ce stați cu el?”, „V-ați certat înainte ca el să devină violent?”, „Ce făceați singură?”, „Ce purtați?”. În schimb, repetați-i că violența în bază de gen nu poate fi tolerată;
- ▶ Evitați limbajul trupului care transmite mesaje de iritare, neîncredere, antipatie sau furie față de victimă;
- ▶ Nu judecați comportamentul victimei bazat pe cultură sau religie.

Recomandări în situații deosebite:

- ▶ Dacă femeia neagă violența, nu faceți presiuni asupra ei. Dacă ea nu dezvăluie detalii, spuneți-i ce v-a făcut să credeți că ea a fost victima violenței. Documentați îndoielile D-voastră și dovezile pe care acestea se bazează. Explicați-i că ea poate reveni pentru asistență suplimentară. Puneți aceste întrebări din nou la următoarea vizită;
- ▶ Dacă suferă de intoxicație (alcool, droguri), minimizăm discuția, îi oferim timp pentru a se reface în centru/spital și revenim la discuție după stabilizarea stării;
- ▶ Dacă este ostilă/abuzivă, respectați-i sentimentul de furie. Furia este adesea o consecință a traumei, a violenței. Oferiți-i susținere/servicii, dar nu insistați sau faceți presiuni asupra ei;
- ▶ Cea mai importantă sarcină a personalului medical este aceea de a asculta experiența femeii, de a o asigura că sentimentele ei sunt justificate. Arătați că aveți încredere în povestea ei și în ceea ce i s-a întâmplat ei. Manifestați un comportament de sprijin și de validare fără judecare față de ceea ce relatează femeia.

Întrebări pentru început

Femeia s-ar putea să omită sau să evite descrierea unor detalii dureroase, înspăimântătoare sau oribile. N-o forțați să le descrie. Se recomandă de a începe discuția cu o întrebare de introducere, explicând pacientului că violența în bază de gen afectează multe femei și subliniind impactul violenței asupra sănătății femeilor, înainte de a continua cu întrebări directe și mai specifice. Explicați-i că aflarea detaliilor cu privire la cele întâmplate vă ajută să-i oferiți cele mai bune îngrijiri. Ea nu trebuie să vă comunice nimic din cele despre care nu vrea să

vorbească. Asigurați-o că veți păstra toate cele relatate confidențial, numai dacă dânsa nu dorește implicarea organelor de poliție sau despre cazurile când legea o cere expres. Este importantă informarea deplină a femeilor despre alegerea lor și limitările confidențialității. Lăsați-o să vă povestească cele întâmplate în propriul fel și în ritmul preferat. N-o întrerupeți din vorbă. Dacă este esențial de clarificat unele detalii, întrebați-o după ce și-a terminat gândul. Puneți întrebările cu atenție. Folosiți întrebări fără răspuns. Evitați întrebările ce ar implica o acuzație (de exemplu, „Ce făceați acolo de una singură?” sau „De ce dvs. ...?”).

Exemple de întrebări introductive

- „Din experiența mea știu că abuzul și violența în familie reprezintă probleme pentru multe femei. Este aceasta o problemă pentru tine în vreun fel sau altul?”
- „Cunoaștem că multe femei sunt maltratate și experimentează violența în familie și că aceasta le afectează sănătatea. Mă întreb dacă ați experimentat vreodată violența acasă?”
- „Știm că violența împotriva femeilor este o problemă foarte frecventă. Aproximativ 30% dintre femeile din această țară sunt abuzate de către partenerii lor. S-a întâmplat aceasta vreodată și cu tine?”
- „Unele femei cred că merită abuzul, deoarece nu au trăit la așteptările partenerilor lor, dar indiferent ce a făcut sau nu a făcut cineva, nimeni nu merită să fie bătut. Ai fost vreodată lovită sau amenințată din cauza că ai făcut ceva sau din contra nu ai făcut ceva?”
- „Multe dintre femeile pe care le consult au de-a face cu relații abuzive. Unora le este frică sau le este jenă să inițieze aceste discuții. Ai experimentat vreodată violența din partea partenerului tău?”
- „Sunt îngrijorat de faptul că simptomele D-voastră ar putea fi cauzate de acte de violență. Cineva v-a lovit?”
- „Potrivit experienței noastre, femeile obțin aceste tipuri de leziuni atunci când sunt agresate. Ați fost agresată de cineva?”
- „Cineva v-a lovit? Cine a fost? A fost partenerul/soțul D-voastră?”
- „A lovit vreodată partenerul sau fostul partener pe D-voastră sau o altă persoană apropiată? V-a obligat vreodată partenerul să faceți sex atunci când nu ați dorit? A refuzat el vreodată să practice sexul protejat?”
- „Sunt frecvente cazurile în care partenerul vă umilește, vă insultă și vă învinovățește?”
- „A încercat vreodată partenerul D-voastră să vă restricționeze libertatea sau să vă împiedice să faceți anumite lucruri care sunt importante pentru D-voastră (cum ar fi, frecventarea școlii, mersul la lucru, vizitarea priete-

nilor sau a familiei)?”



Atunci când femeile dezvăluie un act de violență, prestatorii serviciilor de sănătate vor oferi ca set minim de intervenții suport primar. Dacă nu sunt în stare să asigure suportul primar, vor asigura prezența promptă a celor (din cadrul instituției medico-sanitare sau din altă parte, dacă sunt ușor accesibili) ce pot oferi un suport primar (OMS, 2013 Recomandarea 1)⁴³.

Instrucțiuni pentru acordarea asistenței axate pe necesitățile femeilor. Suport primar

Suportul primar include:

- ▶ abținerea de a judeca femeia, exprimarea susținerii și validarea a ceea ce spune femeia;
- ▶ oferirea îngrijirii și suportului practic relevant în contextul îngrijorărilor sale, dar care să nu deranjeze;
- ▶ formularea întrebărilor cu privire la istoria ei de violență, ascultarea cu atenție, dar fără a o presa să vorbească (trebuie de avut grijă atunci când se discută subiecte sensibile cu implicarea traducătorilor);
- ▶ acordarea ajutorului în obținerea informației despre resurse, inclusiv despre serviciile juridice și de altă natură pe care le poate considera utile;
- ▶ acordarea ajutorului în vederea sporirii siguranței femeii și a copiilor ei, acolo unde este nevoie; și
- ▶ oferirea sau mobilizarea suportului social.

Prestatorii de servicii trebuie să asigure:

- ▶ că toate consultațiile sunt oferite în privat și
- ▶ confidențialitatea, prin informarea femeilor despre limitele confidențialității (de exemplu, atunci când raportarea este obligatorie)

Sursă: Recomandările 1, 10, 12, 24 ale OMS din 2013⁴⁴.

⁴³ Recomandările OMS. Recomandarea 1. Ghid clinic și de politici. Răspunsul la violența partenerului intim și violența sexuală împotriva femeilor, p.3.

⁴⁴ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva Violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.80.

SECȚIUNEA 2.

EXAMENUL MEDICAL ȘI PRESTAREA DE SERVICII MEDICALE

După identificarea victimei violenței în familie, examinarea fizică este următorul pas în evaluarea pacientului.

Lucrătorul medical este obligat:

- să acorde primul ajutor medical;
- să consulte și să efectueze examenul clinic;
- să solicite, la necesitate Serviciul AMU (ambulanța);
- să elibereze bilet de trimitere pentru spitalizare în staționar;
- să acorde asistență medicală specializată în condiții de ambulatoriu și/sau staționar;
- să aplice tratamentul și îngrijirile medicale necesare;
- să asigure consiliere și sprijin emoțional;
- să informeze și să refere către serviciile specializate (de medicină legală, sociale, juridice etc).

Acțiunile premergătoare actului medical

Unul dintre drepturile fundamentale ale pacientului, protejat și de legislația națională, este dreptul la autodeterminare (autonomie), care reprezintă pilonul de bază al comunicării medic-pacient.

Dreptul pacientului la autodeterminare conține următoarele elemente: **consimțământul informat și refuzul actului medical**.

În conformitate cu Legea ocrotirii sănătății⁴⁵ și cu Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului⁴⁶, consimțământul pacientului este o condiție obligatorie premergătoare actului medical, indiferent de scopul acestuia (profilactic, diagnostic, terapeutic și recuperator).

În acest context, Legea privind exercitarea profesiei de medic⁴⁷ obligă medicul să ceară consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală.

Consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi exprimat în mod **oral** sau **scris** și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a

⁴⁵ Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995 (publicată la 22.06.1995 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.34).

⁴⁶ Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263-XVI din 27.10.2005 (publicată la 30.12.2005 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.176-181).

⁴⁷ Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005 (publicată la 23.12.2005 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.172-175)

acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal și medicul curant.

Pentru intervențiile medicale cu risc sporit, consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit **acord informat**.

În vederea unificării practicii de obținere a consimțământului informat, Ministerul Sănătății a elaborat modelul acordului informat și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă, aprobate prin Ordinul nr.303 din 06.05.2010⁴⁸.

Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația, expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de aceasta, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală.

Prin urmare, examinarea unui pacient fără obținerea consimțământului său informat este inadmisibilă și ilegală. Un consimțământ informat valabil este fondat pe informarea unui pacient cu discernământ, căruia îi este permis să facă o alegere liberă.

În cazul pacienților lipsiți de discernământ, se informează reprezentantul său legal sau ruda apropiată, care au împuternicirea legală de a semna acordul informat din numele pacientului.

Dacă intervenția medicală presupune participarea mai multor medici, fiecare dintre ei trebuie să informeze pacientul despre riscurile generale și cele specifice domeniului său de competență.

Alături de consimțământul informat, dreptul pacientului la autodeterminare se manifestă și în opțiunea acestuia de a refuza actul medical integral sau parțial. În acest sens, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stabilește că în caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează în mod obligatoriu de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant. În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura, care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția

⁴⁸ Ordinul Ministerului Sănătății nr.303 din 06.05.2010 „Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat” (http://old.ms.md/_files/6290-Binder1.pdf)

medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.

Conform Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, acesta are dreptul la confidențialitatea informațiilor cu caracter medical. Astfel, toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sînt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia.

Informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai atunci când pacientul consimte acest lucru în mod explicit ori dacă legea o cere în mod expres. În sensul legii, prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului se admite inclusiv la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmînd a fi prezentată organelor de drept competente.

Mai mult, există o serie de acte normative menite să asigure informarea organelor de urmărire penală despre existența unor infracțiuni pentru investigarea acestora „pe urme fierbinți”. Astfel, Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Afacerilor Interne nr.369/145 din 20.05.2016 prevede obligativitatea personalului medical de a informa imediat subdiviziunile teritoriale ale poliției despre faptul acordării ajutorului medical persoanelor cu leziuni corporale medii sau grave, comise ca urmare a unei infracțiuni asupra lor.

Obligații similare sunt prevăzute în cazul victimelor violenței în familie și copiilor victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului în Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 24.02.2012⁴⁹, Ordinul Ministerului Sănătății nr.445 din 09.06.2015⁵⁰ și, respectiv, Hotărârea Guvernului nr.270 din 08.04.2014⁵¹.

Cu toate că legislația permite divulgarea informației confidențiale către organele de urmărire penală chiar și fără consimțământul pacientului, **personalul medical trebuie să comunice pacientului despre această obligație și să-l informeze că divulgarea are drept scop asigurarea protecției drepturilor sale cetățenești.**

Există câteva particularități importante în discursul lucrătorului medical cu victima violenței în familie:

- tratarea de către personalul medical a situației cu seriozitate și compa-

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Ordinul MS nr.445 din 09.06.2015 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului”.

⁵¹ Hotărârea Guvernului nr.270 din 08.04.2014 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului”.

siune;

- comunicarea despre serviciile disponibile unde victima poate beneficia de asistență, informații și consiliere de specialitate în siguranță și deplină confidențialitate;
- crearea convingerii victimei în necesitatea de a recurge la serviciile care i-ar asigura securitatea personală și a membrilor familiei supuși riscului.

Specialiștii trebuie să obțină acordul informat al pacientei prin informarea



Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să explice limitele confidențialității, cum ar fi, obligațiile legale de a raporta cazul de violență de gen la poliție sau alte autorități.

Dacă legislația națională prevede acest lucru, specialiștii din domeniul sănătății trebuie să solicite pacienților să semneze un formular privind consimțământul lor.

Examinarea unei persoane fără consimțământul acesteia poate determina urmărirea penală a profesioniștilor din domeniul sănătății. Mai mult, în unele jurisdicții, rezultatele unui examen medical efectuat fără consimțământul pacientului nu pot fi utilizate în proceduri judiciare (OMS 2003).

acesteia despre examenul medical ce urmează a fi efectuat și medicamentele administrate, inclusiv despre efectele secundare ale acestora. Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să se abțină de la transmiterea numelui victimei sau a oricărei informații personale despre ea membrilor ei de familie sau altor prestatori de servicii, instituțiilor guvernamentale, cu excepția cazului în care ea își dă acordul informat în acest sens. Se permit și trebuie să fie aplicate excepții de la această regulă, **dacă viața și sănătatea femeilor sau copiilor sunt în pericol** (de exemplu, tentativele de sinucidere, pericolul acut din partea partenerului violent sau dacă femeia comite acte de violență împotriva copiilor săi) (WAVE 2006). O altă excepție este obligația de raportare, în cazul dat specialiștii din domeniul sănătății fiind obligați să informeze victimele violenței despre obligația de a sesiza cazul autorităților⁵².

După pregătirea istoriei medicale, specialiștii din domeniul sănătății trebuie să efectueze o examinare fizică completă de la cap la picioare. În cazul violenței sexuale, examinarea trebuie să includă de asemenea organele genitale ale pacientei, dacă este adecvat⁵³, cu respectarea următoarelor principii generale

⁵² Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.66.

⁵³ OMS 2013, Recomandarea 11. Răspunsul la violența partenerului intim și violența sexuală împotriva femeilor, Ghid clinic

(Perttu/Kaselitz 2006, Warshaw/Ganley 1996, OMS 2003).

Principii generale de examinare

- Explicați detaliile ce țin de examenul medical, ce include acesta, de ce și în ce mod este efectuat și faptul că evitarea examenului în sine devine o altă experiență traumatizantă. De asemenea, este necesar de oferit pacienților posibilitatea de a pune întrebări.
- Întrebați pacientul dacă dorește un medic de sex feminin (în special, în cazurile de violență sexuală).
- Nu lăsați pacientul singur (de exemplu, atunci când este în așteptarea examenului medical).
- Cereți-i să se dezbrace complet și să îmbrace un halat de spital, astfel încât leziunile ascunse să fie vizibile.
- Examinați în special zonele acoperite de haine și păr.
- Dacă a experimentat violența sexuală, examinați tot corpul pacientei – nu doar organele genitale sau zona abdominală.
- Examinați atât leziunile grave, cât și minore.
- Atrageți de asemenea atenția asupra simptomelor emoționale și psihologice.
- Pe tot parcursul examenului fizic, spuneți pacientei ce veți face în continuare și cereți-i permisiunea. Întotdeauna anunțați-o din timp când și unde o veți atinge. Arătați-i și oferiți-i explicații despre instrumentele și materialele de colectare.
- Pacienta poate refuza efectuarea examenului fizic în întregime sau parțial. Oferirea posibilității pacientei de a avea un anumit control asupra examenului medical este importantă pentru recuperarea ei.
- În timpul examinării medicale vor fi colectate atât probe medicale, cât și medico-legale. Acest lucru trebuie efectuat de către un specialist în domeniul sănătății instruit în medicina legală. Oferirea serviciilor medicale și juridice (medico-legale) în același timp, în același loc și de către aceeași persoană reduce numărul examinărilor pe care pacientul trebuie să le efectueze și poate asigura luarea în considerare a nevoilor pacientului într-un mod mai cuprinzător.

Tratamentul și îngrijirile ulterioare

Pacienții cu afecțiuni severe care amenință viața trebuie să fie imediat trimiși la un tratament de urgență.

Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să asigure prevenirea sarcinilor nedorite, a HIV și a infecțiilor sexual transmisibile.

Contracepția de urgență trebuie inițiată cât mai curând posibil după agresiunea sexuală. Este mult mai eficient dacă aceasta se administrează în termen de 3 zile, dar poate fi administrată și până la 5 zile (120 ore) după agresiune.

Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să ia în considerare posibilitatea oferirii profilaxiei **HIV post-expunere** (HIV PPE) pentru femeile care se prezintă în termen de 72 de ore de la agresiunea sexuală. Specialiștii din domeniul sănătății și victimele trebuie să ia împreună decizia privind necesitatea aplicării HIV PPE (OMS 2013, Recomandarea 15).

Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să ofere femeilor victime ale agresiunii sexuale profilaxia post-expunere pentru următoarele infecții sexual transmisibile: chlamydia, gonoree, trihomoniaza, și sifilis, în funcție de prevalență.

În cazul în care există posibilități de referire, specialiștii primari din domeniul sănătății trebuie să îndrume victimele cu tulburări psihice diagnosticate anterior sau legate de acte de violență din partea partenerului intim către prestatorii de servicii de sănătate pentru a beneficia de intervenții medicale psihologice/mintale.

În instituțiile din domeniul sănătății cu posibilități de referire limitate sau fără asemenea posibilități, acordarea asistenței primare oferă o formă inițială de suport.

SECȚIUNEA 3. DOCUMENTAREA CAZULUI DE VIOLENȚĂ DE GEN

Documentația medicală are o importanță deosebită în calitate de sursă de informații primare cu privire la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic (traumatic) în dinamică și tratamentul aplicat. Totodată, documentația medicală adesea servește drept sursă de informații pentru experțele medico-legale, în special în cazurile de traumatisme.

Concluziile expertizei rezultă dintr-o analiză minuțioasă a tuturor informațiilor conținute în fișele de staționar și în alte acte medicale. Prin urmare, actele medicale, reprezentând documente importante în procedura judiciară, trebuie să fie o sursă de informații detaliate și veridice. Mai mult, toate diagnosticele clinice trebuie să fie argumentate prin date clinice și paraclinice obiective.

Din cele relatate anterior rezultă o legătură strânsă între volumul și calitatea informațiilor incluse în documentația medicală, pe de o parte, și posibilitatea rezolvării problemelor ridicate de organul de urmărire penală în fața expertizei medico-legale, pe de altă parte. Deci, documentele medicale sunt o verigă decisivă a lanțului pacient – medic curant – medic legist – organ de urmărire penală – instanță de judecată⁵⁴.

În plus, o bună documentare ar putea asigura continuitatea actului medical în cazul adresării pacientei după ajutor medical în alte instituții medico-sanitare.



Lipsa unei coordonări între prestatorii serviciilor de sănătate și poliție/procurori ar putea duce la pierderea probelor. În acest scop, este foarte important ca prestatorii serviciilor de sănătate să înțeleagă legătura care există între medicina legală și justiția penală, pentru a facilita în final accesul femeilor la sistemul de justiție penală.

Documentația medicală este îndeplinită de către medicul de familie/asistentul medicului de familie, medicul din staționar, medicul de la asistența medicală de urgență prespitalicească și de alți medici specialiști. Documentația medicală este un document oficial, întocmit de către personalul medical, în care se fixează informațiile referitoare la diagnosticarea bolii (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat.

În cazul identificării cazului de violență în familie, documentația medicală se completează conform schemei-tip⁵⁵, care reflectă:

- acuzele se înscriu din spusele pacientului sau rudelor acestuia și rezultă din starea somatică a bolnavului. Se indică toate acuzele prezentate de pacient, respectându-se principiul sindromal;
- anamneza bolii și vieții se indică în mod succint, menționând toate momentele importante pentru elaborarea strategiei (tacticii) de diagnosticare și tratament:
 - în anamneza bolii se reflectă modul de apariție a primelor acuze și manifestări ale bolii (debutul bolii), consecutivitatea apariției și evoluția în timp a simptomelor, cauzele posibile și condițiile în care acestea s-au instalat, consultațiile și internările anterioare, metodele de tratament întreprinse și eficiența lor;
 - în anamneza vieții se reflectă neapărat condițiile de viață și muncă, antecedentele patologice personale (maladii: tuberculoza, hepatita

⁵⁴ Pădure A. *Deficiențele asistenței medicale cu profil chirurgical sub aspect medico-legal*. Chișinău, 2014, p.59-60.

⁵⁵ Aprobata prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 24.02.2012 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie”.

- virală, bolile venerice, SIDA etc. și manipulații: intervențiile chirurgicale, hemotransfuziile ș.a. suportate), antecedentele eredocolaterale, precum și deprinderile nocive (fumat, etilism ș.a.);
- informațiile referitoare la anamneza bolii și vieții pot fi înregistrate atât din spusele pacienților sau rudelor acestora, cât și din actele medicale oficiale (îndreptări, extrase etc.), indicându-se neapărat sursa informației;
 - anamneza epidemiologică și alergologică sunt obligatorii, acestea conținând specificații privind contactul cu persoanele bolnave în decursul ultimelor 6 luni și intoleranța la medicamente;
 - examenul obiectiv al pacientului se execută consecutiv pe sisteme de organe și începe cu inspecția generală (starea generală (satisfăcătoare, de gravitate medie, gravă, foarte gravă), conștiința (clară, comă, delir etc.), poziția (activă, pasivă, forțată), faciesul (hipocratic, acromegalic, basedowian etc.), tipul constituțional (normostenic, astenic, hiperstenic), starea (turgor, elasticitate, edeme, erupții etc.) și culoarea tegumentelor/mucoaselor vizibile, gradul de nutriție, starea ganglionilor limfatici periferici, sistemului osteo-articular și muscular;
 - ulterior se indică indicatorii activității sistemului respirator (forma cutiei toracice, rezultatele percuției toracelui, tipul și frecvența respirației, prezența sau absența ralurilor), cardiovascular (localizarea șocului apexian, limitele cordului, caracterul zgomotelor cardiace, prezența sau absența suflurilor, frecvența contracțiilor cardiace, calitățile pulsului pe arterele periferice, valorile tensiunii arteriale), gastrointestinal (starea cavității bucale și a limbii, starea peretelui abdominal anterior, prezența unor modificări patologice la palpare, prezența sau absența lichidului patologic, a semnelor de iritare a peritoneului, starea ficatului și splinei, particularitățile de defecare, caracterul maselor fecale etc.) și urogenital (deregări de urinare, simptomul de tapotament, starea rinichilor la palpare ș.a.);
 - starea obiectivă pe sisteme de organe va cuprinde rezultatele inspecției, palpării, percuției și auscultației. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicându-se și denumirea lor după autor;
 - modificările locale (*status localis*) este un compartiment obligator și prevede descrierea detaliată a tuturor leziunilor constatate pe corpul pacientului. Pentru calificarea medico-legală ulterioară a vătămării corporale și soluționarea întrebărilor puse de organul de urmărire penală, leziunile se înregistrează respectându-se în mod obligator schema stan-

dardizată de descriere a acestora⁵⁶.

 Instrumente: Algoritmul de cercetare și descriere a leziunilor corporale (schema standardizată)	
Localizarea leziunii	se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, distanța în centimetri de la punctele de reper
Înălțimea de la plante	până la porțiunea inferioară a leziunii
Tipul leziunii	echimoză, excoriație, plagă, fractură etc.
Forma leziunii	se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată, se indică <i>formă neregulată</i>
Orientarea leziunii	față de linia mediană a corpului (organului, osului)
Dimensiunile leziunii	lungimea, lățimea, profunzimea în centimetri
Culoarea leziunii și a regiunilor adiacente	culoarea conform spectrului
Caracterul suprafeței leziunii	relieful, prezența și nivelul crustei în cazul excoriațiilor
Caracterul marginilor, pereților, capetelor, fundului leziunilor	ex.: margini regulate/neregulate, capete ascuțite/rotunjite/dreptunghiulare
Prezența depunerilor sau impurităților eterogene	în cadrul leziunii sau în jurul acesteia
Starea țesuturilor adiacente	ex.: edemațiate, hiperemiate
Prezența sau absența hemoragiei	în țesuturile lezate și alte semne care reflectă vitalitatea producerii leziunii

Totodată, în scopul identificării agentului traumatic, se vor indica acele sem-

⁵⁶ Aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.155 din 24.02.2012 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile violenței în familie”.

ne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant.

În cazul leziunilor produse prin arme de foc, este important a se indica distanța de la plante până la porțiunea inferioară a leziunii. În scopul diagnosticării pe tegumente a orificiului de intrare a unei leziuni produse prin armă de foc și diferențierii lui de cel de ieșire, cât și întru stabilirea distanței de tragere, obligator se cercetează și se fixează forma leziunii (rotundă, ovală, fisurată, stelată etc.), dimensiunile, caracterul (regulat, neregulat) și orientarea (în interior sau în afară) a marginilor plăgii, prezența sau absența inelelor specifice (de exco-riere, ștergere, metalizare) pe marginile plăgii, a defectului veritabil de țesut, a depunerilor de factori suplimentari ai împușcăturii (funingine, particule de pulbere), a arsurilor pielii și pârlirii firelor de păr.

În procesul descrierii leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor morfologice ale lor prin expresii generale sau diagnostice (ex.: contuzie a țesu-urilor moi, orificiu de intrare/ieșire, plagă tăiată etc.).

Respectarea schemei standardizate în descrierea leziunilor va permite orga-nelor judiciare să stabilească prin intermediul expertizei medico-legale circum-stanțe (vitalitatea și vechimea traumei, mecanismele de formare a leziunilor, tipul agentului vulnerant etc.) importante pentru corecta și deplina desfășurare a urmăririi penale, iar medicului clinician să argumenteze diagnosticul clinic.

SECȚIUNEA 4. CLASIFICAREA LEZIUNILOR

Leziuni produse prin corpuri contondente. Traumatismele contondente pot fi reprezentate de întreg spectrul de leziuni mecanice primare: echimoze, ex-co-riații, plăgi contuze, fracturi osoase, luxații, rupturi ale organelor interne și dezmembrări⁵⁷.

Descrierea leziunilor	
Revărsa-tele san-guine	pot fi traumatice și patologice și sunt reprezentate de echimoze, he-matoame și hemoragii difuze. În funcție de profunzimea localizării, se deosebesc revărsate superficiale (echimoze), profunde (hematoame) și foarte profunde (hemoragii în cavități sau în organele interne).

⁵⁷ Baciu Gh., Pădure A., Șarpe V. *Traumatismele mecanice în aspect medico-legal*. Chișinău: CEP Medicina, 2006, p.32-119.

Echimoza

reprezintă un revărsat sanguin, cauzat de ruperea vaselor, localizat în grosimea tegumentelor sau mucoaselor, cât și subcutanat. Echimozele se produc prin mecanisme de: lovire, compresiune, extensiune.

Echimozele atestă aplicarea forței fizice, numărul loviturilor, caracterul mecanic (contondent) al traumei, precum și mecanismul de acțiune al obiectului contondent. De regulă, echimoza se localizează în locul aplicării forței, însă prezența țesutului subcutanat lax permite deplasarea sângelui sub acțiunea gravitației și, respectiv, modificarea poziției acesteia. Sângele se poate deplasa și de-a lungul fasciilor și tendoanelor. De exemplu, după aplicarea unei lovituri la nivel fronto-nazal, cât și în fracturile bazei craniului echimozele apar periorbital sau pe pleoapele inferioare. La femei, lovirea la nivelul coapselor poate condiționa apariția echimozelor în regiunile genunchilor sau foselor poplitee.

Forma și dimensiunile echimozei depind de suprafața obiectului contondent, reproducând uneori caracterul obiectului: baston, centură, cataramă ș.a. Vasele sanguine posedă o rezistență diferită la acțiunea agentului traumatic, fiind mai mare la compresiune decât la extensiune. Acest fapt explică caracterul morfologic specific al echimozelor produse prin obiecte cilindrice, care au formă alungită, revărsatul sanguin localizându-se doar pe marginile echimozei, unde vasele se extind și lipsind în centrul acesteia, unde vasele se comprimă. Un tablou similar se observă și la aplicarea loviturilor cu obiecte sferice, echimoza având formă circulară, iar centrul pal-roz, nemodificat.

Echimozele superficiale apar peste câteva zeci de minute sau câteva ore după aplicarea forței, pe când cele profunde – doar peste câteva zile. Echimoza recentă este roșie purpurie, ulterior hemoglobina pierde oxigenul și se reduce, căpătând o culoare roșie-albastră sau violacee. Modificarea ulterioară a culorii echimozei depinde de evoluția hemoglobinei.

Modificarea culorii echimozelor începe de la periferie spre centru, fapt datorat grosimii neuniforme, care la periferie este mai mică. La a 3-4-a zi echimozele capătă culoare verzuie, iar la a 7-9-a – și o culoare gălbuie, echimozele având aspect tricolor (în centru – violacee, la mijloc – verzuie, la periferie – galben-brună). Evoluția culorii echimozelor foarte mici are loc în termene mai mici. În conjunctiva oculară și în mucoase echimozele nu respectă aceeași evoluție ca pe piele, culoarea roșie-purpurie treptat devenind doar mai palidă.

Localizarea echimozelor poate indica caracterul agresiunii. Astfel, echimozele la nivelul gâtului sunt caracteristice pentru sugrumare cu mâinile, iar cele de pe suprafața internă a coapselor se formează în urma desfacerii forțate a lor și sunt stabilite adeseori în infracțiunile cu caracter sexual

Hematomul	reprezintă un revărsat sanguin în țesuturile moi sau organele parenchimatoase și poate fi superficial sau profund. Se produce prin lovire, extensiune sau compresiune. Clinic se prezintă ca o formațiune tumorală și fluctuantă. Hematomul se formează în urma lezării unui vas de calibru mai mare și se deosebește de echimoză prin volumul revărsatului. Hematomul se reabsoarbe cu timpul, însă colecțiile mai mari se pot închista sau infecta. Hematoamele din țesuturile moi nu prezintă pericol, pe când cele localizate în organele parenchimatoase acționează compresiv și pot prezenta pericol pentru viață
Excoriația	reprezintă o dereglare a integrității epidermei sau epiteliului mucoasei. Mecanismul de producere a excoriației constă în fricțiunea asociată cu compresiunea sau cu lovirea. Excoriația profundă interesează stratul papilar al dermei, cu lezarea vaselor sanguine și limfatice. Agentul traumatic poate acționa atât perpendicular față de suprafața corpului, cât și sub unghi. În urma acțiunii perpendiculare, excoriația va reproduce pe deplin forma și dimensiunile obiectului vulnerant, iar la acțiune sub unghi de 45° se va imprima doar o parte a agentului traumatic. În asemenea caz, excoriația la începutul său este mai profundă, iar spre sfârșit devine mai superficială. În porțiunea finală se pot depista fragmente de epidermă decolată. Micro-lambouri de epidermă detașată pot fi observate și pe marginile excoriației. Ele au formă triunghiulară, vârfurile pornesc din direcție opusă mișcării obiectului vulnerant, însă sunt orientate în direcția mișcării obiectului. Aceste semne morfologice permit a stabili direcția deplasării obiectului vulnerant pe suprafața corpului. Excoriațiile produse prin obiecte cu vârfuri sunt liniare și foarte subțiri. Prezența unui grup de excoriații liniare, orientate paralel, indică că suprafața obiectului contondent este neregulată (rugoasă). Asemenea excoriații pot fi stabilite în târâre. Regenerarea excoriațiilor are o importanță medico-legală deosebită, deoarece ea permite a stabili vechimea producerii leziunilor. În acest context, excoriația recentă are suprafața umedă, de culoare roză sau roșie, situată sub nivelul tegumentelor adiacente. Sub acțiunea aerului are loc uscarea suprafeței excoriației, formându-se o crustă de culoare galbenă sau brună. Sub crustă are loc regenerarea epiteliului, din care cauză crusta se ridică, pentru ca peste câteva zile să cadă. O perioadă de timp, în locul excoriației, rămâne un sector hiper- sau depigmentat, iar cu timpul pielea își restabilește culoarea inițială. Excoriația regenerează deplin, fără a lăsa urme sau cicatrici.

	Evoluția excoriației are loc în câteva stadii: 1) <i>stadiul incipient</i>, care durează de la câteva până la 24 ore. În acest stadiu suprafața excoriației este umedă, apoi uscată și se localizează sub nivelul tegumentelor intacte; 2) <i>stadiul de formare a crustei</i> începe peste 12-24 ore și continuă până la 3-4 zile. La începutul stadiului crusta se află la nivelul tegumentelor intacte, apoi are loc ridicarea acesteia; 3) <i>stadiul de epitelizare sub crustă</i> începe peste 4-6 zile și continuă până la 7-12 zile. Inițial are loc decolarea marginală a crustei, apoi căderea deplină a ei; 4) <i>stadiul urmei excoriației</i> apare peste 9-15 zile și se caracterizează prin prezența unui sector neted, fin, de culoare roză. După vindecarea excoriațiilor pot rămâne sectoare de piele hiper- sau depigmentate, care se pot menține până la câteva luni
Plaga contuză	reprezintă o dereglare a integrității anatomice a tegumentelor sau a mucoaselor în urma acțiunii obiectelor contondente. Mecanismul de producere a plăgilor contuze constă în lovirea, comprimarea sau extinderea țesuturilor. Plăgile contuze pot reprezenta mai multe varietăți. Astfel, în cazul acțiunii obiectului contondent asupra pielii situate imediat de asupra unui os se formează o plagă <i>plesnită</i>. Este de menționat că plăgile plesnite se caracterizează prin margini relativ regulate și pot fi confundate cu plăgile produse prin obiecte ascuțite. Plăgile <i>mușcată</i> și <i>strivită</i> au același mecanism de producere, care constă în comprimarea țesuturilor moi, în timp ce plaga <i>smulsă</i> se formează în urma extinderii lor. Forma și dimensiunile plăgilor contuze, în mare măsură depind de particularitățile obiectului contondent, din care cauză ele se caracterizează printr-un polimorfism lezional. La începutul acțiunii sale, obiectul contondent comprimă țesuturile, apoi le strivește și le rupe. Drept rezultat se formează margini neregulate, excoriate și capete obtuze. Atunci când obiectul contondent acționează cu rebord, se formează capete ascuțite. Având în vedere prezența fibrelor elastice și de țesut conjunctiv în piele, care posedă o rezistență mai mare față de acțiunea mecanică, poate fi explicat mecanismul apariției punțiilor tisulare, aflate la fundul plăgii. Punțile tisulare se observă mai ușor la îndepărtarea marginilor plăgii. Așadar, caracterele morfologice ale plăgilor contuze sunt: diversitatea formelor; prezența punților tisulare; margini neregulate, strivite, excoriate, profunzime mică și sângerare neînsemnată; capete obtuze sau ascuțite, foliculi piloși striviți. Datorită retracției pielii, marginile plăgii se răsfrâng ușor în afară. Regenerarea plăgilor contuze este lentă și de regulă se realizează <i>per secundam</i>. Drept rezultat se formează cicatrici neregulate.

	La examinarea plăgilor contuze se atrage atenția asupra formei, caracterului marginilor și capetelor, profunzimii, fundului plăgii, prezenței punților tisulare și hemoragiei
Luxațiile	reprezintă o dislocare reciprocă a suprafețelor articulare ale unei articulații cu modificarea raportului anatomic. Luxațiile se formează în consecința deplasării traumatice a oaselor articulate, fiind complete și incomplete. Completă este considerată dislocarea totală, soldată cu întreruperea deplină a contactului dintre suprafețele articulare. Atunci când contactul dintre suprafețele articulare parțial se menține, luxația este considerată incompletă. Luxațiile sunt însoțite, de regulă, de leziuni capsulo-ligamentare, hemoragii intra- și extraarticulare, edem al țesuturilor moi adiacente. Luxațiile au, de regulă, origine mecanică indirectă
Fracturile osoase	reprezintă dereglarea integrității anatomice a oaselor sub acțiune traumatică mecanică cu formarea suprafețelor care se deplasează reciproc. Mecanismul formării fracturii se explică prin depășirea rezistenței pragale a țesutului osos sub acțiunea forțelor externe. După mecanismul de producere, se deosebesc fracturi directe, care apar în locul de acțiune a agentului traumatic, și fracturi indirecte, care se formează la distanță de locul aplicării forței. Fracturile directe sunt caracteristice acțiunii de lovire, pe când cele indirecte se produc, de regulă, în rezultatul compresiunii. Localizarea, caracterul morfologic specific și alte caracteristici ale fracturii pot permite identificarea obiectului traumatic, a mecanismului formării acesteia și, respectiv, a circumstanțelor incidentului

Leziuni produse prin obiecte ascuțite. Obiectele ascuțite se caracterizează prin lamă și vârf ascuțite și, după mecanismul de acțiune, se împart în următoarele grupe:

Cu mecanism simplu de acțiune:

- înțepătoare (sulă ciubotărească, cuie);
- tăietoare (cuțitul, briciul, lama);
- despicătoare (topor, sapă, hârleț, sabie).

Cu mecanism combinat de acțiune:

- înțepător-tăietoare (pumnal, cuțit cu vârf);
- înțepător-despicătoare (baioneta);
- tăietor-despicătoare.

În practica medico-legală se înregistrează mai frecvent leziuni produse prin obiecte înțepătoare, tăietoare, înțepător-tăietoare și despicătoare.

Descrierea leziunilor

Plăgile tăiate	Mecanismul de formare a plăgilor tăiate constă în secționarea țesuturilor cu lama. Profunzimea lor depinde de forța compresiunii și gradul de ascuțire a obiectului. Atunci când instrumentul acționează perpendicular, plaga tăiată se caracterizează prin formă de fus, margini perfect regulate, direcție liniară. Fundul ei este neted, fără punți tisulare, iar capetele au forma unui unghi ascuțit. În locul inițial plaga este mai profundă decât în punctul final, având drept continuare o incizie superficială de forma unei codițe. Firele de păr sunt secționate la același nivel cu pielea. De regulă, lungimea plăgii prevalează asupra lățimii și profunzimii. Atunci când lama instrumentului acționează sub unghi, se produc plăgi în lambouri cu denudarea pielii. Pot fi întâlnite plăgi semilunare sau în zig-zag
Plăgile înțepate	Mecanismul de acțiune a obiectelor înțepătoare constă în penetrarea și îndepărtarea țesuturilor în sens excentric. Se formează o plagă cu un orificiu de intrare mic, un canal de rănire relativ mare și rareori un orificiu de ieșire. În unele cazuri, forma și aspectul lor exterior este asemănător plăgilor produse prin arme de foc. <i>Orificiul de intrare</i> se deosebește în funcție de forma secțiunii transversale a instrumentului înțepător. Obiectele de formă conică și cilindrică cu vârful ascuțit produc pe tegumente plăgi liniare sau circulare, care pot căpăta aspect fusiform sau oval. <i>Canalul de rănire</i> se produce prin ruperea și îndepărtarea excentrică a țesuturilor străpunse de instrumentul înțepător. Profunzimea canalului poate fi mai mică, egală sau mai mare decât lungimea obiectului înțepător, fiind dependentă de localizarea topografică a plăgii. <i>Orificiul de ieșire</i> a plăgii transfixiante se constată mai frecvent la trecerea obiectului înțepător prin regiunile subțiri ale corpului. De obicei, el este mai mic decât orificiul de intrare a instrumentului în corp
Plăgile înțepat-tăiate	Specific pentru obiectele tăietoare-înțepătoare este prezența atât a elementului tăietor (lama), cât și a celui înțepător (vârf ascuțit). După formă și destinație există mai multe feluri de instrumente tăietoare-înțepătoare: cu un singur tăiș (briceagul); cu două tăișuri (pumnal, baionetă); cu trei (florete) și foarte rar cu patru tăișuri. Mai frecvent se înregistrează leziuni produse prin instrumente cu unul și două tăișuri. Mecanismul de acțiune al obiectelor înțepător-tăietoare constă în pătrunderea vârfului instrumentului, cu îndepărtarea și secționarea concomitentă a țesuturilor cu tăișul lamei. Astfel se formează o plagă tăiată-înțepată, care are un orificiu de intrare, canal de rănire, iar uneori și orificiu de ieșire.

Caracterul morfologic al plăgilor tăiate-înțepate poate fi diferit, variind în funcție de particularitățile obiectului vulnerant, regiunea în care s-a aplicat lovitura etc. *Orificiul de intrare* a plăgii tăiate-înțepate are o formă liniară sau triunghiular-alungită, uneori fusiformă. Plaga produsă printr-un obiect cu două tășuri va avea ambele capete ascuțite, iar cea produsă de un instrument cu un singur tăiș – un capăt ascuțit, în timp ce celălalt rotunjit. Capătul format de muchia cuțitului poate avea forma de „Π” cu mici rupturi de piele pe margini. Marginile plăgilor tăiate-înțepate sunt de obicei regulate și netede. *Orificiul de ieșire* în plăgile produse prin acțiunea obiectelor tăietoare-înțepătoare se observă mai rar. Acestea se înregistrează mai frecvent la traumatizarea membrelor superioare și inferioare, formând plăgi transfixiante

Leziuni produse prin temperaturi înalte. În calitate de factor termic, poate fi utilizat orice obiect înfierbântat sau chiar incandescent. Volumul arsurii este direct dependent de temperatura și durata expunerii agentului termic. Particularitățile morfologice specifice (pattern-uri) ale leziunilor produse prin arsură pot permite identificarea agentului termic.

Descrierea leziunilor	
Arsurile produse prin lichide fierbinți și ceară topită	Arsurile produse prin lichide fierbinți și ceară topită au un aspect descendent sub formă de prelingeri și sunt superficiale (gradul I-II). Direcția formării prelingerilor este sugestivă pentru poziția victimei în momentul formării arsurii
Arsurile produse prin flacăra	Arsurile datorate acțiunii flăcării deschise (ex.: brichetă) au un aspect ascendent, profunzime dependentă de durata contactului flăcării cu corpul, sunt arse firele de păr și stofa hainelor. Orientarea ascendentă a arsurii la fel denotă poziția victimei în raport cu planul orizontal și sursa focului
Arsurile determinate de metalele topite	Datorită temperaturilor extrem de înalte, aceste arsuri sunt limitate ca suprafață, însă sunt foarte profunde (gradul III-IV)
Arsurile determinate de plasticul topit	Aceste arsuri sunt la fel limitate ca suprafață, însă sunt mai superficiale comparativ cu cele generate de metalele topite

Arsurile provocate de obiecte incandescente	Arsurile provocate de fierul de călcat, ciocanul de lipit ș.a. obiecte incandescente reproduc frecvent forma obiectului sau a părții acestuia ce a contactat cu corpul și au o profunzime variabilă, fapt utilizat pentru demonstrarea torturii
Arsurile provocate de țigările aprinse	Caracterul arsurilor și al consecințelor vor depinde de modul contactului țigării cu pielea. În cazul unui contact superficial și de scurtă durată, se pot forma arsuri superficiale de gradul I și II ce se vindecă în decursul câtorva zile fără formarea cicatricelor. Contactul complet și mai îndelungat al țigării aprinse cu pielea va produce arsuri ce pot fi ușor recunoscute, având formă rotundă sau ovală și un diametru cuprins între 5 și 10 mm. Arsurile date se vindecă prin formarea cicatricelor, frecvent hipertrofice, hiperpigmentate periferic și depigmentate în centru

Firele de păr sau stofă a hainelor pot fi afectate în funcție de tipul sursei de căldură.

Principiile de identificare a obiectelor vulnerante

Unul dintre obiectivele importante ale expertizei medico-legale a leziunilor corporale este constatarea particularităților constructive ale obiectului vulnerant. Soluționarea acestei probleme permite organului de urmărire penală să identifice obiectul cu care au fost produse leziunile și, respectiv, a fost comisă crima. Anume din aceste considerente, cunoașterea de către personalul medical a principiilor de identificare a obiectelor vulnerante este importantă.

La baza identificării obiectelor traumatice stă caracteristica lor de a lăsa urme, ce conțin *semne de grup* și *semne individuale*. Din acest punct de vedere, obiectele traumatice ce produc leziunea sunt considerate creatoare de urme, iar structurile pe care se formează urmele – obiecte purtătoare de urme. Semnele de grup sunt specifice unui tip de obiecte, pe când semnele individuale reflectă proprietățile unui obiect concret. Capacitatea țesuturilor biologice de a reflecta semnele este diferită. Astfel, țesuturile moi pot reflecta, de obicei, doar semnele de grup, în timp ce țesuturile cartilaginose și osoase reflectă și semnele individuale utile pentru identificarea instrumentului concret.

La baza identificării medico-legale a obiectului vulnerant stau următoarele criterii:

- particularitățile morfologice ale leziunilor – unele leziuni, precum

echimozele și excoriațiile pot reflecta particularitățile constructive (forma, dimensiunile aproximative) ale obiectului traumatic; caracterul morfologic distinct al diferitor plăgi (forma, caracterul marginilor, capetelor, pereților, fundului) permite identificarea tipului plăgii (contuză, tăiată, înțepată etc.) și caracteristicilor obiectului;

- depunerile eterogene de pe obiectul traumatic lăsate pe suprafața sau în profunzimea leziunii – obiectul vulnerat poate lăsa urme de rugină (de exemplu, lama ruginită a cuțitului), de ulei (de exemplu, în leziunile balistice), metalizare (de exemplu, în trauma electrică);
- urmele de proveniență biologică pe suprafața obiectului traumatic – după contactul obiectului vulnerant cu țesuturile biologice și formarea leziunii, pe suprafața obiectului pot rămâne urme de sânge sau alte țesuturi, fire de păr, în funcție de regiunea anatomică traumatizată.

Identificarea obiectului vulnerant este posibilă printr-o examinare meticuloasă a leziunilor corporale și a presupusului obiect. Doar prin coroborarea acestor criterii, completate cu cercetări complementare de laborator (de exemplu, cercetarea sero-biologică sau genetică pentru identificarea subiectului de la care au provenit urmele biologice, cercetarea spectrală pentru identificarea urmelor de metale în marginile plăgilor ș.a.) pot fi identificate obiectele utilizate la producerea leziunilor și poate avea loc probarea de pe poziții științifice a utilizării lor în calitate de obiect vulnerant într-un caz concret.

Interpretarea leziunilor în scopuri medico-legale este o chestiune complexă și dificilă. În practică, poliția, instanțele de judecată sau avocații adesea cer expertizei medico-legale să determine mecanismele de formare a leziunilor, vechimea acestora, gravitatea vătămării corporale și alte probleme importante pentru clarificarea tuturor circumstanțelor unui incident și încadrarea juridică a faptei agresorului. Soluționarea acestor probleme are loc mai frecvent în baza examenului medico-legal al victimei agresiunii, însă în cazul în care victima solicită inițial asistență medicală, la baza concluziilor medico-legale sunt puse și datele documentelor medicale. În asemenea situații, documentele medicale capătă o valoare importantă în calitate de sursă de informații primare despre pacient, deoarece intervențiile medicale schimbă tabloul clinic și morfologic al traumelor. Spre exemplu, după prelucrarea prim-chirurgicală a unei plăgi (rezechția marginilor, suturarea plăgii) nu mai este posibil a se restabili aspectul morfologic al acesteia și a se determina agentul traumatic responsabil de formarea ei, precum și mecanismele lui de acțiune. De aceea, în lipsa unei descrieri detaliate a aspectului morfologic al leziunii în documentele medicale, a rezolva aceste probleme importante pentru organele de urmărire penală devine imposibilă. De menționat că în procesul documentării caracterului morfologic al lezi-

unilor, personalul medical trebuie să utilizeze terminologia corectă (echimoză, excoriație, plagă etc.). Prin urmare, rolul medicului în furnizarea informațiilor cu privire la caracterul primar al leziunii este incontestabil. Trebuie să atenționăm că, în cazul pacienților care inițial au solicitat ajutorul medical calificat, personalul medical are sarcina de a documenta corect și detaliat leziunile corporale, de a argumenta diagnosticul clinic, iar sarcina interpretării lor revine medicului legist. Fără o interpretare corectă a leziunilor de către expert, concluziile cu privire la modul în care au fost aplicate leziunile ar putea fi grav viciate.

SECȚIUNEA 5.

DOCUMENTAREA TRAUMELOR ȘI FOTOGRAFIEREA

Documentarea traumelor. Toate rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice se înregistrează obligatoriu în formă scrisă în documentația medicală (fișa medicală a bolnavului de staționar, de ambulatoriu etc.). Fișele medicale servesc la documentarea cercetărilor diagnostice, argumentarea diagnosticului stabilit, justificarea internării pacientului pentru tratament staționar, fixarea și confirmarea tratamentului prescris, a tuturor manoperelor și investigațiilor întreprinse, informațiilor cu privire la evoluția și dinamica în timp a procesului patologic, tuturor acțiunilor curative întreprinse în vederea ameliorării stării pacientului, asigurarea continuității procesului curativ. Înscrierile în fișa medicală se efectuează citeț. Informațiile incluse în fișă trebuie să fie veridice, să reflecte real și deplin caracterul modificărilor constatate la examenele clinice și paraclinice ale pacientului. Acestea nu trebuie să admită falsificări și distorsiuni ale informațiilor și faptelor.

Nu se admit corectări, modificări și adăugări la informațiile deja înregistrate; înlocuirea simptomelor prin sindroame, a descrierilor și indicilor activității funcționale a organelor interne prin expresii cu caracter general (ex.: hemodinamica stabilă, diureza adecvată) sau expresia „normă”; includerea informațiilor contradictorii (ex.: plagă pe mâna dreaptă/stângă, semne meningiene pozitive/negative, plagă contuză/tăiată). Sunt permise doar abrevierile recunoscute în medicină⁵⁸.

În urma examenelor medico-legale sunt elaborate Rapoarte de expertiză medico-legală sau Rapoarte de constatare medico-legală, după caz. Aceste acte conțin rezultatele examinării corporale a victimei, datele documentelor medicale și rezultatele investigațiilor medico-legale de laborator (ex.: crimele sexuale). La Rapoartele medico-legale pot fi anexate diagrame (regiunile anatomice

⁵⁸ Pădure A., Baci Gh., Hotineanu Vl. *Cerințele înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar* (Formularul 003/e): Indicații metodice. Chișinău: CEP Medicina, 2009, p.18.

ale corpului) și planșe fotografice, care ilustrează suplimentar localizarea și caracterul leziunilor depistate pe corpul victimei. Este de reținut că diagramele corporale și imaginile fotografice completează, însă nu pot substitui descrierea morfologică a leziunilor.

Fotografia este un instrument important care trebuie utilizat de către toți prestatorii serviciilor de sănătate, indiferent dacă sunt specializați în medicină legală, pentru a documenta leziunile cauzate de violența în baza de gen, deoarece fotografiile ar putea reprezenta dovezi importante în cadrul unor eventuale procese penale intentate împotriva agresorilor.

Până la inițierea fotografierii, pacientul trebuie să-și exprime acordul pentru această procedură și să fie informat despre modul în care imaginile fotografice vor fi păstrate și utilizate. În sensul dat, Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului stipulează că pacientul nu poate fi fotografiat, filmat într-o instituție medico-sanitară fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal. În cazul refuzului victimei de a fi fotografiată, acestea i se explică necesitatea ilustrării dovezilor fizice ale torturii, în scopul demonstrării infracțiunii și impactul lipsei acestora pentru anchetă. Refuzul categoric al victimei pentru fotografiere trebuie să fie documentat în scris și semnat de aceasta. Fotografiile leziunilor trebuie realizate color, de la diferite distanțe și unghiuri, însă obligatoriu de ansamblu și de la distanță mică (25-30 cm) și sub unghi drept (90°); imaginea trebuie să permită identificarea regiunii anatomice și să conțină datele de identificare ale persoanei și cazului. Utilizarea unei benzi de măsură sau alte mijloace (riglă), care arată scara la care s-a realizat fotografierea, este esențială. Este recomandabilă efectuarea fotografiilor cu utilizarea luminii naturale sau a celei artificiale poziționată în spatele examinatorului. Fotografiile trebuie făcute cât mai curând posibil, chiar cu un aparat foto obișnuit, deoarece unele semne fizice dispar rapid. Sunt de preferat mai multe fotografii profesionale, care să fie făcute atunci când devine disponibil echipamentul necesar, cu datare automată. Camera fotografică trebuie să fie setată pentru reflectarea automată a datei și orei. Imaginile fotografice trebuie păstrate în condiții de confidențialitate. Este necesară respectarea principiului „chain of custody” pentru imaginile digitale, acestea fiind stocate în original (nemodificate) pe un calculator sigur cu acces restricționat, cu indicarea directoriului și fișierului în care acestea se conțin⁵⁹.

⁵⁹ Özkalpıcı Ö., Volpelliier M. *Photographic documentation, a practical guide for non professional forensic photography*. In: *Torture*, Vol. 20, Nr. 1, 2010, p.45-52.

Sumarul regulilor de fotografiere	
Acordul	obțineți consimțământul informat al pacientului pentru fotografiere, explicați scopurile procedurii și modul de utilizare al imaginilor fotografice (mijloc de probă pentru organele de urmărire penală și instanțele de judecată, obiect didactic, obiect științific)
Identificare	fiecare imagine trebuie să identifice subiectul, data și ora realizării, numărul total de poze la caz
Scală	scala este decisivă pentru ilustrarea dimensiunilor leziunilor; aceasta poate fi plasată în plan orizontal sau vertical
Orientare	prima fotografie trebuie să reprezinte fața persoanei în scop de identificare (acest lucru nu este însă necesar în cazul în care fotografiile au fost identificate în mod adecvat); fotografiile ulterioare trebuie să includă imaginea de ansamblu a regiunii de interes și de la distanță mică; pozele trebuie să fie color, realizate sub un unghi de 90°
Lanț de custodie	fotografiile trebuie să fie păstrate în original, cu acces restricționat, asemenea altor probe medico-legale
Securitatea	pozele fac parte din dosarul pacientului și, prin urmare, trebuie să se bucure de același nivel de confidențialitate; ofițerii de urmărire penală și instanțele de judecată au drept legitim să ceară acces la fotografii
Sensibilitatea	fotografierea (oricărei părți din corp) poate fi considerată inadecvată în unele culturi și poate fi necesară obținerea unui acord specific

SECȚIUNEA 6.

ARHIVAREA ȘI ASIGURAREA CONFIDENȚIALITĂȚII DOCUMENTAȚIEI MEDICALE

Documentele medicale și toate informațiile cu caracter medical sunt strict confidențiale. Principiul confidențialității este unul dintre elementele centrale ale eticii medicale și un drept al pacientului. Astfel, dreptul pacientului la confidențialitatea informației cu caracter medical și obligativitatea personalului medical de a o asigura se regăsește într-o serie de declarații etice ale Asociației Medicale Mondiale (World Medical Association): Declarația de la Geneva⁶⁰,

⁶⁰ Declarația de la Geneva (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>).

Codul Internațional de Etică Medicală⁶¹, Declarația de la Lisabona⁶². Legislația sanitară a Republicii Moldova protejează dreptul pacientului la confidențialitate de pe poziții juridice. Astfel, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stabilește că confidențialitatea informațiilor ce constituie secret medical 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. Prin urmare, nu doar personalul medical, ci și cel nemedical al unor instituții medico-sanitare are obligația păstrării confidențialității. În același timp, Legea privind exercitarea profesiei de medic categorizează informațiile despre pacient drept secret profesional al medicului ce nu poate fi divulgat decât în anumite condiții. În cazul solicitării informației despre datele cu caracter medical ale unui pacient decedat, informația se eliberează rudelor apropiate, cu condiția că în acordul informat semnat în timpul vieții de către pacientul decedat nu este indicată expres dorința acestuia referitor la păstrarea confidențialității absolute a datelor despre sănătatea sa⁶³.

Fișele medicale se păstrează în arhiva instituției medico-sanitare timp de 25 de ani. Documentele medicale pot fi eliberate din arhiva instituțiilor medico-sanitare la solicitarea organului de urmărire penală sau instanței de judecată doar cu acordul administrației. După efectuarea acțiunilor judiciare (expertiza medico-legală), fișa urmează să fie neapărat returnată arhivei⁶⁴. Probele biologice recoltate (ex.: conținutul vaginal după un viol) se păstrează la rece până la predarea acestora organului de urmărire penală.

SECȚIUNEA 7.

EXAMINAREA MEDICO-LEGALĂ ȘI PREZENTAREA PROBELOR ÎN INSTANȚA DE JUDECATĂ

O examinare medico-legală este definită ca o examinare medicală efectuată pentru o eventuală prezentare a unui aviz medical în cadrul unor proceduri judiciare care ar putea fi intentate în viitor. Scopul principal al unei examinări medico-legale este de colectare a probelor, care ar putea ajuta la probarea existenței unei legături între persoane și obiecte sau locuri (OMS 2003).

Expertiza medico-legală a persoanelor se dispune pentru soluționarea urmă-

⁶¹ Codul Internațional de Etică Medicală (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>).

⁶² Declarația de la Lisabona (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>).

⁶³ Ordinul MS nr.303 din 06.05.2010 „Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat” (http://old.ms.md/_files/6290-Binder1.pdf).

⁶⁴ Ordinul MS nr.265 din 03.08.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)”.

toarelor probleme:

- stabilirea prezenței, caracterului și gradului de vătămare corporală, precum și a gradului incapacității generale și profesionale de muncă;
- aprecierea stării sănătății, a simulării, a disimulării, a agravării, a maladiilor artificiale și a automutilării;
- constatarea stărilor sexuale contestabile:
 - determinarea sexului persoanei, a maturității sexuale, a virginității, a capacității de reproducere;
 - diagnosticarea sarcinii, a avortului, a nașterii, a contaminării venereice;
- probațiunea medico-legală a infracțiunilor sexuale: stabilirea semnelor unui raport sexual în caz de viol, raportului sexual cu minorii; a perversității minorilor, a raporturilor homosexuale prin constrângere;
- alte probleme: constatarea vârstei, identificarea persoanei, stabilirea stării de ebrietate.

Examinarea persoanelor se efectuează, de regulă, în secțiile clinice medico-legale și numai în unele cazuri poate fi întreprinsă în instituțiile medico-sanitare (ambulatoriu, staționar), în instituțiile de detenție sau în încăperea instanței judecătorești. Examinarea se realizează în încăperi calde și bine iluminate.

Expertiza medico-legală se poate desfășura în baza examenului persoanei, cât și în baza studiului documentelor medicale. Asigurarea prezenței persoanei examinate și a actelor medicale ale acesteia pentru expertiza medico-legală reprezintă prerogativa organului de urmărire penală.

În timpul efectuării expertizei, acțiunile medicului legist respectă o anumită consecutivitate: 1) studierea circumstanțelor cazului; 2) cercetarea documentelor medicale; 3) colectarea anamnezei; 4) examenul propriu-zis al persoanei; 5) efectuarea unor investigații complementare; 6) întocmirea raportului medico-legal.

Expertiza medico-legală începe cu identificarea persoanei în baza documentelor de identitate (buletin de identitate, pașaport, carnet de conducător auto), datele cărora se înregistrează în Raportul de expertiză medico-legală. În lipsa documentelor necesare, identitatea persoanei este certificată de reprezentantul organului de urmărire penală, fapt indicat în raportul de expertiză medico-legală. După stabilirea identității examinatului, expertiza continuă cu studierea circumstanțelor faptei indicate în ordonanța organului de urmărire penală sau în hotărârea instanței judecătorești, care orientează expertul asupra obținerii anumitor probe cu caracter concludent.

În cazul în care persoana a solicitat până la examinarea medico-legală asistență medicală, medicul legist va studia toate informațiile conținute în documentele medicale, fapt care îi va permite să orienteze colectarea anamnezei (istoricului faptei) și examinarea acesteia în direcția corectă. E necesar ca actele medicale să fie prezentate în original. Studiarea acestor documente importante îi permite medicului legist să obțină informații cu privire la starea inițială a persoanei, la caracterul primar și localizarea leziunilor, care se pot modifica ca rezultat al tratamentului chirurgical și medicamentos sau al vindecării.

Colectarea deplină a anamnezei poate completa informațiile existente în ordonanță sau în hotărârea instanței judecătorești. Persoana examinată va indica timpul, locul și circumstanțele detaliate ale incidentului, precum și acuzele sale. Expunerea faptelor trebuie să poarte un caracter liber, fiind inadmisibile întrebările care sugerează răspunsul și exprimarea unor dubii cu privire la circumstanțele descrise. Colectarea anamnezei nu trebuie să poarte caracter de interogatoriu. În cazul femeilor-victime ale unor infracțiuni cu caracter sexual, se obține obligatoriu și anamneza specială.

Examenul medical al persoanei se efectuează pentru stabilirea leziunilor și a altor date cu caracter obiectiv, în scopul soluționării problemelor expuse. Din aceste considerente, examinarea va cuprinde toate regiunile anatomice ale corpului persoanei, leziunile stabilite fiind consemnate în conformitate cu cerințele înaintate față de descrierea acestora. În procesul examinării victimelor infracțiunilor sexuale se inspectează neapărat organele genitale în vederea descoperirii leziunilor și altor semne ale raportului sexual, precum și recoltării probelor biologice.

În unele cazuri, pentru constatarea volumului și caracterului deplin al leziunilor, în special a celor interne, medicul legist poate apela la consultația altor specialiști (radiologi, chirurghi, neurologi etc.). Rezultatele obiective ale acestor consultații referitoare la caracterul leziunilor, evaluarea clinică a traumei (maladiei), precum și cele ale investigațiilor complementare (instrumentale, de laborator) se vor include în Raportul de expertiză medico-legală și vor servi drept probe pentru argumentarea și întocmirea concluziilor de expertiză.

Leziunile stabilite la examenul medico-legal sau constatate din documentele medicale trebuie să fie, în mod neapărat, confirmate prin date clinice și paraclinice obiective. Atunci când în documentele medicale se indică doar diagnosticul clinic, dar lipsesc datele obiective care-l confirmă cu certitudine, expertul medico-legal indică acest fapt în raportul său și nu-l supune calificării.

După înregistrarea tuturor informațiilor obținute la caz, expertul întocmește concluziile, prezentând răspunsuri la toate întrebările adresate de către organul

de urmărire penală sau judecător. Dacă pentru elucidarea unor întrebări sunt necesare informații și documente suplimentare, expertul este în drept (art.88 CPP RM) să facă demers pentru prezentarea suplimentară a acestora. La finele cercetărilor expertul întocmește Raportul de expertiză medico-legală.

În toate cazurile care implică violența în baza de gen și atunci când a fost comisă o infracțiune, trebuie să fie respectate cu strictețe următoarele principii de colectare a probelor, la fel ca și în cadrul altor categorii de urmărire penală:

- colectarea cu atenție evitând contaminarea;
- colectarea probelor cât mai curând posibil; la 72 de ore după incident valoarea materialului probatoriu scade dramatic;
- etichetarea cu exactitate a tuturor probelor;
- uscarea tuturor probelor umede;
- asigurarea faptului ca probele să fie păstrate într-un loc sigur;
- menținerea continuității; și
- documentarea detaliilor ce țin de toate procedurile de colectare și păstrare a probelor (OMS 2003).

Prezentarea probelor în instanța de judecată

Specialiștii din domeniul sănătății pot fi invitați în instanță să depună mărturie, fie în calitate de martor (personalul medical), fie în calitate de specialist sau expert (personalul medico-legal). Prin urmare, aceștia trebuie (OMS 1999, citat în OMS 2003):

- să fie imediat disponibili;
- să fie familiarizați cu principiile de bază și practica judiciară și cu obligațiile celor din cadrul sistemului, în special ale lor și ale poliției, în conformitate cu jurisdicția lor;
- să facă observații clinice importante, care vor sta la baza evaluării rezonabile și a expertizei măsurate.

Drepturile și obligațiile specialistului, expertului și martorului sunt reglementate de articolele 87, 88 și, respectiv, 90 ale Codului de procedură penală⁶⁵, iar responsabilitățile sunt stipulate de art.312 (Declarația mincinoasă, concluzia falsă sau traducerea incorectă) și de art.315 (Divulgarea datelor urmăririi penale) ale Codului penal⁶⁶ al Republicii Moldova.

În același timp, practicienii în domeniul sănătății trebuie să cunoască următoarele domenii cu potențiale probleme:

⁶⁵ Codul de procedură penală nr. 122 din 14.03.2003 (publicat pe 05.11.2013 în Monitorul Oficial nr.248-251).

⁶⁶ Codul penal nr. 985 din 18.04.2002 (publicat pe 14.04.2009 în Monitorul Oficial nr.72-74).

- oferirea de opinii care sunt la limita competenței martorului sau chiar o depășesc;
- oferirea de opinii care se bazează pe ipoteze false sau fapte incomplete;
- oferirea de opinii care se bazează pe analize științifice sau medicale incomplete sau inadecvate; și
- oferirea de opinii care sunt părtinitoare, în mod conștient sau inconștient, și care favorizează una sau cealaltă parte în proces (OMS 2003).

SECȚIUNEA 8.

EVALUAREA RISCURILOR ȘI PLANIFICAREA MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ

Siguranța pacienților care au avut de suferit în urma violenței în bază de gen trebuie să reprezinte o prioritate a oricărei intervenții în domeniul sănătății. În cazul violenței din partea unui partener intim, cazurile izolate de violență sunt rare, iar pericolul de infracțiuni repetate este foarte mare. În perioada de separare și divorț, riscul violenței crește: majoritatea crimelor, tentativelor de omor și actelor de violență gravă sunt comise atunci când victima violenței în familie încearcă să părăsească partenerul violent⁶⁷. Evaluarea riscurilor permite specialiștilor din domeniul sănătății și altor prestatori de servicii să acorde asistență victimelor prin identificarea măsurilor menite să sporească siguranța lor și să contribuie la conștientizarea riscurilor existente.



INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI GESTIONARE A RISCURILOR

Pentru o bună **evaluare și gestionare a riscurilor**, specialiștii în domeniul sănătății vor lua cunoștință cu principalii factori de risc care pot determina repetarea sau escaladarea violenței și principalele instrumente ce permit evaluarea riscurilor continuării sau escaladării violenței, **chestionarele de evaluare a riscurilor**, utilizate pe larg în Europa și SUA, precum și instrumentele recomandate pentru **gestionarea riscurilor**.



Factorii de risc. Specialiștii din domeniul sănătății au un rol important în acordarea suportului unei victime a violenței în familie, prin evaluarea în comun a riscurilor potențiale ale repetării cazurilor de violență, acordarea suportului victimei în planificarea măsurilor de siguranță, precum și referirea acestuia către

⁶⁷ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.72.

un serviciu specializat. Lucrătorul medical trebuie să fie capabil să evalueze situația individuală și nevoile pacientului, în special riscul continuării sau escaladării violenței, precum și să recomande o cale corespunzătoare de referire. Dacă riscul evaluat este mare, victima violenței în familie are nevoie de **o intervenție de criză imediată**. Dacă riscul evaluat nu este mare, ar putea fi suficientă o referire a persoanei la alte tipuri de asistență socială, psihologică sau juridică.

Ca un prim-pas, specialiștii din domeniul sănătății trebuie să înțeleagă factorii de risc care pot determina repetarea sau escaladarea violenței⁶⁸.

Factorii de risc care pot determina repetarea sau escaladarea violenței	
Actele anterioare de violență împotriva femeilor, copiilor sau altor membri ai familiei, precum și foștilor parteneri	Istoria abuzului, formele și modelele de violență utilizate, precum și fostele condamnări sau rapoarte ale poliției. Agresorii care au comis acte grave și frecvente de violență (cum ar fi, utilizarea unei arme sau strangularea victimei) sunt deosebit de periculoși
Actele anterioare de violență comise în afara familiei	De exemplu, împotriva personalului care prestează servicii sau autorităților, indică asupra unei tendințe generale de aplicare a violenței și în familie
Separarea și divorțul	Reprezintă momente de risc sporit
Actele de violență comise de către alți membri de familie	Pot fi folosite de agresor pentru a controla victima și pot determina imposibilitatea acesteia de a fugi
Posesia și/sau utilizarea armelor	Posesia legală sau ilegală de arme crește riscul violenței armate, mai ales în cazul în care agresorul a mai folosit sau a amenințat cu folosirea armelor în contextul episoadelor anterioare de violență
Abuzul de alcool sau de droguri	În sine nu cauzează violența, dar poate desensibiliza și contribui la o escaladare a violenței
Amenințările	Necesită întotdeauna să fie luate în serios. Este greșit să presupunem că persoanele care „doar” folosesc amenințări nu sunt periculoase. De fapt, violența severă este deseori precedată de amenințări. În special, amenințările de comitere a crimei trebuie să fie luate în serios. În multe cazuri femeile care au fost ucise de partenerii lor intimi au fost amenințate în mod repetat cu crima înainte de a fi ucise

⁶⁸ Ibidem, p. 89.

Gelozie extremă și posesivitate	Agresorii care îșiucid sau rănesc grav partenerii sunt adesea posedați de dorința de a stăpâni și a controla partenerii lor, ei deseori consideră că fiecare bărbat care se află în preajma partenerii lor este un rival și în mod constant o acuză de infidelitate
Conceptele și atitudinile extrem de patriarhale	Cum ar fi faptul că o femeie sau o fată trebuie să se supună soțului sau tatălui ei, care este capul familiei ori să se conformeze conceptelor rigide ce țin de onoare și sexualitate
Persecuția și teroarea psihologică (urmărirea)	Mulți agresori nu sunt dispuși să accepte o separare de partenerul lor și încearcă să o împiedice prin toate mijloacele, inclusiv prin violență. Acest lucru poate duce la acte de violență și amenințări chiar mulți ani după o separare
Pericolul pentru copii	Copiii, de asemenea, se află în risc sporit în timpul separării și divorțului. Agresiunea împotriva partenerului se poate extinde asupra copiilor, iar acesta se poate răzbuna prin abuzarea sau uciderea lor. Prin urmare, planificarea măsurilor de siguranță trebuie să includă întotdeauna și copiii
Nerespectarea ordinelor de restricție impuse de instanțele de judecată sau poliție	Indică asupra situației de risc sporit, deoarece arată că agresorul nu este dispus să-și schimbe comportamentul
Declanșatoare posibile	Pot duce la o escaladare bruscă a violenței și includ schimbările în relație, de exemplu, în cazul în care femeia se angajează la serviciu împotriva voinței partenerului său, caută ajutor sau cere divorț

Evaluarea riscurilor este un proces dinamic și complex. În funcție de situația și contextul nivelului de risc, acesta poate crește sau descrește. Evaluarea riscurilor este un prim-pas pentru gestionarea riscurilor. Totuși, evaluarea riscului nu prezice cu exactitate riscurile. Evaluarea riscurilor se referă la probabilitatea de apariție și/sau la gravitatea actelor de violență. De asemenea, evaluarea riscurilor poate să determine cine în afară de victimă poate fi în pericol. Au fost elaborate o serie de instrumente standardizate de evaluare a riscurilor pentru a putea aprecia riscul repetării sau escaladării violenței. Cele mai cunoscute în Europa sunt: MARAC, instrumentul folosit de Comitetul de Agenții Multiple pentru Evaluarea Riscului, SARA/ERAS (Spousal Assault Risk Assessment/Evaluarea riscurilor în caz de agresiune între soți și Respect în SUA, așa-numitul BIG 26, numit astfel deoarece include 26 de întrebări, elaborat în Duluth, Minnesota și unul dintre cele mai frecvent utilizate instrumente de evaluare a pericolului ca o femeie să fie ucisă de fostul sau actualul partener al acesteia (Evaluarea

Pericolului de Campbell (2004). A se vedea **Anexa nr. 5**).



Este extrem de important de întrebat victima violenței în familie despre propria sa evaluare a situației. Orice instrumente de evaluare a riscurilor nu trebuie să înlocuiască ascultarea evaluării situației de către victimă.

Evaluarea riscurilor presupune ca profesioniștii să dezvolte unele aptitudini, cunoștințe și, mai presus de toate, unele atitudini atunci când este vorba de femei și copii. Este important să le asculte în mod activ, să le valideze experiențele, precum și să citească printre rânduri atunci când se face *raționamentul profesional* cu privire la nivelul de risc.

Evaluarea riscurilor permite:

- să determinăm posibilitatea comiterii actelor repetate de violență;
- să determinăm dacă nu există factori de risc major de comitere a omurului;
- să ajutăm victima să conștientizeze nivelul de risc sau pericolul omuciderii și, respectiv, să informăm persoanele-țintă despre necesitatea unor acțiuni de gestionare a riscurilor în vederea asigurării siguranței lor;
- să referim către organele/instituțiile competente pentru asigurarea protecției.

Gestionarea riscurilor are drept scop promovarea siguranței și securității victimelor. Scopul principal al procesului de gestionare a riscurilor constă în dezvoltarea unei strategii integrate pentru a reduce/preveni riscul unor atacuri ulterioare, identificate și evaluate anterior. Specialiștii în domeniul sănătății au responsabilitatea evaluării și gestionării riscurilor. În cazul unui risc sporit pentru sănătatea sau viața victimelor violenței în bază de gen profesioniștii trebuie să ia în considerare că sunt responsabili pentru determinarea celor mai bune măsuri de asigurarea a protecției. În mod ideal gestionarea riscurilor se realizează de mai multe organizații care sunt implicate în acordarea serviciilor, respectând rolurile și responsabilitățile lor.

Acțiuni de evitare a riscurilor: prin plasarea victimei într-un centru/refugi, asigurându-se confidențialitatea locului de plasament, asistarea în obținerea ordonanței de protecție.

Acțiuni de reducere a riscurilor (Plan de siguranță). Elaborarea unui plan de siguranță are ca scop prevenirea violenței prin influențarea factorilor de risc și a factorilor de protecție.

Planul de siguranță include ce-i de făcut în situații de urgență, ajută victi-

ma să-și planifice din timp acțiunile în eventualitatea unor viitoare violențe sau abuzuri. Riscurile asociate violenței în bază de gen se schimbă continuu, însă planul de siguranță trebuie să fie destul de flexibil pentru a gestiona diferite evenimente sau scenarii la toate nivelurile de risc. Elaborarea unui plan de siguranță ar putea ajuta femeia să facă pregătirile necesare pentru a putea părăsi o relație în condiții sigure, în cazul în care violența escaladează.

Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să ajute femeia să afle dacă există locuri sigure și accesibile unde ea se poate adăposti, cum ar fi casele prietenilor sau rudelor. Ele pot fi de asemenea direcționate la adăposturi pentru femei sau organizații de femei care le pot ajuta.

Elaborarea unui astfel de plan de siguranță se poate dovedi a fi dificilă în cazul femeilor cu venituri mici, în special a celor din localitățile rurale sau din comunitățile minorităților etnice, care s-ar putea să nu dispună de resurse necesare pentru a părăsi agresorul.

Instituțiile în domeniul sănătății ar trebui să preia inițiativa pentru a stabili contacte cu astfel de organizații și a crea un sistem de referire pentru a acorda suport și a ajuta femeile care sunt supuse la acte de violență din partea partenerului intim.

Pentru informații suplimentare, a se consulta Anexa nr.2.3.: *Lista de verificare pentru elaborarea unui plan de siguranță împreună cu victima; Plan-model de siguranță individuală pentru femeile care au suportat violență din partea partenerului intim sau a altor membri de familie*. Aceste instrumente oferă profesioniștilor din domeniul sănătății informații practice necesare pentru elaborarea unui plan de siguranță împreună cu victimele. Specialiștii din domeniul sănătății vor identifica care sunt nevoile și dorințele pacientei, atât vizând tratamentul, cât și contactarea cu organele de poliție, sistemul de justiție și alte servicii de referire. Specialiștii în domeniul sănătății trebuie să informeze victimele despre drepturile și interesele legitime, autoritățile și instituțiile cu funcții de prevenire și combatere a violenței, despre tipul serviciilor și organizațiile la care se pot adresa după ajutor (a se consulta **Anexa nr.7**. Date de contact: Centre de asistență și protecție a victimelor violenței în familie). Deoarece această listă este extinsă în mod regulat, vă rugăm să o verificați constant pentru a vă ține la curent cu actualizările de rigoare.

Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să fie la curent cu măsurile de planificare a siguranței pe care le poate oferi, atât în cadrul propriei instituții, cât și al altor, să fie bine familiarizați cu resursele locale și naționale spre care poate îndruma victima, inclusiv serviciile de specialitate.

Astfel, specialiștii din domeniu pot să contribuie la abilitarea victimelor vi-

olenței în bază de gen, de exemplu, prin înmânarea pliantelor și broșurilor ce conțin informații despre măsurile de protecție sau informând victimele în ce condiții și cum pot accesa consultanță sau asistență juridică.



În cazurile de violență în familie, scopul eliberării ordonanței de protecție constă în prevenirea unui risc real și imediat, or, sunt puse în pericol viața și sănătatea victimei, în asigurarea de urgență a protecției victimei, în preîntâmpinarea unor noi acte de violență asupra victimei și/sau asupra altor membri ai familiei, precum și în prevenirea distrugerii bunurilor victimei, a averii comune a familiei.

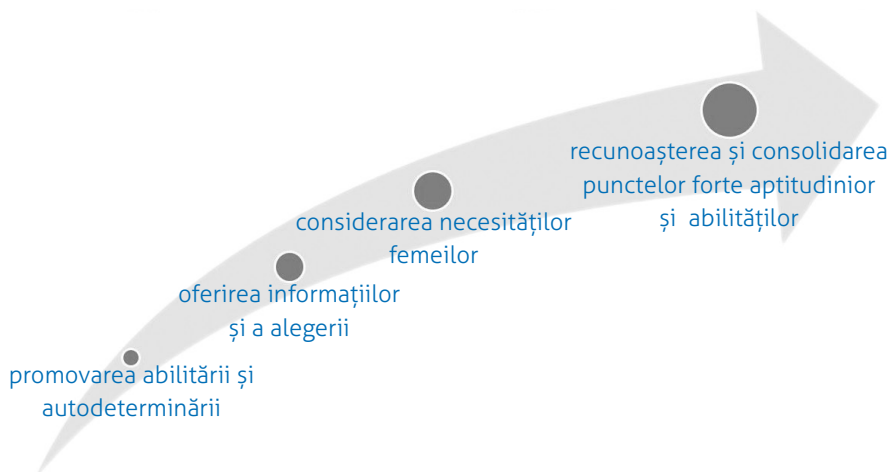
Cu privire la **Ordonanța de protecție** și măsurile de protecție, a se consulta **Anexa nr.6**. Măsurile de protecție, art.15 din Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr. 45-XVI din 01.03.2007. Acțiunea de referire a victimei se va documenta cu ajutorul unui formular de documentare (a se consulta **Anexa nr.2**. Formular de referire a cazului spre serviciile specializate).

Când este suspectată violența, specialiștii în domeniul sănătății au ocazia să informeze victimele despre dinamica relațiilor, despre riscurile pentru sănătatea ei și copiilor ei, despre tulburările grave fizice și psihologice. Dar acțiunea de a oferi informații nu trebuie confundată cu obligarea victimei de a urma un curs de acțiuni. E necesar de respectat schimbările cognitive și comportamentale prin care trec victimele, intervenția și suportul oferit de fiecare dată este o cărămidă la temelia creșterii siguranței și preluării controlului asupra situației. Indiferent de decizia victimelor, este important de a le încuraja să revină pentru ajutor.

Asigurarea siguranței, demnității, intimității și confidențialității victimelor violenței în bază de gen, respectarea autonomiei, abilitarea și împuternicirea femeilor

Asigurarea femeilor cu informații privind drepturile lor, măsurile de protecție existente și serviciile de asistență juridică și alte servicii este strategia-cheie în asigurarea împuternicirii, deoarece aceasta le permite femeilor să ia decizii informate și le însușește sentimentul de control asupra vieții lor. Acordarea sprijinului și susținerii profesioniștilor poate fi de o importanță crucială.

Elementele-cheie ale lanțului de intervenție în cazurile de violență de gen



Cadrelle medicale pot să acorde sprijin victimelor violenței în luarea deciziilor. Aceasta se poate realiza prin prezentarea și discutarea opțiunilor, prin acordarea asistenței practice și suportului care să răspundă la îngrijorările pacienților. În același timp, **este important de respectat autonomia pacienților; victima violenței va fi întotdeauna cea care va lua deciziile.**

Totuși, se permit și trebuie să fie aplicate excepții de la această regulă, **dacă viața și sănătatea femeilor sau copiilor sunt în pericol** (de exemplu, tentativele de sinucidere, pericolul acut din partea partenerului violent sau dacă femeia comite acte de violență împotriva copiilor săi) (WAVE 2006).

CAPITOLUL V.

SISTEMUL DE REFERIRE

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili:

- să informeze pacienții despre rolul autorităților și instituțiilor abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie și a modalităților eficiente de cooperare dintre aceștia, despre serviciile specializate de asistență pentru femei, serviciile generale de asistență și sistemul existent de referire;
- să ghideze pacientul în identificarea celor mai bune opțiuni de a beneficia de asistență și sprijin necesar chiar de la primul lor contact;
- să realizeze referirea către alți prestatori de servicii, după necesitate, cum ar fi centrele specializate medicale, adăposturile pentru femei, centrele de intervenție de criză;
- să asigure pacientul cu informație cu referire la serviciile de sprijin existente și contactele adecvate care pot servi ca bază în cazurile necesității referirii.

Sistemul de sănătate – o verigă al unui sistem complex de referire. Puncte-cheie

- Femeile care au fost supuse violenței în bază de gen au nevoi multiple și complexe, ce includ asistență medicală, cazare în condiții de siguranță, consiliere psihosocială, servicii de protecție și/sau asistență juridică. Prin urmare, un răspuns eficient la violența în bază de gen necesită un set cuprinzător de servicii.
- Specialiștii din domeniul sănătății au un rol-cheie în a asigura că sistemul de sănătate protejează sănătatea și drepturile femeilor și asigură suport în cazul violenței de gen, iar acest lucru poate fi îndeplinit numai dacă sistemul de sănătate este conectat direct cu serviciile de asistență

specializată.

- Referirile în general descriu modalitatea în care o femeie intră în contact cu un specialist sau o instituție profesională în privința cazului ei și modalitatea în care specialiștii și instituțiile profesioniste comunică și colaborează pentru a-i oferi un ajutor complet.
- Un răspuns multidisciplinar presupune coordonarea serviciilor relevante oferite de către toți prestatorii de servicii în vederea asigurării unui suport atotcuprinzător, care să răspundă necesităților victimelor violenței în bază de gen.
- Cadrele medicale prin faptul că fac referire beneficiază de sprijin din partea altor organizații partenere; respectiv pot întreba cu mai multă încredere despre violența în bază de gen, știind că sunt disponibile și alte servicii necesare care pot să reacționeze în mod adecvat la momentul identificării unei victime.
- Sistemul de referire reprezintă un pas important în gestionarea cazurilor, ca parte a activității multidisciplinare, precum și în examinarea cazurilor, monitorizarea și suportul acordat după soluționarea cazului sau ca follow-up.

REPERE DE CONȚINUT

Un sistem de referire poate fi definit drept un cadru instituțional cuprinzător, care conectează diverse instituții cu mandate bine definite și delimitate, responsabilități și competențe care fac parte dintr-o rețea de cooperare, care au scopul general de a asigura **protecția și asistența** victimelor violenței în familie, de a ajuta la recuperarea deplină și abilitarea victimelor, precum și **prevenirea** violenței în bază de gen, **tragerea la răspundere** a agresorilor (**așa-numitul 3P**).⁶⁹

Mecanismele de referire pot funcționa la diferite niveluri – național, regional și/sau municipal/comunitar. Mecanismele locale și/sau regionale de referire trebuie să se bazeze pe legi și/sau politici naționale. Referirile se realizează în baza unei comunicări eficiente și stabilesc căi și proceduri de referire, cu etape consecutive clare și simple.

Sistemul de referire include referiri către alți profesioniști din domeniul sănătății din aceeași sau dintr-o altă instituție, de exemplu, către instituțiile care prestează servicii de asistență medicală în domeniul sănătății mintale sau către specialiștii în domeniul HIV, precum și referiri la alte servicii, cum ar fi adă-

⁶⁹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p.93.

posturi sau organizații care oferă consiliere psihosocială sau juridică. La rândul lor, specialiștii din domeniul sănătății ar putea consulta femeile victime care sunt referite, de exemplu, de către poliție, adăposturi sau alți profesioniști din domeniul sănătății.

În Republica Moldova, Sistemul Național de Referire (SNR) s-a constituit în anul 2008, în contextul protecției și asistenței victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane⁷⁰.

În același timp, acest model a fost extins/preluat la nivel național pentru a preveni și combate alte fenomene sociale negative și a asista diverse categorii social-vulnerabile, precum victimele violenței în familie, inclusiv în rândul copiilor etc.

Totodată, lipsa unei reglementări juridice a activității reprezentanților din cadrul instituțiilor și organizațiilor descentralizate și desconcentrate, participante la SNR, în calitate de instrument operațional intersectorial, a determinat aprobarea de către Guvernul Republicii Moldova a Regulamentului de activitate a echipelor multidisciplinare teritoriale (EMT)⁷¹, în cadrul Sistemului național de referire (SNR) stabilind atribuțiile, drepturile și obligațiile acestora.

Echipa multidisciplinară: *este 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, 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.*

În acest context, crearea EMT și dezvoltarea SNR permite fortificarea colaborării între instituțiile de stat și societatea civilă, în scopul respectării drepturilor omului, ce reprezintă o contribuție semnificativă pentru consolidarea statului de drept în Republica Moldova.

Ce trebuie să cunoască personalul medical în cadrul unei referiri eficiente⁷²

- **Să identifice cazurile de violență în bază de gen, să ofere suport primar, să evalueze situația și nevoile individuale ale pacientei, în special riscul continuării sau escaladării violenței. Dacă riscul evaluat este**

⁷⁰ Hotărârea Parlamentului nr.257-XVI din 5.12.2008.

⁷¹ Hotărârea Guvernului nr.228 din 28.03.2014.

⁷² Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de Organizația „Femeile împotriva violenței din Europa” (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății, în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG), p. 96.

ridicat, victima necesită intervenție de criză imediată, precum sprijin medical sau psihologic imediat și/sau acces la un adăpost. Dacă riscul evaluat nu este ridicat, referirea către alte servicii sociale, psihologice și juridice poate fi de ajutor.

- **Să fie informați despre serviciile și sistemul existent de referire**, să dispună de datele de contact ale instituțiilor prestatoare de servicii relevante, să ajute victima în identificarea celor mai bune opțiuni.
- **Să fie informați despre legile naționale privind violența în bază de gen, inclusiv despre măsurile de protecție disponibile** și orice obligații de raportare din partea lor.
- **Să obțină acordul victimei violenței în familie înainte de a transmite informații cu privire la cazul ei altor instituții** sau prestatorilor de servicii, să urmeze proceduri care protejează confidențialitatea femeii. Există situații în care transmiterea informațiilor trebuie făcută chiar dacă victima nu este de acord.

Lucrătorul medical, în comun cu membrii echipei multidisciplinare, participă la soluționarea cazului de violență în familie. În obligațiunile sale intră identificarea victimelor, informarea și referirea către serviciile existente, inclusiv serviciile medicinei legale și modalitatea obținerii raportului medico-legal necesar pentru inițierea urmăririi penale. La cererea expresă a victimei, lucrătorul medical poate sesiza poliția asupra cazului de violență în familie identificat, luând în formă scrisă acordul informat al victimei, care se înregistrează și se atașează la documentația medicală.

SECȚIUNEA 1.

SERVICII DE ASISTENȚĂ SPECIALIZATĂ PENTRU FEMEI

Participarea organizațiilor ce protejează drepturile femeilor în combaterea multidisciplinară a violenței în bază de gen are o importanță majoră. Mai mult, având în vedere mandatele lor de prestatori de servicii directe și specializate, acestea sunt în poziție nu doar de a oferi mai multe servicii, dar, de asemenea, de a însoți victimele violenței în familie de-a lungul întregului proces. Acestea completează, dar nu pot fi înlocuite cu serviciile de suport general, oferite de către autoritățile publice.

Serviciile de asistență specializată pentru femeile victime ale violenței în bază de gen pot oferi o gamă largă de servicii, în special adăposturile pentru femei, liniile de asistență telefonică pentru femei, centrele de asistență pentru femei, care oferă diferite tipuri de suport non-rezidențial, precum și serviciile

de specialitate pentru victimele violenței sexuale.

Aceste organizații ar putea să ajute victimele violenței în bază de gen în sens mai larg sau ar putea să-și concentreze eforturile asupra victimelor care au experimentat forme specifice de violență (cum ar fi, violența din partea partenerului intim, violența sexuală sau ca urmare a traficului) ori care fac parte din grupuri specifice (cum ar fi, femeile imigrante, adolescentele sau lucrătorii sexuali).

În contextul Legii cu privire la serviciile sociale⁷³, familiile defavorizate și vulnerabile (inclusiv în cazul violenței în bază de gen) pot avea acces la servicii sociale de diferite tipuri: primare, specializate și cu specializare înaltă.

Conform Nomenclatorului serviciilor sociale⁷⁴, aprobat prin Ordinul ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei nr.353 din 15.12.2011, victima violenței în bază de gen, inclusiv victima copil, poate beneficia de următoarele servicii specializate și servicii sociale de specializare înaltă:

- Centrul de asistență socială a copilului și familiei;
- Centrul de zi pentru copii în situație de risc;
- Centrul de plasament temporar pentru copii în situație de risc;
- Centrul de reabilitare pentru victimele violenței în familie, care oferă plasament temporar, asistență victimei, socializare și reintegrare în familie și/sau comunitate;
- Centrul maternal;
- Asistență parentală profesionistă;
- Casa comunitară pentru copii în situație de risc;
- Centrul de asistență psihosocială a copiilor victime ale violenței, abuzului și exploatării;
- Centrul pentru asistența și protecția victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane;

Concomitent, Nomenclatorul serviciilor sociale include și servicii pentru agresori, așa ca:

- Centrul de zi pentru abilitarea agresorilor.

În vederea ajustării Standardelor naționale la cele internaționale, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a centrelor de reabilitare a victimelor violenței în familie⁷⁵, prin care este reglementată funcționarea acestui tip de centru, prin indicarea formei de organizare și finanțare, beneficiarii, modul de asistare a acestora și Standardele minime de

⁷³ Legea cu privire la serviciile sociale nr.123 din 18.06.2010.

⁷⁴ Aprobat prin Ordinul ministrului Muncii, Protecției Sociale și Familiei nr.353 din 15.12.2011.

⁷⁵ Hotărârea Guvernului nr.129 din 22.02.2010.

calitate privind serviciile sociale prestate victimelor violenței în familie⁷⁶, în care sunt stipulate principiile de prestare a serviciilor sociale în cadrul centrului, beneficiarii, admiterea și plasamentul în centru, încetarea plasamentului etc.

În prezent funcționează **8 instituții publice** care oferă plasament și servicii specializate, inclusiv pentru victimele violenței, și anume:

Centrul de asistență și protecție a victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane (cu 24 de locuri)	La nivelul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei din anul 2001 funcționează Centrul. Este primul punct de contact pentru persoanele traficate care se întorc în țară. Victimele și potențialele victime pot fi cazate în acest Centru. Centrul oferă servicii de adăpost, consiliere psihologică, suport social, asistență medicală, asistență juridică și medicală, activități creative. Beneficiari preponderent sunt femeile și copiii
Centrul maternal, Cahul (cu 24 de locuri)	Beneficiarii acestui Centru sunt femeile și copiii lor, precum și femeile fără copii, care sunt victime ale violenței în familie
Centrul Maternal „Pro Familia”, Căușeni (cu 19 locuri)	Beneficiarii acestui Centru sunt femeile (51%) și copiii (49%) victime ale violenței în familie
Centrul de plasament „Cupluri părinte-copil”, Cornești (cu 17 locuri)	Beneficiarii acestui Centru sunt femeile cu copiii lor, precum și femeile fără copii, care sunt victime ale violenței în familie.
Centrul Maternal „Ariadna”, Drochia (cu 30 de locuri)	Grupurile-țintă sunt femeile și copiii lor victime ale violenței în familie, traficului de ființe umane
Centrul Maternal „Pro Femina”, Hâncești (cu 20 de locuri)	Grupurile-țintă sunt femeile și copiii lor victime ale violenței în familie, traficului de ființe umane, mamele singure, femeile cu probleme de sănătate mintală, femeile fără adăpost, femeile în etate în situație de criză, tinerele în situație de criză ș.a.
Centrul de criză familială „Sotis”, Bălți (cu 19 locuri)	Grupurile-țintă sunt femeile și copiii lor victime ale violenței în familie, traficului de ființe umane, mamele singure, femeile cu HIV/SIDA, femeile în etate în situație de criză, tinerele în situație de criză, femeile migrante ș.a.
Centrul temporar de adăpost și reabilitare a copiilor, Bălți	Grupurile-țintă sunt femeile și copiii lor victime ale violenței în familie, traficului de ființe umane, mamele singure, femeile cu HIV/SIDA, femeile cu probleme de sănătate mintală, femeile fără adăpost sau în situație de criză, tinerele în situație de criză, femeile migrante ș.a.

⁷⁶ Hotărârea Guvernului nr.1200 din 23.12.2010.

Tot ca **instituție publică** își desfășoară activitatea **Centrul de asistență și consiliere pentru agresori, Drochia**. În acest context, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali și standardele minime de calitate⁷⁷.

Concomitent, funcționează un șir de instituții susținute de ONG, și anume:

- **Casa Mărioarei, Chișinău** (cu 21 de locuri), oferă servicii atât pentru femeile victime ale violenței în familie, cât și copiilor care sunt însoțiți de mame;
- **Centrul de Drept al Femeilor, Chișinău**. Preponderent beneficiarii centrului sunt femeile și copiii. Grupurile-țintă sunt femeile cu și fără copii, victime ale violenței în familie. Centrul oferă gratuit acces la informație privitor la drepturile femeilor victime ale violenței în familie și de gen în procesul penal și civil, asistență juridică primară, specializată și asistență psihologică. Centrul de asemenea oferă cursuri de instruire specialiștilor care activează în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie (poliție, asistența socială, sistemul judiciar, medicină) și expertize legislative în domeniul vizat;
- **Centrul Internațional pentru protecția și promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”, Chișinău**. În cadrul Centrului funcționează *Centrul de contact*, care acordă asistență victimelor TFU, *Centrul de resurse*, ce se axează pe prevenirea fenomenului TFU, *Centrul de analiză și lobby*, axat pe cercetarea și monitorizarea în domeniul TFU. Beneficiarii Centrului sunt victimele TFU, în special femeile și copiii, grupurile profesionale care lucrează cu victimele și prestatorii de servicii la nivel național și internațional (asistenți sociali, psihologi, medici, juriști, lucrători ai organelor de urmărire penală etc.);
- **Centrul „Onoarea și dreptul femeilor contemporane”, Bălți**. Grupurile-țintă sunt femeile cu și fără copii victime ale violenței în familie, traficului de ființe umane, femeile fără adăpost, femeile în etate în situație de criză, tinerele în situație de criză ș.a.;
- **Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC), Chișinău**, care oferă servicii copiilor victime ale abuzului. Misiunea organizației este protecția copiilor în situație de risc și a copiilor victime ale tuturor formelor de abuz prin activități de prevenire și servicii specializate adresate copiilor și familiilor acestora. Din anul 2007, CNPAC promovează procedurile legale prietenoase copilului.

⁷⁷ Hotărârea Guvernului nr.496 din 30.06.2014.

Astfel, organizațiile neguvernamentale prezintă o experiență bogată în lucrul cu victimele violenței în bază de gen, inclusiv în rândul copiilor. (Pentru datele de contact ale Centrelor de asistență și protecție a victimelor violenței în familie, a se vedea **Anexa nr.7**). Deoarece această listă este extinsă în mod regulat, vă rugăm să o verificați constant, pentru a vă ține la curent cu actualizările de rigoare.

SECȚIUNEA 2.

SERVICII GENERALE DE ASISTENȚĂ

Serviciile generale de asistență se referă la ajutorul finanțat și oferit de autoritățile publice, în calitate de asistență pe termen lung, care nu este destinat exclusiv victimelor violenței, dar și publicului larg. În afară de serviciile de sănătate, acestea includ suport ce ține de locuință, suport financiar și alte servicii sociale, servicii ce țin de angajarea în câmpul muncii, educația publică sau protecția socială a copilului. Aceste servicii sunt completate de altele de suport pentru femei, care s-au specializat în prestarea de servicii și oferirea de asistență adaptate nevoilor victimelor VG. În special, serviciile de sănătate și sociale sunt adesea primul punct de contact pentru victimele violenței în bază de gen. Personalul acestor instituții trebuie să fie bine instruit cu privire la diferite forme de violență în bază de gen, nevoile speciale ale victimelor și modul în care aceste nevoi pot fi satisfăcute.

SECȚIUNEA 3.

ASISTENȚA MEDICALĂ ȘI SERVICIILE MEDICO-LEGALE

Victima are dreptul la asistență pentru recuperare fizică, psihologică și socială prin acțiuni medicale, psihologice, juridice și sociale. Dreptul la viața privată și confidențialitatea informației privind victima sunt garantate. Victimei i se acordă asistență medicală de instituțiile medico-sanitare în conformitate cu Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală⁷⁸.

Victimele violenței în bază de gen pot beneficia de asistență medico-legală conform solicitării proprii, fiind examinate în temeiul unui act de identitate oficial. Pentru aceasta, victimele se pot adresa la secțiile medico-legale teritoriale ale Centrului de Medicină Legală, amplasate în municipiile și centrele raionale din țară.

⁷⁸ Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45 din 01.03.2007 (publicată la 18.03.2008 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.55-56).

SECȚIUNEA 4.

POLIȚIA ȘI INSTANȚELE DE JUDECATĂ

Poliția și sistemul de justiție penală sunt responsabile de investigarea și urmărirea penală a cazurilor de violență în bază de gen care întrunesc elementele unei infracțiuni și de stabilirea răspunderii penale în cazul inculpatului. Pe lângă investigarea crimelor deja comise, legislația trebuie să asigure victimei mecanisme de protecție. În acest sens, Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie⁷⁹ prevede că instanța de judecată emite, în 24 de ore de la primirea cererii, o ordonanță de protecție, prin care poate oferi asistență victimei, aplicând agresorului următoarele măsuri: obligarea de a părăsi temporar locuința comună ori de a sta departe de locuința victimei; obligarea de a sta departe de locul aflării victimei; obligarea de a nu contacta victima, copiii acesteia, alte persoane dependente de ea; interzicerea de a vizita locul de muncă și de trai al victimei. Instanțele de drept civil decid asupra acțiunilor ce țin de divorț și de custodia copiilor. În funcție de circumstanțele specifice ale fiecărui caz, instanțele de drept civil și/sau penal pot examina și decide asupra cererilor de compensare a daunelor suferite de victima violenței de gen.

⁷⁹ Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45 din 01.03.2007 (publicată la 18.03.2008 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.55-56).

CAPITOLUL VI.

MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA INTERVENȚIILOR SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ BAZATĂ PE GEN

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili:

- să înțeleagă conceptele de monitorizare și evaluare;
- să determine beneficiile și argumentele în favoarea monitorizării și evaluării intervențiilor în cazurile de violență bazată pe gen;
- să determine ce intervenții și strategii sunt eficiente în prevenirea și reacționarea la cazurile de violență împotriva femeilor și fetelor în cadrul sistemului de sănătate;
- să determine importanța monitorizării/urmăririi cazurilor pentru a putea asigura nivelul de răspundere al profesioniștilor; clarificarea rolurilor fiecărui grup.

Monitorizarea și evaluarea intervențiilor în cazurile de violență bazată pe gen.

Puncte-cheie

- Monitorizarea și evaluarea permit măsurarea gradului în care o intervenție, strategie sau politică în domeniul combaterii violenței împotriva femeilor și-a atins rezultatele planificate.
- Monitorizarea și evaluarea pot genera date și informații care să permită o mai mare transparență și responsabilizare și pot contribui la identificarea lecțiilor învățate. Aceste informații pot fi apoi utilizate pentru ajustarea abordării existente, pentru ca aceasta să devină mai eficace și mai eficientă.

- Monitorizarea și evaluarea reprezintă instrumente valoroase de planificare și management, care permit să înțelegem ce funcționează și de ce. Aceste lecții învățate pot fi împărtășite atât în cadrul organizației, cât și extern: cu practicienii, factorii de decizie și de politici, donatorii etc. Intervențiile de succes pot fi valorificate și multiplicare pe o scară largă.
- Monitorizarea și evaluarea identifică pași practici și recomandări de elaborare, implementare și evaluare a intervențiilor, pentru obținerea unei integrări mai eficiente a capacității de reacționare a sistemului de ocrotire a sănătății la violența în bază de gen.

Repere de conținut

Monitorizarea și evaluarea intervențiilor împotriva violenței în bază de gen permit specialiștilor în domeniul sănătății să mențină sau să îmbunătățească calitatea muncii lor. Informațiile și datele generate pot arăta ce intervenții și strategii sunt eficiente pentru prevenire și reacționare la cazurile de violență de gen, ce investiții produc rezultate mai bune, ce servicii sunt necesare pentru a ajuta recuperarea femeilor etc. Totodată, monitorizarea permite specialiștilor în domeniul sănătății să înțeleagă dacă activitățile de intervenție se desfășoară conform planului, să verifice relevanța, calitatea și accesul grupului-țintă la serviciile oferite, astfel încât abordările existente să poată fi ajustate pentru a deveni mai eficiente. Mai mult, sistemele de monitorizare și evaluare care se bazează pe o abordare participativă permit o mai mare transparență și responsabilizare. Prin urmare, monitorizarea și evaluarea pot și trebuie să fie integrate în activitatea de zi cu zi a profesioniștilor în domeniul sănătății și a altor prestatori de servicii.⁸⁰

Tabelul de mai jos prezintă definiția conceptelor **monitorizare** și **evaluare**, **explică** scopul și beneficiile acestora, enumeră criteriile care urmează a fi evaluate⁸¹.

Monitorizarea versus evaluarea

Monitorizarea este o evaluare continuă a realizărilor obținute în timpul procesului de implementare. Scopul monitorizării este de a îmbunătăți eficiența și eficacitatea pentru a asigura transformarea activităților în rezultate/ieșiri/produse.	Evaluarea este o analiză periodică, cuprinzătoare și sistematică a unei intervenții, modul de proiectare, implementare a acesteia, precum și rezultatele ei. Scopul evaluării este de a explora rezultatele obținute dorite/nedorite; de a formula recomandări pentru ajustare.
--	---

⁸⁰ Setul de materiale WAVE.

⁸¹ Ibidem, p.107. Tabel elaborat în baza tabelului de diferențe, ICMPD 2010.

Monitorizarea permite: • să verificăm modul în care activitățile planificate progresează; progresul atins este măsurat în baza indicatorilor stabiliți; • să identificăm dificultățile operaționale; • să identificăm acțiunile pentru o implementare mai bună. Monitorizarea este realizată deseori de către personalul organizațiilor de implementare. Monitorizarea se face în mod continuu, pe parcursul întregii perioade de implementare. Monitorizarea poate fi integrată în diferite faze ale unei intervenții	Evaluarea permite: • să analizăm rezultatele obținute; • să analizăm relevanța și eficacitatea; • să analizăm impactul activităților și contribuția lor la rezultate. Evaluarea este realizată de obicei de către persoane din afara sistemului, uneori de către personalul din aceeași organizație, dar care nu face parte din activității implicați nemijlocit în implementare. Evaluarea poate fi integrată în diferite faze ale unei intervenții. Chiar dacă sistemul de monitorizare și evaluare ar trebui să fie introdus deja la etapa de planificare strategică și proiectare, evaluările sunt efectuate în anumite etape ale ciclului de intervenție contrar monitorizării, care se face în mod continuu pe parcursul întregii perioade de implementare
--	---

Întrebări-cheie la care monitorizarea și evaluarea încearcă să răspundă: relevanță, eficacitate, eficiență, impact și durabilitate.

- **Relevanța** se referă la **măsura în care intervenția este potrivită pentru prioritățile grupului-țintă** și organizațiilor de implementare, cum ar fi instituțiile sanitare, sau pentru politicile și strategiile relevante împotriva violenței în bază de gen.
- **Eficacitatea** măsoară **gradul în care intervenția atinge obiectivele.**
- **Eficiența** raportează intrările (timp, bani, resurse) la ieșiri/produse (calitative și cantitative). Acesta este un **termen economic, folosit pentru a evalua gradul în care cele mai puțin costisitoare resurse sunt utilizate pentru a obține rezultatele dorite.**
- **Impactul** presupune analiza **schimbărilor pozitive și negative create de intervenție**, în mod **direct sau indirect**, și în mod intenționat sau neintenționat. Rezultatele indirecte sunt rezultatele care depășesc scopul îngust al intervenției. De exemplu, crearea unui centru de consiliere pentru femeile maltratate poate determina, de asemenea, sporirea gradului de conștientizare a problemei într-o comunitate mai mare.
- **Durabilitatea** se referă la **măsurarea faptului dacă beneficiile unei activități vor continua, de exemplu, și după suspendarea finanțării sau**

după revenirea victimelor violenței acasă.

Cadrele medicale pot folosi diverse instrumente pentru monitorizarea rezultatelor și evaluarea intervențiilor. Pentru informație suplimentară, a se consulta **Anexa nr.8: Model de chestionar pentru aprecierea reacționării unei instituții de sănătate la violența bazată pe gen**, elaborat de Organizația „Femeile împotri-va violenței din Europa” WAVE.

Introducerea instrumentelor de evaluare a nevoilor de formare, precum și a procedurilor de evaluare în unitățile medicale permite de a înțelege provocările cu care se confruntă profesioniștii din domeniul medical în ceea ce privește formarea lor în promovarea intervențiilor pentru depășirea acestor provocări. Planificarea programelor de formare continuă a cadrelor medicale la locul de muncă ar asigura că profesioniștii au cunoștințe profesionale actualizate, precum și performanță la standarde de înaltă calitate. Mecanismele de monitorizare și evaluare asigură eficiența intervențiilor, îi ajută pe actori să identifice bune practici, sporind eficiența acțiunilor de răspuns, verifică dacă există nevoi ale victimelor care nu au fost satisfăcute.

În vederea generării unui răspuns multidisciplinar la violența în bază de gen, care să răspundă necesităților victimelor violenței în bază de gen, toți actorii vizați – autoritățile și instituțiile abilitate cu funcții de prevenire și de combatere a violenței în familie, prestatorii de servicii, organizațiile neguvernamentale, urmează a fi implicați în dezvoltarea și implementarea unui cadru de monitorizare și evaluare la toate nivelurile de intervenție.

În conformitate cu prevederile Legii cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie⁸², autoritatea publică centrală abilitată cu funcții de elaborare și de promovare a politicilor de prevenire și de combatere a violenței în familie și de asistență socială a victimelor și agresorilor este Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (MMPSF). Atribuțiile sale specifice le realizează prin intermediul Secțiilor/Direcțiilor asistență socială și protecția familiei din cele 35 de unități administrativ-teritoriale și circa 1500 de asistenți sociali comunitari.

Secțiile/direcțiile de asistență socială și de protecție a familiei, prin intermediul specialistului responsabil de domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie:

- a) conlucrează cu organele afacerilor interne în activitatea de identificare a persoanelor predispuse la comiterea actelor de violență în familie;

⁸² Legea nr.45 din 01.03.2007.

b) actualizează baza de date, la nivel teritorial, ce vizează fenomenul violenței în familie;

c) plasează, după caz, victima în centrul de reabilitare, oferindu-i asistența corespunzătoare;

d) desfășoară activitate de consiliere psihologică și psihosocială a victimelor, în vederea lichidării consecințelor actelor de violență în familie, prin mijloace proprii sau redirectionând cazul către specialiști din centrele de reabilitare;

e) înlesnesc, la solicitarea organelor de drept, accesul agresorului la programele de reabilitare;

f) apără drepturile și interesele legitime ale victimelor, inclusiv ale victimelor minore;

g) realizează, în comun cu alte autorități abilitate și în colaborare cu organizațiile neguvernamentale din domeniu, programe informaționale în vederea prevenirii violenței în familie;

h) determină necesitatea creării de centre/servicii de reabilitare a victimelor și a agresorilor, asigură acestor centre/servicii sprijin metodologic și informațional;

i) monitorizează și coordonează activitățile profesionale ale asistenților sociali din cadrul primăriilor de prevenire a violenței în familie, de sprijinire/consiliere a victimelor și de resocializare a agresorilor;

j) prezintă Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei rapoarte semestriale despre activitățile desfășurate în teritoriu de secții/direcții, asistenți sociali conform parteneriatelor stabilite;

k) monitorizează victimele și le acordă asistență după ce au părăsit centrele de reabilitare.

Ministerul Afacerilor Interne (MAI), la nivel național, își realizează atribuțiile sale specifice de asigurare a siguranței și securității prin intermediul Inspectoratului General de Poliție, iar la nivel teritorial – prin intermediul Inspectoratelor teritoriale de poliție (care includ în sine sectoare și posturi de poliție). În cadrul fiecărui Inspectorat de Poliție activează Biroul Siguranță Copii.

Organele afacerilor interne, la nivel de structură specializată:

a) identifică, înregistrează și raportează cazurile de violență în familie;

b) asigură evidența nominală a agresorilor;

c) sesizează, în cazul copiilor victime ale violenței în familie, autoritățile tutelare;

d) examinează cererile și sesizările parvenite din partea cetățenilor, instituțiilor medicale, centrelor medico-legale și a altor instituții referitor la conflicte familiale, la acte de violență, la amenințări cu moartea sau la existența unui pericol iminent de realizare a lor;

e) vizitează familiile ai căror membri sunt luați în evidență, efectuează lucrul de prevenire a comiterii repetate a actelor de violență în familie;

f) efectuează, în situații de criză, reținerea administrativă a agresorului, în funcție de gravitatea cazului;

g) se adresează către autorități judecătorești pentru obținerea ordonanței de protecție în situație de criză, în baza cererii depuse de victimă sau a sesizării de caz; asigură executarea ordonanței de protecție;

h) în cazul comiterii actului de violență în familie, explică victimei drepturile ei, iar la cererea acesteia, îi acordă ajutor spre a fi plasată în centrul de reabilitare;

i) informează victima despre dreptul ei de a beneficia de asistență juridică gratuită;

j) asigură agresorilor, inclusiv celor aflați în arest administrativ, accesul la serviciile de reabilitare;

k) asigură securitatea, paza și ordinea publică în centrele de reabilitare a victimelor;

l) monitorizează și instrumentează, în comun cu asistenții sociali, cazurile de violență în familie din teritoriul deservit, actualizează baza de date cu informații din domeniu;

m) conlucrează cu autoritățile abilitate în domeniu, cu societatea civilă în vederea prevenirii și combaterii violenței în familie.

Ministerul Sănătății (MS) reprezintă instituția abilitată cu dreptul de a promova politici în domeniul sănătății populației, inclusiv în domeniul asistenței medicale mamei și copilului. Prin instituțiile medicale de toate tipurile și nivelurile:

a) organizează campanii de informare;

b) comunică poliției și autorității tutelare, prin intermediul cadrelor medicale, cazurile de violență în familie;

c) asigură consiliere și asistență medicală victimelor;

d) inițiază și realizează programe și servicii adresate agresorilor; asigură realizarea programelor de dezalcoolizare, dezintoxicare, de tratament psihoterapeutic, după caz, cu suportul cheltuielilor din mijloacele abuzatorului sau, după caz, din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

- e) inițiază parteneriate durabile cu toate programele care vizează sănătatea mamei și a copilului;
- f) încheie contracte de prestare a serviciilor medicale cu centrele/serviciile de reabilitare a victimelor și agresorilor.

Ministerul Educației (MEd) elaborează și promovează politici în crearea unui mediu sigur și propice în instituțiile de învățământ. Prin intermediul Direcțiilor generale de învățământ, tineret și sport:

- a) asigură informarea și instruirea cadrelor didactice în vederea calificării actelor de violență în familie, aplicării metodelor și mijloacelor de prevenire a unor astfel de acte și de sesizare a autorităților abilitate;
- b) realizează, în comun cu alte autorități abilitate și în colaborare cu organizațiile neguvernamentale din domeniu, programe educaționale pentru părinți și copii în vederea prevenirii și combaterii violenței în familie;
- c) asigură desfășurarea activităților de consiliere în vederea reabilitării psihologice și psihosociale a copiilor victime ale violenței în familie;
- d) comunică autorităților abilitate, prin intermediul cadrelor didactice, sesizând de îndată în mod obligatoriu autoritatea tutelară și poliția, cazurile de violență în familie, inclusiv cazurile de violență în familie împotriva copiilor.

Ministerul Justiției (MJ) potrivit atribuțiilor sale funcționale elaborează proiectele de acte normative în domeniul justiției și protecției drepturilor omului; efectuează expertiza juridică a proiectelor de acte normative; asigură compatibilitatea cadrului normativ cu legislația Uniunii Europene, precum și cu tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte; participă, în caz de necesitate, potrivit sarcinilor încredințate de Guvern, la procesul de definitivare a proiectelor de acte normative elaborate de alte autorități publice; participă în grupuri de lucru interministeriale care au ca obiect probleme conexe domeniului de competență.

Prin urmare, MJ în procesul de efectuare a expertizei juridice se expune în privința proiectelor actelor normative.

Procuratura generală (PG), conform Constituției Republicii Moldova, prezintă interesele generale ale societății și apără ordinea de drept, precum și drepturile și libertățile cetățenilor, conduce și exercită urmărirea penală, reprezintă învinuirea în instanțele judecătorești.

Monitorizarea și evaluarea intervențiilor împotriva violenței în bază de gen permite specialiștilor în domeniul sănătății să mențină sau să îmbunătățească calitatea intervențiilor.

Schimbul de date între sectoarele sănătății, protecției sociale, ordinii și securității publice privind numărul de cazuri suspecte sesizate sau identificate este asigurat prin intermediul Fișei de sesizare a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului⁸³.

În sistemul de sănătate sunt elaborate și aplicate instrumente de evaluare și monitorizare a cazurilor de violență față de copii.

Monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copiilor este asigurată de instituțiile medico-sanitare, prin colectarea informației despre numărul cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copiilor identificate, examinate (inclusiv în cadrul EMD) și raportate autorității tutelare, precum și celor asistate sau referite la alte servicii din comunitate, conform procedurii stabilite de Ministerul Sănătății⁸⁴.

Astfel, la nivel primar este întocmit Registrul de evidență a sesizărilor cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului, în care se notifică fiecare caz suspect/act de violență a copiilor, cu întocmirea anuală a Raportului privind evidența sesizărilor cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului⁸⁵.

Informația colectată de la instituțiile medico-sanitare este sistematizată și raportată anual sau la solicitare Ministerului Sănătății, conform Centralizatorului privind evidența sesizărilor cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului⁸⁶.

⁸³ Ordinul comun al MMPSE, MEd, MS, MAI nr.153/1043/1042/293 din 08 octombrie 2014.

⁸⁴ Ordinul MS nr.445 din 09.06.2015 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului”.

⁸⁵ Aprobate prin Ordinul MS nr.445 din 09.06.2015.

⁸⁶ Aprobate prin Ordinul MS nr.445 din 09.06.2015.

CAPITOLUL VII.

PARTICULARITĂȚILE INTERVENȚIEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ SEXUALĂ

Obiective de referință

Prin studiul acestei teme specialiștii în domeniul sănătății vor fi capabili:

- să aibă o înțelegere profundă a violenței sexuale, să distingă formele violenței sexuale;
- să cunoască cadrul legal relevant cu privire la violența sexuală;
- să cunoască date generale despre prevalența fenomenului, atât în plan global, cât și național;
- să stabilească cauzele violenței, să înțeleagă dinamica violenței sexuale și manifestările mecanismelor de putere și control, pentru adoptarea unei atitudini lipsite de prejudecăți, care să sprijine victimele și să le valideze experiențele;
- să discearnă care este diferența dintre realitate și mit, pentru a înțelege situația și necesitățile victimelor violenței sexuale, adoptând o atitudine imparțială și profesionistă;
- să înțeleagă că victimele/supraviețuitoarele violenței sexuale întâmpină obstacole specifice la obținerea suportului și protecției, să poată oferi victimelor informații despre consecințele violenței sexuale;
- să reacționeze de o manieră sigură și sensibilă la dezvăluirea violenței sexuale.

Repere de conținut.

Să înțelegem violența sexuală. Puncte-cheie

- Oricine poate fi o victimă a violenței sexuale, inclusiv copiii, femeile și

bărbații de toate vârstele.

- Violența sexuală poate avea loc oriunde (inclusiv la domiciliu, la locul de muncă, școală, locul de detenție).
- Marea majoritate a actelor de violență sexuală sunt comise de către o persoană cunoscută victimei, inclusiv un partener intim.
- Majoritatea victimelor violului raportează că s-au temut că vor fi grav rănite sau ucise și nu au opus rezistență. Acest lucru nu înseamnă că au consimțit.
- Lipsa unor leziuni nu înseamnă că violul nu a avut loc.
- Violența sexuală poate avea consecințe fizice, psihologice și sociale pe termen scurt și lung.
- Violul poate avea loc, de asemenea, între soți și parteneri intimi.
- Majoritatea femeilor care sunt victime ale violenței sexuale nu raportează experiențele lor nici poliției, nici vreunei organizații de sprijin din cauza rușinii, fricii de a fi stigmatizate sau din cauza că răspunsul sistemului va fi limitat.

Definirea violenței sexuale

Violența sexuală este o încălcare gravă a drepturilor omului, care a avut loc în toate timpurile și toate societățile, fiind manifestată într-o măsură diferită. Scopul său de bază este de a exprima **putere și dominare** asupra persoanei agreate.⁸⁷

Organizația Mondială a Sănătății definește violența sexuală drept *orice act sexual, încercarea de a obține un act sexual, comentarii nedorite cu tentă sexuală sau avansuri, acțiunile de traficare a persoanei sau actele îndreptate împotriva sexualității unei persoane, prin violență sau constrângere, de către orice persoană, indiferent de relația ei cu victima, în orice cadru, inclusiv, dar nu limitat la domiciliu și muncă.*⁸⁸

Convenția privind Prevenirea și Combaterea Violenței față de Femei și Violenței în Familie (Convenția de la Istanbul), adoptată de Consiliul Europei în anul 2011, prevede mai multe forme de violență față de femei, inclusiv: violența sexuală, inclusiv violul; căsătoria forțată; mutilarea genitală a femeilor; avortul forțat și sterilizarea forțată și hărțuirea sexuală. Convenția prevede prin art.36 **violența sexuală, inclusiv violul:**

- angajarea într-o penetrație vaginală, anală sau orală de natură sexuală neconsimțită a corpului unei alte persoane cu orice parte corporală sau

⁸⁷ Raport Global asupra Violenței și Sănătății. OMS, 2002, p.149.

⁸⁸ Ibidem.

obiect;

- ▶ angajarea în alte acte neconsimțite de natură sexuală cu o persoană;
- ▶ determinarea unei alte persoane să se angajeze în acte neconsimțite de natură sexuală cu un terț.

Consimțământul trebuie dat voluntar, ca rezultat al liberului arbitru al persoanei, evaluat în contextul circumstanțelor înconjurătoare.

Prevalență

Amploarea violenței sexuale este subestimată de către statisticile existente, atât la nivel național, cât și la nivel mondial. Stabilirea unei statistici referitoare la acest fenomen ridică o serie de probleme și limitări, în principal din cauza faptului că violența sexuală rămâne ascunsă din cauza normelor sociale. Victimelor le este teamă să vorbească despre incidente care implică acte de violență asupra lor din cauza dublei victimizări (când o victimă care depune plângere este supusă unor noi situații traumatizante pe parcursul procedurilor pe care le are de parcurs și din cauza lipsei serviciilor specializate unde victimele să beneficieze de suport și consiliere, să fie ascultate și îndrumate, fără a fi blamate sau judecate. Spre deosebire de alte situații, violența constituie un secret foarte bine păzit din cauza solidarității în păstrarea unei imagini pozitive a familiei. Întrucât majoritatea femeilor nu raportează actele de violență și nu se simt încurajate să facă acest lucru de sistemele care sunt adesea considerate ca fiind nepăsătoare, datele oficiale înregistrează doar acele puține cazuri care sunt raportate.

Informațiile și datele cu privire la violența sexuală de obicei provin din câteva surse, date oficiale ale sistemului de drept, clinici medicale, studii, cercetări sau ale ONG ce activează în domeniu. Cercetătorii se confruntă cu o dublă problemă în cercetarea abuzului sexual: pe de-o parte, există o semnalare redusă a cazurilor de abuz sexual, marea majoritate a abuzurilor fiind identificată accidental în cadrul consulturilor medicale sau fiind constatată de specialiști în urma semnalării abuzului fizic, pe de altă parte; delimitarea lotului de persoane care erau victime ale violenței sexuale, deși ele nu se considerau în acest fel. Violența sexuală suferită de băieți și bărbați este slab documentată.

În scopul de a atrage atenția asupra problematicei violenței sexuale la nivel global, Organizația Mondială a Sănătății în Raportul Mondial privind Violența și Sănătatea a comparat aceste date și amploarea globală a problemei violenței sexuale cu un iceberg plutind în apă.

Astfel, se estimează că o femeie din trei a fost victimă a violenței fizice și/sau sexuale după vârsta de 15 ani, o femeie din cinci a fost victimă a urmăririi în scopul hărțuirii și o femeie din două s-a confruntat cu una sau mai multe forme

de hărțuire sexuală.⁸⁹

Rezultatele cercetării realizate de Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA) cu privire la violența împotriva femeilor arată amploarea abuzurilor suferite de femei acasă, la serviciu, în public și on-line. Pe baza răspunsurilor primite în cadrul cercetării s-au desprins câteva constatări principale, printre care următoarele:⁹⁰

- 33% din femei au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale după vârsta de 15 ani, ceea ce înseamnă 62 de milioane de femei;
- 22% au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale de către partener;
- 5% din numărul total al femeilor au fost violate. Dintre femeile care au fost supuse violenței sexuale de către o altă persoană decât partenerul, aproape una din 10 a declarat că în cel mai grav incident au fost implicați mai mulți agresori;
- 43% au fost supuse, de partenerul actual sau de un fost partener, unei forme de violență psihologică. De exemplu: au fost umilite în fața altor persoane, li s-a interzis să părăsească locuința sau au fost încuiate în casă, 2 au fost obligate să se uite la materiale pornografice și au primit amenințări cu violență;
- 33% au fost supuse violenței fizice sau sexuale în copilărie de către un adult. 12% au fost supuse violenței sexuale în copilărie, în jumătate din cazuri de către bărbați pe care nu îi cunoșteau. Aceste forme de abuz se referă de obicei la expunerea organelor genitale de către adult sau atingerea de către acesta ori a sânilor copilului;
- 18% din femei au avut experiențe de urmărire în scopul hărțuirii după vârsta de 15 ani, iar în 5% din cazuri acest lucru s-a întâmplat în decursul celor 12 luni care au precedat interviului. Acest procent corespunde unui număr de 9 milioane de femei. 21% din femeile care au trecut prin această experiență au declarat că urmărirea a durat mai mult de 2 ani;
- 11% din femei au fost supuse unor avansuri nepotrivite pe rețelele de socializare sau au primit e-mailuri sau mesaje text (SMS) cu conținut sexual explicit. 20% din femeile tinere (18-29 de ani) s-au confruntat cu hărțuirea cibernetică;
- 55% din femei au fost supuse unei forme de hărțuire sexuală. 32% din totalul victimelor hărțuirii sexuale au declarat că agresorul a fost un șef, un coleg sau un client;
- 67% nu au raportat poliției sau unei alte organizații cel mai grav incident de violență la care au fost supuse de către partener.

⁸⁹ Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE FRA.

⁹⁰ Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE FRA.

Context național

Deși la nivel național dispunem de date limitate la capitolul violenței sexuale, datele Biroului Național de Statistică relevă creșterea numărului cazurilor de viol, de la 215 în 2000, la 352 cazuri în 2014. Statistica organelor de poliție în 2014 relevă 332 de cazuri de viol și 273 cazuri de violență sexuală. De asemenea, se înregistrează o creștere a infracțiunilor sexuale în familie, de la 29 la 30 cazuri în anii 2013-2014 a infracțiunii de viol (art.171 CP), de la 11 la 20 de cazuri de acțiuni violente cu caracter sexual (viol art. 172 CP) pentru aceeași perioadă.⁹¹

Cadrul legislativ

Legislația Republicii Moldova definește **violența sexuală** drept *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 practicării prostituției și 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*.⁹²

Tipul violenței sexuale

Violența sexuală poate avea diverse forme, comisă împotriva femeilor și bărbaților, care nu este bazată pe consimțământ. Violența sexuală în bază de gen este foarte răspândită, se folosește inclusiv ca armă de război, este perpetuată în mediul familial, poate avea loc pe stradă, la locul de muncă, la școală sau pe internet. Formele noi de violență sexuală includ: urmărirea în scopul hărțuirii, abuzul prin intermediul noilor tehnologii de hărțuire informatică etc.

La moment, legislația penală a Republicii Moldova (Capitolul IV. Codul penal al Republicii Moldova) prevede un șir de articole ce acoperă infracțiunile privind viața sexuală: art. 171. Violul; art. 172. Acțiuni violente cu caracter sexual; art.173. Hărțuirea sexuală; art. 174. Raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani; art. 175. Acțiuni perverse; art. 160. Efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale de către medic și art. 161. Efectuarea de către medic a fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei⁹³.

Violul, actul sexual fără consimțământ, se pedepsește în conformitate cu art. 171 CP RM. Violul constituie *raportul sexual săvârșit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra ori de*

⁹¹ Studiul Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și socială adecvată, 2016.

⁹² Art.2 din Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie.

⁹³ Cap. IV Cod penal.

a-și exprima voința.⁹⁴

Printre formele grave ale violenței sexuale distingem: **violul conjugal**, adeseori însoțit de acte de cruzime sau chiar de decesul victimei. De multe ori bărbații constrâng soțiile la actul sexual, convinși că acțiunile lor sunt legitime deoarece sunt căsătoriți cu femeia.

O altă formă de violență este hărțuirea sexuală incriminată de art.173 CP RM.

Hărțuirea sexuală, adică *manifestarea unui 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.*⁹⁵

Articolul 174 CP RM încriminează 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.

Anumite forme ale violenței sexuale, cum ar fi căsătoriile forțate și mutilarea genitală a femeilor, nu sunt abordate direct de legislația Republicii Moldova.

Tipurile violenței sexuale

*Tabelul de mai jos nu este unul exhaustiv, iar formele din acest tabel se întâlnesc în diferite țări ale lumii.*⁹⁶

Tipul actului	Descriere / exemple	Poate fi înfăptuită de către
Viol, viol conjugal	invadarea oricărei părți a corpului victimei de către agresor cu un organ sexual, sau a orificiilor genitale și anale ale victimelor cu orice obiect sau altă parte a corpului prin forțare, amenințare, coerciție, profitând de un mediu coercitiv sau împotriva unei persoane incapabile de a-și da consimțământul	Orice persoană aflată într-o poziție de putere, de autoritate sau control, inclusiv soțul, partenerul intim sau însoțitorul/tutorele
Abuz sexual asupra copilului	Orice act prin care copilul este folosit pentru obținerea plăcerii sexuale	De obicei de către o persoană în care copilul are încredere - părințe, membru al familiei, străin, vârstnic, cadru didactic, însoțitor etc.

⁹⁴ Art. 171 Cod Penal.

⁹⁵ Art. 173 CP RM.

⁹⁶ Violența sexuală și de gen împotriva refugiaților, returnaților și persoanelor deplasate intern - Ghidul UNHCR de prevenire și răspuns, 2003.

Sodomizare forțată și viol anal	Intromisiune anală forțată, de obicei un bărbat asupra altuia sau bărbat-femeie.	Orice persoană aflată într-o poziție de putere, de autoritate sau control.
Abuz sexual	Orice contact sau amenințare de intromisiune cu caracter sexual, incluzând atingeri nepotrivite, forțate.	Orice persoană aflată într-o poziție de putere, de autoritate sau control, membri ai familiei, ai comunității, colegi, supervizori.
Exploatare sexuală	Orice abuz de natură sexuală, împotriva unei persoane aflate într-o poziție de vulnerabilitate, de pe poziții inegale de putere sau prin abuz de încredere. Este unul din scopurile traficului de persoane (mariaj forțat, sarcină forțată, angajarea forțată în pornografie sau prostituție, sclavie sexuală).	Orice persoană aflată într-o poziție de putere, de autoritate sau control, inclusiv personal al agențiilor umanitare, soldați/ forțe de ordine, rețele de traficanti.
Hărțuire sexuală	Orice avans inadecvat cu tentă sexuală, solicitarea de servicii sexuale, insinuări care interferează cu munca în scopul condiționării obținerii unor avantaje sau pentru intimidare.	Angajatori, colegi sau orice altă persoană aflată într-o poziție de superioritate.
Violența sexuală ca instrument de război și de tortură	Crime împotriva umanității de natură sexuală, incluzând violul, sclavia sexuală, avorturi și sterilizare forțată, naștere și sarcină forțată. Violența sexuală ca instrument de tortură este definită ca orice act sau amenințare de natură sexuală prin care este cauzată durere sau suferință severă de natură mentală sau fizică, folosită pentru obținerea de informații, de confesiuni, pentru pedepsirea victimei ori a unei terțe persoane, intimidarea în același scop, utilizând aceleași instrumente	De cele mai multe ori săvârșit, încurajat și ordonat de către forțe militare, de poliție, grupări armate sau alte părți aflate în conflict.

Cauzele și consecințele violenței sexuale

Înțelegerea cauzelor violenței sexuale și de gen este punctul de pornire în dezvoltarea unor planuri de acțiune pentru prevenirea acestui fenomen. Cauzele acestui fenomen se regăsesc în atitudinea și practicile societății de discriminare pe motive de gen, care plasează femeile într-o poziție de subordonare față de bărbați.

Cercetătorii au analizat ce stă în spatele, care sunt **factorii determinanți** ai unui comportament agresiv sexual, astfel, s-a demonstrat că de fapt, acest act nu este ”o crimă de pasiune” prin care cel ce agresează încearcă să obțină satisfacție

sexuală precum este pe larg percepută, ci este un comportament motivat de nevoia de a-și impune voința asupra altei persoane, de a o controla, de a-și exercita puterea asupra ei, în absența consimțământului.

Datele studiului recent "Bărbații și egalitate de gen în Republica Moldova" relevă că în opinia a peste 40 la sută dintre bărbați femeia este responsabilă pentru cazurile de viol, iar dacă acesta are o reputație proastă sau nu opune rezistență fizică când este violată, aceste cazuri nu pot fi considerate drept viol.⁹⁷

Violența sexuală este o experiență traumatizantă ce se soldează cu o varietate de consecințe negative pentru sănătatea mentală, fizică, sexuală și a reproducerii femeilor, deseori necesită asistență și îngrijiri de durată lungă. Consecințele pot varia în funcție de vârstă, personalitate, natura relației dintre victimă și agresor, impactul puternic și îndelungat pe care-l are asupra vieții sociale a victimei și prin traumele pe care le produce etc.

Fizice: agresiunea sexuală poate fi urmată de leziuni, sarcină nedorită; infecții sexual transmisibile, inclusiv HIV/SIDA; infertilitate, disfuncții sexuale, boli inflamatorii pelviene, infecții ale tractului urinar, leziuni la nivelul furculiței perineale, în cazuri extreme deces.

Psihologice: stări de șoc, amnezie temporară (victima nu își amintește întregul șir al evenimentelor pe care le-a trăit) sau chiar totală depresie, anxietate (neliniște, teamă, să fie într-o stare de încordare și vigilență permanentă ca și când s-ar aștepta ca oricând să se întâmple ceva rău); tulburarea de stres post-traumatic (PTSD), flashback-uri (persoanei îi vin în minte gesturi, imagini, mirosuri, sunete, senzații corporale, ca și când ar retrăi experiența traumatizantă din nou și din nou); stimă de sine scăzută (ajunge să creadă că există ceva rău în ea, că ea este cumva de vină pentru ceea ce s-a întâmplat).

Emoționale: tulburări emoționale de durată, auto-învinovățire, sentimente de rușine și umilință, neîncredere în propria persoană.

Sexuale: tulburări; teamă de intimitate în relații (orice act de exprimare fizică a afecțiunii este reinterpretat prin prisma violenței trăite și poate fi perceput ca nedorit, agresiv, traumatizant. Relațiile intime pot fi un adevărat chin pentru că, de multe ori, inițierea oricărei apropieri fizice poate readuce în minte episodul traumatizant, ca și când locul partenerului ar fi luat de agresor și trauma este retrăită).

Comportamentale: randament scăzut la școală/ serviciu etc. (dificultăți de concentrare, de atenție). Unele persoane recurg la consumul de alcool, droguri sau medicamente pentru a scăpa de trăirile chinuitoare; riscul de a dezvolta de-

⁹⁷ Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova, p.16.

pendențe este extrem de mare. Altele recurg la acte auto-vătămătoare (tăieturi, arsuri etc.), durerea de moment provocată fiind pentru unii singura modalitate de a atenua temporar suferința și de a „uita” ce li s-a întâmplat. Tulburările de alimentație sunt încercări de a redobândi un minim control asupra propriei vieți, un mijloc de a regla emoțiile negative. Tulburări de somn. O consecință extrem de gravă este aceea că un număr mare de persoane care au supraviețuit violenței sexuale ajung să se gândească la suicid. Pot ajunge să aibă diverse comportamente de risc, să se lanseze în activități periculoase fără a-și lua măsurile de precauție necesare etc.

Sociale: blamarea victimei/supraviețuitorului, pierderea rolului/funcțiilor în societate, stigmatizare socială, respingere socială și izolare, feminizarea sărăciei, acutizarea inegalităților de gen. Marginalizarea și excluderea socială cauzează afecțiuni ulterioare, inclusiv rușine, sentimentul de ură de sine și depresie. Ca rezultat al stigmatizării sociale, cele mai multe victime ale violenței sexuale și de gen nu raportează aceste incidente.

Mituri și realități despre violența sexuală

Mit: *dacă femeile ar fi mai precaute în prezența străinilor nu ar fi violate.*

Realitate: În realitate, patru din cinci victime își cunosc agresorul care face parte din cercul de cunoștințe al femeii violate. Doar 22% dintre victimele unui viol sunt agresate de un străin. 9% dintre victime sunt violate de către soț sau de fostul soț, 11% sunt violate de către părinți, 10% sunt violate de către rudele apropiate, iar 29% sunt violate de către prietenii apropiați sau de către cunoștințe.

Mit: *un viol, un act de agresiune sexuală implică neapărat violență fizică, loviri, răni. Dacă nu a existat violență fizică, nu a existat nici viol.*

Realitate: în unele situații agresorul nu recurge la lovituri sau la alte gesturi violente, ci la amenințări, intimidări, șantaj - care sunt suficiente pentru a crea persoanei agresate o stare intensă de frică și a-i anihila orice opoziție.

Mit: *agresiunile sexuale au loc cel mai frecvent noaptea, pe alei întunecoase și agresorii sunt persoane necunoscute.*

Realitate: mai mult de jumătate din cazurile de violență sexuală se produc în locuințe, în diferite momente ale zilei și în mai mult de 70 % din situații agresorul este o persoană cunoscută (membru al familiei, prieten, coleg, medic, profesor etc.).

Mit: *persoanele care se îmbracă provocator, flirtează sau au un comportament mai prietenos, mai sociabil, poartă o parte din vină în cazul în care sunt agresate sexual.*

Realitate: singurul responsabil pentru violență sexuală este agresorul. Îmbrăcămintea sau comportamentul victimei nu sunt invitații la agresiune și, în nici un caz, nu țin loc de consimțământ.

Mit: dacă accept o întâlnire și bărbatul plătește atunci e normal ca cel care a invitat să aștepte o răsplată de natură sexuală.

Realitate: o întâlnire reprezintă în primul rând un contact social care nu implică un raport sexual. Acceptând o întâlnire îmi exprim acordul pentru a purta discuții cu o persoană, nu pentru a întreține relații sexuale.

Mit: violență sexuală nu există în cadrul unei relații de cuplu sau maritale.

Realitate: violența sexuală între parteneri/soți este un fenomen frecvent și extrem de grav. Violul marital se pedepsește prin lege. Chiar dacă suntem iubiți sau soți, acest lucru nu implică automat că sunt obligată să accept o relație sexuală ori-când.

Reacționarea efectivă la cazurile de violență sexuală

Directiva UE privind victimele, adoptată în 2012, stabilește standarde minime privind drepturile, protecția și sprijinirea victimelor criminalității în UE și face trimitere în mod expres la victimele violenței bazate pe gen, la victimele violenței sexuale și la victimele violenței în cadrul unor relații apropiate.⁹⁸

Articolul 25 al Convenției de la Istanbul prevede luarea măsurilor legislative sau altor măsuri necesare pentru a prevedea înființarea de centre de trimitere a cazurilor de criză în urma violului sau ale violenței sexuale corespunzătoare, ușor accesibile, în număr suficient pentru a furniza examinarea medicală și medico-legală, asistență post-traumatică și consiliere pentru victime.⁹⁹



Instituțiile medicale trebuie să asigure un cadru instituțional, care să ghideze intervențiile de zi cu zi ale personalului medical, să abordeze orice obstacol în calea unei reacționări efective la cazurile de violență sexuală și să asigure durabilitatea eforturilor.

Ofertarea serviciilor specializate de sprijin pentru victimele violenței sexuale sunt necesare dacă se ține cont de natura traumatizantă a violenței sexuale, în care se cere o reacționare deosebit de sensibilă efectuată de către personal instruit și specializat.

Serviciile respective presupun acordarea îngrijirii medicale imediate și a sprijinului pentru depășirea traumei, la care se adaugă consilierea psihologică pe termen mediu și termen lung, cât și examinarea medico-legală în vederea colectării probelor necesare pentru urmărirea penală.

Se consideră o bună practică să fie realizată examinarea medico-legală

⁹⁸ Directiva 2012/29/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 octombrie 2012 de stabilire a unor norme minime privind drepturile, sprijinirea și protecția victimelor criminalității și de înlocuire a Deciziei-cadru 2001/220/JAI a Consiliului.

⁹⁹ Art. 25 din Convenția Consiliului Europei privind Prevenirea și Combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice.

indiferent de faptul dacă chestiunea va fi raportată la poliție. Acest lucru oferă victimei posibilitatea de a colecta și a păstra aceste probe, eventual, dacă decizia de a raporta sau nu un caz de viol se ia la o dată ulterioară.

Conform art. 25 Convenția de la Istanbul și Raportului Explicativ, Organizațiile prestatoare de servicii, în mod tipic, sunt următoarele:¹⁰⁰

- Centrele specializate de acordare a îngrijirii medicale imediate, de efectuare a practicilor medico-legale și de intervenire în caz de criză vor reprezenta acele centre, la care se face referirea cazurilor de violență sexuală. Aceste centre pot fi parte constituantă a unor spitale ca să poată să reacționeze imediat la violența sexuală recentă și să poată referi victimele la organizații specializate în oferirea sprijinului suplimentar sau îngrijirii specializate;
- Centrele de criză cauzată de viol care oferă asistență pe termen lung. Aceste servicii pot fi în formă de consiliere individuală, în formă de sprijin de grup și de contact cu alte servicii. Acestea presupun, de asemenea, sprijin de însoțire în timpul proceselor de judecată.

Un punct de reper, pe larg acceptat, se consideră existența unui centru specializat de sprijin la un număr de 200 000 de locuitori (Consiliul Europei, 2008, citat în Convenția de la Istanbul – Raport Explicativ).

Toate aspectele legate de răspunsul la violența sexuală ar trebui să asigure sprijin și protecție victimelor. Deoarece la moment servicii specializate de sprijin pentru victimele violenței sexuale nu există, este deosebit de important ca specialiștilor ginecologi și specialiștilor în medicină legală, să poată oferi îngrijirea medicală imediat necesară și sprijinul pentru depășirea traumelor.



O abordare centrată pe femeia victimă/ supraviețuitor al violenței sexuale presupune:

- autonomia victimei este respectată, victima va primi toate informațiile necesare, care-i vor permite luarea unor decizii cu privire la cazul său, inclusiv decizia de a raporta cazul la poliție;
- limitele confidențialității și obligația de raportare, în cazul dat specialiștii din domeniul sănătății fiind obligați să informeze victimele violenței despre obligația de a sesiza cazul autorităților, acestea sunt explicate în mod clar victimei, astfel putând face o alegere informată;
- siguranța victimei este considerată cea mai înaltă prioritate, dreptul victimei la confidențialitate este respectat.

¹⁰⁰ Ibidem.

Victimele violenței sexuale vor primi informații exacte cu privire la cazul în care acestea pot beneficia de servicii pentru a răspunde nevoilor lor pe termen lung și imediate, de exemplu, sănătate, psihosociale, juridice, economice, de siguranță și de securitate. Victimele trebuie să aibă posibilitatea de a avea acces la toate aspectele sistemului medico-legal. Acest lucru include asigurarea faptului că acestea primesc sprijin pentru a depăși barierele cu care se confruntă, inclusiv sprijin pentru transport, sprijin pentru obligațiile de îngrijire a familiei (copii, vârstnici), sprijin la toate etapele investigației și ulterior etc.

Pe parcursul întregului proces de examinare și îngrijire medicală, specialiștii din domeniul sănătății trebuie să ia în considerare faptul că victimele violenței sexuale se află de multe ori într-o stare sporită de conștientizare și sunt foarte emotive după un atac, din cauza circulației hormonilor de stres.

În momentul stabilirii intervențiilor adecvate în cazul victimelor violenței sexuale, specialiștii din domeniul sănătății trebuie să respecte trei etape principale în perioada post viol sau a violenței sexuale:

1. În primele zile după atac, specialiștii în domeniul sănătății trebuie:¹⁰¹

- să continue să ofere victimelor suportul primar (OMS 2013 Recomandarea 21);
- să ofere victimelor informații în scris privind strategiile de adaptare în urma stresului sever suportat (cu avertismente corespunzătoare cu privire la luarea materialelor imprimate acasă în cazul în care partenerul abuziv de asemenea este acolo) (OMS 2013 Recomandarea 22), și
- să nu utilizeze debriefing-ul psihologic¹⁰² (OMS 2013 Recomandarea 23).

2. Până la trei luni după traumă, specialiștii din domeniul sănătății trebuie

- să continue să ofere victimelor suportul primar (OMS 2013 Recomandarea 24);
- să aplice strategia de “așteptare vigilentă” timp de 1-3 luni după incident (de exemplu, explicând femeii că ea se va simți mai bine odată cu trecerea timpului și oferindu-i posibilitatea de a reveni pentru a beneficia de asistență suplimentară în cadrul vizitelor regulate ulterioare). Cu toate acestea, strategia de “așteptare vigilentă” nu trebuie să fie aplicată în cazul în care femeia este deprimată, are probleme cu consumul de alcool sau droguri, are gânduri de sinucidere sau de auto-mutilare sau are difi-

¹⁰¹ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de organizația Femeile împotriva Violenței din Europa (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG).

¹⁰² Debriefing-ul psihologic are drept scop promovarea discuției, prin încurajarea persoanei să povestească pe scurt, dar în mod sistematic, percepția sa despre cele întâmplate (OMS 2010a și Sfera 2011, toate citate la OMS 2011).

cultăți în îndeplinirea sarcinilor zilnice (OMS 2013 Recomandarea 25);

- să ofere terapia cognitiv comportamentală sau desensibilizarea mișcării ochilor și intervenții de reprocesare în cazul în care femeia este incapabilă ca urmare a simptomelor post-viol (de exemplu, ea nu poate îndeplini sarcini zilnice) cu implicarea prestatorului de servicii de sănătate cu o bună înțelegere a fenomenului violenței (OMS 2013 Recomandarea 26); și
- să ofere asistență în conformitate cu Ghidul de intervenție al OMS mhGAP în cazul în care persoana are alte probleme de sănătate mintală, cum ar fi simptome de depresie, probleme ce țin de consum de alcool sau droguri, gânduri de sinucidere sau de auto-mutilare (OMS 2013 Recomandarea 27).

3. După trei luni de la traumă, specialiștii din domeniul sănătății trebuie

- să evalueze problemele de sănătate mintală (simptome de stres acut/ TSPT, depresie, probleme legate de consum de alcool și droguri, gânduri de sinucidere sau de auto-mutilare) și să trateze depresia, tulburări legate de consumul de alcool și alte tulburări ce țin de sănătatea mintală, folosind Ghidul de intervenție OMS mhGAP (OMS 2013 Recomandarea 28); și
- în cazul în care victima suferă de TSPT, să asigure un tratament TSPT cu terapia cognitiv comportamentală sau desensibilizarea mișcării ochilor și reprocesare (OMS 2013 Recomandarea 29).

Atunci când oferă asistență medicală psihosocială/mintală, este esențial ca specialiștii din domeniul sănătății să asigure siguranță și consimțământul informat al pacientului. Terapiile trebuie aplicate de către specialiști instruiți în domeniul sănătății, cu o bună înțelegere a fenomenului violenței sexuale.

Documentarea cazurilor de abuz sexual. Lista de verificare pentru lucrătorii în domeniul sănătății

Lista de verificare de mai jos are drept scop să ajute lucrătorii în domeniul sănătății să-și dezvolte aptitudinile de documentare.¹⁰³

- ▶ Înregistrați informația cu privire la cât de detaliat a fost efectuat examenul fizic și toate rezultatele relevante “normale” sau negative.
- ▶ Documentați toate informațiile pertinente cu precizie și în mod citeț.
- ▶ Notițele și diagramele trebuie să fie create în timpul consultației; acest

¹⁰³ Setul de Materiale UNFPA-WAVE elaborat de organizația Femeile împotriva Violenței din Europa (WAVE) pentru specialiștii din domeniul sănătății în scopul consolidării capacității de reacționare a sistemului de sănătate la violența în bază de gen (VBG)

lucru va asigura o documentare mult mai exactă decât dacă notițele se fac din memorie.

- Notițele nu trebuie să fie modificate, cu excepția situației în care modificarea sau completarea a fost introdusă ulterior. Informațiile șterse trebuie marcate cu data și semnătura, și nu trebuie șterse complet.
- Asigurați-vă că notițele sunt exacte; greșelile ar putea trezi îndoială cu privire la calitatea evaluării.
- Ori de câte ori este posibil, utilizați propriile cuvinte ale victimei în ghilimele. Această variantă este mai bună decât să scrieți interpretarea D-voastră a declarațiilor făcute. Spre exemplu, scrieți “Soțul m-a lovit cu un băț” în loc de “Pacienta a fost lovită”.
- Folosiți un limbaj neutru, cum ar fi “Doamna Grigorescu spune...” mai degrabă decât “Pacientul pretinde.”
- Nu excludeți informațiile care nu se referă la fapte medicale, cum ar fi “A fost vina mea că el m-a lovit, deoarece...” sau “Am meritat să fiu lovită pentru că am fost...”.
- Când sunt documentate referirile, nu trebuie să fie indicate numele, adresele sau telefoanele de contact ale adăposturilor recomandate pacientului, în interesul securității lui.

Sursa: OMS 2003, Warshaw et al., 1996.

Pentru o bună documentare a violenței sexuale o listă de probe medico-legale, care prezintă de obicei interes în cazurile de violență sexuală, precum și regulile cu privire la tehnicile de colectare adecvată a probelor și comentariile cu privire la relevanța lor, a se vedea **Anexa nr. 11** Formularul OMS de documentare a violenței sexuale.

Semnele raportului sexual

În rezultatul penetrării vaginale, drept dovadă a raportului sexual servesc rupturile și alte leziuni ale mucoasei vaginale și ale himenului (echimoze, excoriații), prezența spermei în vagin, a firelor de păr de la partener, a bolilor venerice. Totodată, se poate dezvolta sarcina. Este de menționat că leziunile superficiale ale mucoasei vaginale (echimoze, hemoragii, excoriații) se vindecă în decurs de până la 5-7 zile, rupturile vaginale superficiale și himenale se vindecă până la 10-14 zile, iar sperma mai poate fi depistată în vagin până la 5 zile. Penetrarea anală se poate manifesta prin apariția de rupturi ale mucoasei anusului, prezența urmelor de spermă, a firelor de păr de la partener și a bolilor venerice. Penetrarea orală poate fi demonstrată prin prezența spermei și a bolilor

venerice. Sperma mai poate fi depistată în rect până la 2 zile (sau până la prima defecare), iar în cavitatea bucală câteva ore, fapt care impune o examinare cât mai curând posibilă în vederea prelevării probelor biologice pentru expertiza medico-legală. Semnele raportului sexual pot fi depistate și la partenerul sexual de sex masculin, precum: prezența leziunilor de frenul prepuțial (în special în rapoartele sexuale violente sau disproporției dintre dimensiunile organelor sexuale ale partenerilor), prezența epiteliului (vaginal, rectal sau bucal) pe glans penis, a firelor de păr de la partener și a bolilor venerice. Prelevarea probelor biologice de pe corpul și din cavitățile victimei se realizează de medicul legist, însă, în cazuri excepționale cum ar fi internarea victimei în staționar – poate fi executată și de medicul ginecolog cu prezentarea ulterioară a acestora ofițerului de urmărire penală. Hainele în care a fost îmbrăcată victima în timpul violenței sexuale, ce pot conține urme de origine biologice, se ridică și se prezintă organului de urmărire penală

Lista acronimelor și abrevierilor

CEDAW	Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor
CHANGE	Centrul de sănătate și de egalitate de gen
CoE	Consiliul Europei
CSW	Comisia cu privire la statutul femeilor
FRA	Agencia drepturilor fundamentale din Uniunea Europeană
HIV	Virusul imunodeficienței umane
ICPD	Conferința internațională privind populația și dezvoltarea
mhGAP	Program de acțiuni de contracarare a neajunsurilor din domeniul sănătății mintale (Ghidul de intervenire al OMS în cadrul mhGAP pentru utilizare în cazul problemelor de ordin mintal, neurologic și utilizare a substanțelor în instituțiile de sănătate nespecializate)
MWIA	Asociația internațională a femeilor-medici
PTSD	Tulburări de stres post-traumatic
UNFPA	Fondul pentru Populație al Națiunilor Unite
UNICEF	Fondul pentru Copii al Națiunilor Unite
UNODC	Oficiul Națiunilor Unite pentru droguri și criminalitate
WAVE	Femeile împotriva Violenței din Europa
VG	Violența de gen
OMS (OMS)	Organizația Mondială a Sănătății

ANEXA nr.1

Datele globale și regionale de prevalență a violenței în bază de gen. Concluzii selective (OMS și alții, 2013)

	Estimările globale	Estimările regionale pe Europa ¹⁰⁵
% femeilor ce au fost supuse violenței de partenerul intim sau violenței sexuale de ne-partener (prevalența pe parcursul vieții)	35%	27,2%
% femeilor care s-au aflat într-o relație și care au fost supuse violenței din partea partenerului intim (toată viața)	30%	25,4%
% femeilor care au trăit experiențe de violență sexuală comise de ne-parteneri (toată viața)	7,2%	5,2%

Sursă: OMS și alții, 2013.¹⁰⁴

¹⁰⁴Regiunea europeană cuprinde și țările cu un venit scăzut și mediu din Europa și Asia Centrală.

ANEXA nr.2

Etapele de îngrijire a supraviețuitorilor violenței bazate pe gen

Etapele de îngrijire a supraviețuitorilor violenței bazate pe gen

IDENTIFICAREA VIOLENȚEI:

- Luați fișa medicală;
- În cazul unor semne care indică asupra violenței, asigurați-vă în primul rând că este sigur să întrebați victima de cazurile de violență;
- Explicați consecințele violenței asupra sănătății;
- Respectați principiile de comunicare ca parte a susținerii primare. (tabelul 1)

DIVULGAREA VIOLENȚEI DE CĂTRE PACIENT:

- Oferiți-i toată susținerea primară (a se vedea tabelul 1);
- Obțineți acordul informat al pacientului cu privire la etapele ulterioare;
- Explicați-i limitele confidențialității.

EXAMINAREA ȘI ÎNGRIJIREA MEDICALĂ:

- Efectuați o examinare a persoanei din cap până-n picioare;
- Examinați zona genitală pentru identificarea unei posibile agresiuni sexuale. În cazul identificării acesteia, în următoarele 72 de ore oferiți-i contraceptive de urgență, testul HIV, profilaxia BST, în conformitate cu legislația națională.

DOCUMENTARE:

- Faceți notițele de rigoare în fișa medicală;
- Utilizați formulare oficiale/standard, dacă există;
- Descrieți vătămările corporale, rănilor, hematoamele, cicatricile, semnele, arsurile vechi și cele noi, inclusiv vătămările minore;
- Folosiți documentarea prin fotografiere.

EVALUAREA RISCURILOR ȘI PLANIFICAREA MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ:

- În cazul violenței din partea unui partener intim, întrebați mai întâi dacă este sigur pentru victimă să se întoarcă acasă și dacă copiii sunt expuși riscului;
- Oferiți-i informații cu privire la adăposturile pentru femei;
- Oferiți-i pacientului un plan/o listă de verificare pentru securitatea acesteia;
- Oferiți-i un card de urgență cu numere de telefoane utile.

ACORDAREA SUPTUTULUI SUPLEMENTAR ȘI REFERIREA VICTIMEI:

- Oferiți informațiile necesare;
- Referiți victima către alți furnizori de servicii (asistenți sociali, specialiști în domeniul sănătății, adăpost, linie de asistență telefonică pentru femei, centre pentru femei, poliția etc.);
- Dacă este necesar, acordați asistență în procesul de contactare a furnizorilor de servicii;
- Examinați oportunitatea oferirii unei cazări în condiții de spital pentru o perioadă scurtă de timp.

NEDIVULGAREA VIOLENȚEI DE CĂTRE PACIENT, DAR MEDICUL SUSPECTEAZĂ VIOLENȚA:

- Explicați suspiciunea dvs., oferind victimei sprijinul suplimentar;
- Nu presați victima să divulge informații;
- Oferiți-i informații cu privire la alte servicii;
- Oferiți-i un card de urgență cu numere de telefoane utile;
- Spuneți-i că se poate întoarce oricând pentru ajutor suplimentar;
- Oferiți-i o nouă programare.

ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ:

- Efectuați o nouă programare.

ÎNCHEIEREA INTERVENȚIEI:

Tabelul 1 – suport primar (OMS 2013): Femeile care divulgă informații cu privire la orice formă de violență din partea unui agresor trebuie să beneficieze de ajutor imediat.

- Acesta trebuie să includă:
 - Consultarea victimei în mod privat;

- Asigurarea confidențialității și informarea victimei despre limitele confidențialității (spre exemplu, când există o raportare obligatorie);
- Nu fiți critici, arătați susținere și validați ceea ce vă spune victima;
- Oferiți îngrijire și suport practic care să răspundă îngrijorărilor ei;
- Întrebați-o despre trecutul ei (în cazul unei agresiuni sexuale: când a avut loc agresiunea, tipul agresiunii, riscul unei sarcini, riscul HIV și a altor BST, starea psihică);
- Ascultați-o atent;
- Ajutați-o să obțină informații despre resursele disponibile, inclusiv despre serviciile juridice și de alt tip pe care le-ar putea considera utile;
- Ajutați-o să sporească măsurile de siguranță pentru ea și copiii ei.

Sursă: Adaptat după BMWFJ 2010, OMS 2013.

ANEXA nr.3

Lista de verificare pentru elaborarea unui plan de siguranță împreună cu victima

- ☐ Identifică unul sau mai mulți vecini cărora le poți spune despre violență și cere-le ajutor în cazul în care aud ceartă și zgomot în casa ta.
- ☐ Există prieteni sau rude în care ai încredere și care îți pot acorda ție și copiilor tăi adăpost pentru câteva zile?
- ☐ Decide unde vei merge în cazul în care ești nevoită să pleci de acasă și fă-ți un plan de a merge acolo, chiar dacă crezi că nu va fi nevoie să pleci.
- ☐ În cazul în care o ceartă este inevitabilă, încearcă ca aceasta să aibă loc într-o cameră sau într-un loc din care să poți pleca ușor.
- ☐ Stai departe de încăperile unde se pot afla armele. Dacă este posibil, scoate armele din casă.
- ☐ Exersează cum să ieși din casă în siguranță. Identifică prin care uși, ferestre, lift sau scări ar fi cel mai bine să ieși din casă.
- ☐ Trebuie să ai o geantă pregătită, care să conțină o pereche de chei de rezervă, bani, documente importante și haine. Păstrează-o acasă la o rudă sau un prieten, în cazul în care vei avea nevoie să pleci de acasă în grabă.
- ☐ Inventează un cuvânt-cod pe care îl veți putea utiliza în conversația cu copiii, familia, prietenii și vecinii atunci când aveți nevoie de ajutor de urgență sau doriți să fie chemată poliția.
- ☐ Folosiți-vă instinctele și discernământul. În cazul în care situația devine periculoasă, fiți pregătiți să oferiți agresorului ceea ce el vrea pentru a-l calma. Aveți dreptul să vă protejați pe dvs. și copiii dvs.
- ☐ Amintiți-vă că nu meritați să fiți lovită sau amenințată.

Sursă: Adaptată după Heise et al., 1999¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Setul de materiale WAVE.

ANEXA nr.4

Plan-model de siguranță individuală pentru femeile care au suportat violență din partea partenerului intim sau altor membri de familie

Clientul _____ Specialistul din domeniul sănătății _____
Data _____ Reevaluarea (datele) _____

1. În cazul în care siguranța mea sau a copiilor mei este în pericol în locuința mea, eu pot să merg la _____, la _____ sau la _____ (decideți acest lucru chiar dacă nu așteptați să se mai producă un alt act de violență).

2. În cazul situației de violență sau de amenințare, ieșirea fără pericol din încăpere este prin _____ (de ex., se va indica ferestrele, ușile, ascensorul, scara sau ieșirea de urgență, care poate fi utilizată).

3. Pot să vorbesc despre violență cu următoarele persoane și să le rog să cheme poliția în cazul în care aud zgomote suspecte în locuința mea: _____.

4. Pot să folosesc (de ex., un semn, un cuvânt) _____ în calitate de cod în discuția cu copiii, prietenii mei, ca aceștia să cheme ajutor.

5. Atunci când partenerul meu nu mai locuiește împreună cu mine, pot să-mi asigur siguranța în locuință (cu lacăte, chei, sistem de alarmă etc.).

6. Pot să-mi păstrez geanta mea/geanta de siguranță (se indică locul din casă/în locuința prietenei): _____.

7. Am nevoie de următoarele lucruri pentru cazul de părăsire rapidă a locuinței (conținutul genții de siguranță):

- bani/bani lichizi;
- un set de chei de rezervă de la casă și un set de chei de la mașină;
- haine de schimb;
- obiecte de igienă personală;
- telefon mobil, numerele importante de telefon, cartelă de telefon;

- rețete medicale;
- documente importante/card-urile (pașaportul/buletinul, polița de asigurare medicală etc.);
- jucăriile preferate ale copiilor;
- altele _____.

8. Specialistul în domeniul sănătății mi-a spus că:

- nu sunt responsabilă de comportamentul violent al partenerului și că pot decide cum să-mi îmbunătățesc propria mea siguranță și a copiilor mei;
- merit o atitudine mai bună decât aceasta: copiii mei și cu mine avem dreptul la o viață sigură fără frică;
- violența este o crimă și eu o pot raporta la poliție;
- există ordonanțe de protecție și eu știu cum o pot solicita;
- există instituții unde mi se poate acorda ajutor: _____

9. Specialistul în domeniul sănătății mi-a sugerat/am convenit că pot continua să apelez la următoarele instituții de asistență pentru a soluționa problema: _____

10. Împreună cu specialistul din domeniul sănătății am făcut o evaluare (în scris) a violenței. În situația mea, răspunsurile denotă că _____

11. Pot păstra acest plan de siguranță, fără a pune în pericol siguranța mea proprie sau a copiilor mei, la: _____

Sursă: Adaptat după Sirkka Perttu Verena Kaselitz Perttu, 2004, citat în Perttu/Kaselitz, 2006. Abordarea violenței partenerului de cuplu. Îndrumar pentru personalul medical din maternități centrele de îngrijire a copilului.

ANEXA nr.5

Instrument de evaluare a riscului după lucrarea „Evaluarea riscului” de Jackuelyn C. Campbell

O serie de factori de risc sunt asociați cu un risc sporit de omucidere (omoruri) a femeilor și bărbaților în cadrul relațiilor violente. Nu știm ce se poate întâmpla în cazul dvs., dar dorim să fiți conștiente de pericolul de omucidere în situațiile de abuz și să decideți câți dintre factorii de risc se aplică și în situația dvs.

Folosiți calendarul și indicați data aproximativă, pe parcursul ultimului an, când ați fost abuzată de partener sau de fostul partener. Evidențiați ziua în care incidentul a fost deosebit de grav, folosind scara de mai jos:

1. pămuiure, îmbrâncire; fără vătămare și/sau cu dureri de lungă durată;
 2. lovituri cu pumnii, lovituri cu picioarele; vânătași, tăieturi și/sau durere de lungă durată;
 3. „bătaie”; contuzii grave, arsuri, coaste rupte;
 4. amenințare cu folosirea armei; vătămarea capului, vătămări interne, vătămări permanente, pierderea sarcinii, sufocare;
 5. utilizarea armelor; răni cauzate de armă.
- (Indicați numerele de mai sus dacă vreo una din descrierile indicate este relevantă pentru situația dvs.).

Marcați cu DA sau NU fiecare situație de mai jos

(„EI” reprezintă soțul dumneavoastră, partenerul, fostul soț sau partener ori orice altă persoană care vă traumează fizic)

Instrument de evaluare a riscului	DA	NU
A crescut gravitatea sau frecvența violenței fizice pe parcursul ultimului an?		
El deține o armă?		
L-ați părăsit după ce ați locuit împreună pe parcursul ultimului an? (Dacă n-ați locuit împreună, notați aici__)		

El este șomer?		
A folosit vreodată sau v-a amenințat cu o armă periculoasă pentru viață? (Dacă DA, indicați dacă arma este o armă de foc? __)		
Vă amenință cu faptul că o să vă omoare?		
A fost vreodată arestat pentru violență în familie?		
Aveți un copil din altă relație?		
V-a forțat vreodată să întrețineți relații sexuale împotriva voinței dvs.?		
A încercat vreodată să vă strânguleze?		
Consumă droguri interzise legal? Prin droguri se va înțelege „substanțe generatoare de euforie sau amfetamine, metilamină, droguri „speed”, droguri în formă de pudră „angel”, cocaină, narcotice „crack”, droguri de stradă și amestecuri.		
Este alcoolic sau suferă de problema băuturii?		
Vă controlează el majoritatea sau toate activitățile în timpul zilei? (De exemplu, vă spune cu cine să fiți prietenă, când puteți să vă vizitați familia, câți bani puteți să cheltuiți sau când puteți folosi mașina?) (Dacă el încearcă s-o facă, dar dumneavoastră nu-i permiteți, notați aici: __)		
Este el violent și în mod constant gelos pe dumneavoastră? (De exemplu, spune „Dacă eu nu pot să te am, nimeni n-o să poată”).		
V-a bătut vreodată în timpul când erați gravidă? (Dacă nu ați fost niciodată gravidă de la el, notați aici: __)		
A amenințat vreodată sau a încercat să comită suicid?		
Amenință să molesteze copiii?		
Credeți că este în stare să vă omoare?		
Vă urmărește sau vă spionează; vă transmite note sau mesaje imprimate la robotul telefonului; strică obiectele din casă; vă apelează la telefon atunci când dvs. nu doriți s-o facă?		
Dvs. personal ați amenințat sau ați încercat să comiteți suicid?		

Calculați numărul răspunsurilor „DA”.

Vă mulțumesc. Discutați, vă rog, cu asistenta medicală, cu avocatul sau consilierul despre ce presupune Evaluarea pericolului în situația dvs.

ANEXA nr.6

Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr.45-XVI din 01.03.2007

Articolul 15. Măsurile de protecție

(1) Instanța de judecată emite, în 24 de ore de la primirea cererii, o ordonanță de protecție, prin care poate oferi asistență victimei, aplicând agresorului următoarele măsuri:

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;

c) obligarea de a nu contacta victima, copiii acesteia, alte persoane dependente de ea;

d) interzicerea de a vizita locul de muncă și de trai al victimei;

e) obligarea, până la soluționarea cazului, de a contribui la întreținerea copiilor pe care îi are în comun cu victima;

f) obligarea de a plăti cheltuielile și daunele cauzate prin actele sale de violență, inclusiv cheltuielile medicale și cele de înlocuire sau reparare a bunurilor distruse sau deteriorate;

g) limitarea dispunerii unilaterale de bunurile comune;

h) obligarea de a participa la un program special de tratament sau de consiliere dacă o asemenea acțiune este determinată de instanța de judecată ca fiind necesară pentru reducerea violenței sau dispariția ei;

i) stabilirea unui regim temporar de vizitare a copiilor săi minori;

j) interzicerea de a păstra și purta armă.

(2) Responsabilitatea de informare a agresorului despre ordonanța de protecție și de aplicare a acesteia revine inspectorului de sector în conlucrare cu asistentul social.

(3) Măsurile de protecție prevăzute la alin.(1) se aplică pe un termen de până la 3 luni, pot fi retrase odată cu dispariția pericolului care a condiționat luarea acestor măsuri și pot fi prelungite în cazul unei cereri repetate sau al nerespectării condițiilor prevăzute în ordonanța de protecție.

(4) Aplicarea măsurilor de protecție nu împiedică inițierea procedurii de divorț, partajării averii comune, decăderii din drepturile părintești, luării copilului fără decădere din drepturile părintești și altor acțiuni prevăzute de legislația în vigoare.

(5) Supravegherea îndeplinirii măsurilor de protecție stabilite de instanță ține de competența organelor afacerilor interne, organelor de asistență socială și altor organe, după caz.

(6) Instanța de judecată poate retrage măsurile de protecție la cererea întemeiată a victimei. În cazul victimelor copii și persoane aflate în stare de neputință, examinarea de către instanță a cazului este obligatorie.

(7) Contestarea ordonanței de protecție se face în conformitate cu legislația în vigoare.

ANEXA nr.7

Datele de contact ale Centrelor de asistență și protecție a victimelor violenței în familie

AO „Centrul de Drept al Femeilor” (CDF), Chișinău

Tel./fax: (+373) 22 23 73 06

Mob.: (+373) 68 85 50 50

E-mail: office@cdf.md

www.cdf.md

Centrul de Asistență și Protecție a Victimelor și Potențialelor Victime ale Traficului de Ființe Umane, Chișinău

Tel.: (+373 22) 55 30 42, (+373 22) 55 84 41

Fax: (+373 22) 92 71 37

E-mail: shelter_team@iom.md

<http://www.iom.md/>

AO „Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”, Chișinău

Telefonul de Încredere pentru femei 08008 8008 (apel gratuit pe teritoriul Republicii Moldova)

+373 22 24 06 24 apeluri internaționale, mobil)

Tel.: (+373 22) 23 49 06

Fax: (+373 22) 23 49 07

E-mail: office@lastrada.md

<http://www.lastrada.md/en/>

Refugiul „Casa Mărioarei”, Chișinău

Tel.: (+373 22) 72 58 61

E-mail: cmarioarei@gmail.com

<http://casamarioarei.blogspot.com/>

AO Promo-Lex

Tel.: (+ 373 22) 45 00 24, 49 26 84, 44 96 26

Fax: (+373 22) 45 00 24

E-mail: info@promolex.md

<http://www.promolex.md>

Centrul de Resurse pentru Tineret din Soroca

Tel.: (+373 230) 23 619, 93 064, 93 007

E-mail: tineri.liberi@gmail.com

<http://www.youthsoroca.md>

Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”

Tel.: (+373 22) 72 49 33, 28 73 49

E-mail: rctv@memoria.md; l_popovici@yahoo.com

<http://www.memoria.md>

AO „Onoarea și Dreptul Femeilor Contemporane”, Bălți

Tel.: (+373 231) 77 794

E-mail: olgapatlati@mail.ru

Centrul de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali, Drochia

Tel.: (+373 252) 20 308

E-mail: simionsirbu@yahoo.com

Centrul Maternal „Pro Familia”, Căușeni

Tel.: (+373 243) 26 975, 26 835

E-mail: ipcmprofamilia@yahoo.com

Centrul raional Maternal „Pro-Femina”, Hâncești

Tel.: (+373 269) 23 364, 22 934

E-mail: profemina.2009@mail.ru

Centrul Maternal din Cahul

Tel.: (+373 299) 44 080

E-mail: centru-maternal.cahul@mail.ru

Centrul maternal „Ariadna”, Drochia

Tel.: (+373 252) 20 308, 21 032

E-mail: CM_Ariadna@yahoo.com

Centrul de plasament maternal pentru cupluri părinte-copii, Ungheni, Cornești

Tel.: (+373 236) 60 734

Centrul de plasament temporar și reabilitare pentru copii, Bălți

Tel.: (+373 231) 71 003

E-mail: cpptcopii@yandex.ru

Centrul de Criză Familială „Sotis”, Bălți

Tel.: (+373 231) 92 541

<http://ccfsotis.jimdo.com/>

AO „Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii”, Chișinău

Tel.: (+373 22) 758 806

Fax: (+373 22) 74 83 78

E-mail: office@cnpac.org.md

ANEXA nr.8

Model de chestionar elaborat de WAVE pentru aprecierea reacționării unei instituții de sănătate la violența bazată pe gen

Aprecierea reacționării unei instituții de sănătate la violența bazată pe gen¹⁰⁶. Instrument de evaluare

Scopul chestionarului: Oferirea instituțiilor de sănătate a unui instrument de apreciere a gradului de integrare a reacționării la violența în bază de gen (VG) în cadrul instituțiilor lor. Datele colectate pot fi utilizate în calitate de pas inițial al managementului instituțiilor de sănătate în procesul de elaborare de către acestea a unui program de intervenire menit să consolideze reacționarea respectivelor instituții la violența în bază de gen.

Grupul-țintă: managementul instituțiilor medicale.

Metodologia de colectare a datelor: Cercetare computerizată. Opțional, aceasta poate fi completată cu interviuri efectuate în organizațiile care lucrează în domeniul VG, prin metodă verbală sau răspunsuri în scris prezentate de respectivele instituții.

Partea I: Istoricul sistemului de sănătate

1. Care este modul de finanțare a sistemului de sănătate?

- ☐ Impozitare de ordin general de către stat, raion sau municipiu
- ☐ Sistem social de asigurare de sănătate
- ☐ Asigurare de sănătate voluntară sau privată
- ☐ Plăți cu bani proprii
- ☐ Donații de caritate
- ☐ Altele (specificați, vă rog)

¹⁰⁶ Chestionarul a fost elaborat de WAVE, în baza materialelor IPPF, 2010 și a unei serii de chestionare elaborate de Sabine Bohne în 2011 la rugămintea WAVE. Au mai fost utilizate materialele PRO TRAIN, 2009 și instrumentele oficiale de monitorizare a implementării Recomandării Consiliului Europei (2002) cu privire la protecția femeilor împotriva violenței în cadrul statelor membre ale Consiliului Europei (CoE 2007).

2. Indicați instituțiile de sănătate frecventate în mod regulat de către tinerele sau femeile din regiunea dvs.?

- ☐ Medicul generalist/medicul de familie
- ☐ Ginecologul/obstetricianul
- ☐ Asistentele medicale/asistentele din sănătatea publică
- ☐ Moașele
- ☐ Specialiști din medicina mentală (psihiatru, psiholog)
- ☐ Personalul medicinei de urgență
- ☐ Medicul din școală sau din companie
- ☐ Altele (specificați, vă rog)

3. Sunt pacienții obligați să se adreseze mai întâi medicului generalist pentru ca apoi să se poată adresa la un anumit specialist?

- ☐ da
- ☐ nu

4. Numiți anumite obstacole cu care se confruntă femeile atunci când doresc să se adreseze la specialiștii profesioniști din domeniul sănătății?

- ☐ Lipsa transportului
- ☐ Distanța mare
- ☐ Frica de stigmatizare, frică de a-și face reputație proastă, rușine
- ☐ Partenerul/soțul/familia ar putea să nu-i permită femeii să se adreseze după ajutor
- ☐ Absența serviciilor în regiunea respectivă
- ☐ Restricții de ordin financiar
- ☐ Apartenența la sexul opus (nu au permisiunea să se adreseze la un medic bărbat)
- ☐ Altele (specificați, vă rog)

5. Există politici sectoriale, programe sau planuri de lucru naționale în domeniul sănătății destinate să soluționeze problema VG?

- ☐ da
- ☐ nu

Dacă da, indicați-le:

6. Are loc implementarea acestor politici/programe/planuri de lucru?

- ☐ da
- ☐ într-o oarecare măsură
- ☐ nu

Dacă într-o oarecare măsură sau nu, explicați de ce?

7. Care sunt, în țara dvs., obligațiile legale ale prestatorilor de servicii de sănătate în ceea ce privește situațiile de VG?

8. Li se cere prestatorilor de servicii de sănătate să raporteze cazurile de VG poliției?

☐ da

☐ nu

Dacă da, descrieți, vă rog, cerințele (de ex., circumstanțele/gravitatea infracțiunii, formele de violență)?

9. Care sunt instituțiile care au dreptul să colecteze probe din domeniul medicinei legale, documente și fotografii și să realizeze acest lucru în mod adecvat pentru a fi prezentate în calitate de probe legale în instanța de judecată?

10. Care sunt instituțiile cărora se pot transmite informații cu referire la pacienți de către specialiștii din domeniul sănătății în conformitate cu legislația în vigoare?

Partea II: Reacționarea instituțiilor de sănătate

A. Politici și protocoale

11. Are instituția dumneavoastră o politică și/sau un protocol în formă scrisă prin care să fie abordată VG?

☐ da

☐ nu

Dacă da, a) care este principalul moment asupra căruia se concentrează politica/protocolul respectiv? (specificați, vă rog, toate opțiunile relevante)

Formele de violență	Intervențiile
☐ Violul și violența sexuală	☐ Identificarea simptomelor VG
☐ Violența în cadrul familiei	☐ În caz de suspiciuni, puneți întrebări despre VG
☐ Violența din partea partenerului intim	☐ Furnizarea informației despre VG și consecințele acesteia pentru sănătatea femeii ☐ Asigurarea unui mediu prietenos și confidențial

☐ Hărțuirea sexuală la locul de lucru	☐ Realizarea îngrijirii și examinării victimei
☐ Mutilarea organelor genitale ale femeii	☐ Documentarea actului de VG
☐ Violența în cazul situațiilor de conflict/post conflict	☐ Evaluarea riscului și planificarea siguranței
☐ Violența în cadrul instituției	☐ Referirea pacientei
☐ Sterilizarea forțată	☐ Altele (specificați)
☐ Avortul forțat	
☐ Căsătoria forțată	
☐ Furtul miresei	
☐ Selectarea în mod părtinitor a sexului copilului în favoarea băieților ☐ Căsătoria copiilor ☐ Crimele în numele onoarei ☐ Altele (specificați)	

b) Are întreg personalul acces la aceste documente?

12. Există în instituția dumneavoastră practica de monitorizare și evaluare a implementării acestor documente și a colectării comentariilor de tip „feedback” din partea celor care le realizează?

- ☐ da
☐ nu

Dacă da, cine este responsabil de monitorizare, evaluare și de colectare a comentariilor de tip „feedback”?

Dacă nu, descrieți din ce cauză nu?

13. S-au distribuit specialiștilor din cadrul instituției dvs. materiale cu referire la prevederile legale din domeniu (de ex., regulile de respectare a confidențialității, legile cu privire la cazurile în care VG se califică ca infracțiune penală)?

- ☐ da
☐ nu

Dacă nu, descrieți din ce cauză nu?

B. Consolidarea capacităților personalului în ceea ce privește VG

14. S-au întreprins în cadrul instituției dvs. eforturi de atenționare a managementului asupra faptului că VG constituie o chestiune din categoria celor care cad sub incidența sănătății publice și a protecției drepturilor omului?

☐ da

☐ nu

Dacă da, descrieți, vă rog.

15. Oferă instituția dvs. instruire a personalului cu privire la VG, egalitatea de gen și drepturile omului?

☐ da

☐ nu

Dacă da, care sunt principalele teme acoperite de instruirea dată?

16. Sunt, în cadrul acestor instruirii, oferite cunoștințe teoretice și abilități practice de identificare, examinare și prestare a serviciilor de îngrijire femeilor victime ale VG?

☐ da

☐ nu

17. Cine a constituit grupul-țintă al instruirii?

☐ Medici generaliști/medici

☐ Ginecologi/obstetricieni

☐ Asistente medicale/asistente medicale din sănătatea publică

☐ Moașe

☐ Specialiști din domeniul medicinei mintale, psihiatri, psihologi

☐ Personalul medicinei de urgență

☐ Medicii din școli sau din companii

☐ Alții (specificați, vă rog)

18. A fost instruirea organizată doar cu participarea specialiștilor din domeniul sănătății sau și a specialiștilor multidisciplinari?

☐ Doar din domeniul sănătății

☐ Multidisciplinari

Dacă a fost o instruire pentru participanți multidisciplinari, specificați profesiile celorlalți participanți.

19. Care a fost durata instruirii?

20. A constituit instruirea un eveniment unic sau aceste instruirii se organizează în mod regulat?

- ☐ unic
☐ regulat

Dacă instruirea se organizează regulat, indicați periodicitatea de organizare.

21. Cine realizează instruirea?

- ☐ Medicii profesioniști din cadrul instituțiilor
☐ Medicii profesioniști din exterior
☐ Experți din exterior, care activează în domeniul VG (specificați, vă rog)

- ☐ Alții (specificați, vă rog)

22. Ați reușit să identificați persoane și/sau organizații care pot sprijini eforturile dvs. de sensibilizare și instruire a prestatorilor de servicii de sănătate în chestiuni din domeniul VG?

- ☐ da
☐ nu

Dacă răspunsul este „da”, specificați, vă rog

Dacă răspunsul este „nu”, descrieți obstacolele cu care v-ați confruntat și modul în care le puteți soluționa.

23. În cazul în care instituția dvs. nu realizează instruirii de acest gen, a beneficiat cineva din personal de instruire cu privire la VG oferită de alte instituții?

- ☐ da
☐ nu

Dacă da, indicați aceste persoane (acestea pot constitui persoane-resurse pentru instruirile viitoare)

C) Reacționarea la VG a personalului de îngrijire din domeniul sănătății

1) *Garantarea siguranței*

24. Realizează personalul medical o planificare a siguranței cu participarea femeilor victime?

☐ da

☐ nu

Dacă nu, specificați de ce?

25. Cunoaște personalul medical măsurile de protecție disponibile în cadrul legislației naționale?

☐ da

☐ nu

Dacă nu, specificați de ce?

2) *Asigurarea respectării demnității pacientei și facilitarea unui mediu prietenos și adecvat*

26. Pune personalul medical întrebări pacientelor femei cu privire la VG atunci când apar suspiciuni cum că ar fi victime?

☐ da

☐ nu

27. Beneficiază personalul medical de instruire cu privire la modul de comunicare cu femeile victime ale VG?

☐ da

☐ nu

3) *Asigurarea discreției și confidențialității*

28. Care sunt regulile cu privire la respectarea confidențialității în cadrul instituției dvs.?

29. Care sunt instituțiile cărora personalul medical le poate transmite informația cu privire la o anumită pacientă?

30. Deține instituția dvs. spațiu suficient pentru realizarea consultațiilor private?

☐ da

☐ nu

Dacă nu, explicați de ce?

31. Poate pacienta fi auzită sau văzută din exteriorul camerei de consultanță?

☐ da

☐ nu

32. Li se permite și altor persoane să fie prezente în sala de consultanță (partenerul, soțul, copiii mici sau alte rude)?

☐ da

☐ nu

33. Sunt fișele medicale păstrate într-un loc sigur?

☐ da

☐ nu

Dacă nu, explicați, vă rog, de ce?

34. Cine din personalul instituției are acces la fișele medicale?

4) Asigurarea abilitării pacientei, independenței și participării acesteia

35. Există documente scrise, expuse în sala de așteptare, care să informeze pacientele despre VG, cum ar fi broșuri sau pliante?

☐ da

☐ nu

36. Are personalul medical din instituția dvs. o listă de organizații de care să se conducă în cazul necesității de referire a victimelor VG?

☐ da

☐ nu

5) Referirea

37. Efectuează personalul medical referirea victimelor VG spre alte organizații?

☐ da

☐ nu

Dacă da, specificați organizația (organizațiile)

ANEXA nr.9

Standarde de calitate în prestarea serviciilor de sănătate femeilor victime ale violenței bazate pe gen

Standarde pentru serviciile de sprijin (Convenția de la Istanbul a Consiliului Europei, articolul 18)

- Serviciile se bazează pe o **înțelegere** a violenței împotriva femeilor din **perspectiva gender** și sunt orientate asupra drepturilor omului și siguranței victimelor.
- Serviciile se bazează pe o **abordare integrată**, care ia în considerare relația între victime, agresori, copii și mediul social în general.
- Serviciile urmăresc scopul de **evitare a victimizării repetate**.
- Serviciile urmăresc scopul **abilitării** femeilor victime ale violenței și **asigurării independenței economice** a acestora.
- Serviciile permit, atunci când este posibil, asigurarea în cadrul **aceluiași local** a **protecției** și a **serviciilor de sprijin**.

Serviciile abordează **nevoile speciale** ale **persoanelor** vulnerabile, inclusiv a copiilor victime, și le pune la dispoziția acestora.

Elemente de îngrijire centrată pe femei/victime (Ghiduri clinice și politici ale OMS, 2013)

- Femeilor, care dezvăluie orice formă de violență cauzată de partenerul intim (sau de alt membru al familiei) sau care dezvăluie o agresiune sexuală comisă de un agresor, trebuie să li se ofere **sprijin imediat**.
- Prestatorii serviciilor de sănătate vor oferi, cel puțin, **asistența de primă necesitate** atunci când femeile dezvăluie un caz de violență.

Asistența de primă necesitate presupune:

- Manifestarea unui comportament **de sprijin și de validare fără judecare** față de ceea ce relatează femeia;
- Acordarea unei **îngrijiri** și a unui **sprijin practic**, care să răspundă la îngrijorările ei și **nicidecum** să constituie un **deranj**;
- **Întrebări cu privire la istoricul violenței**, o ascultare atentă, dar fără

aplicarea presiunii asupra femeii de a vorbi (se va manifesta atenție atunci când discutarea temelor sensibile se face cu implicarea traducătorilor);

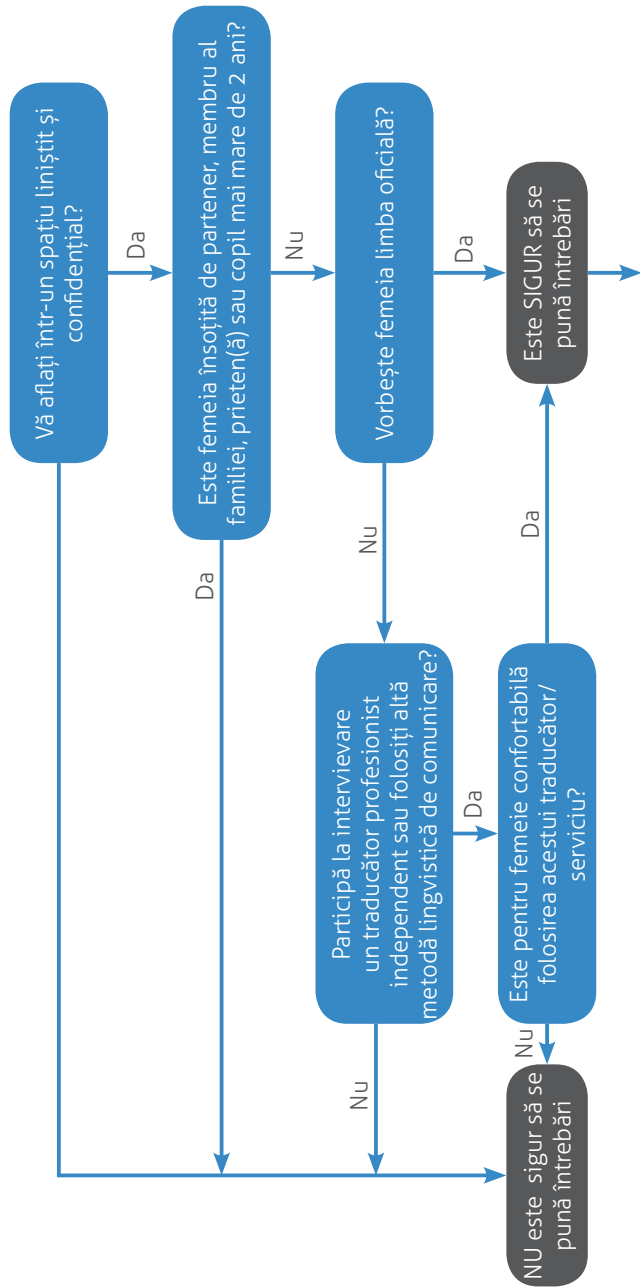
- **Ajutor în accesarea informației cu privire la resurse**, inclusiv la servicii juridice și de altă natură, pe care aceasta le poate considera utile;
 - **Ajutor în sporirea siguranței** femeii și a copiilor săi, atunci când este necesar; și
 - Acordarea sau mobilizarea sprijinului social.
- Prestatorii de servicii vor asigura:
- efectuarea consultanței **fără martori**, și
 - **confidențialitatea**, atunci când femeia este informată despre limitele confidențialității (de exemplu, când este cazul să se facă o raportare obligatorie).

În cazul în care prestatorii serviciilor de sănătate nu sunt în stare să acorde asistență de primă necesitate, aceștia vor asigura faptul că o altă persoană (în cadrul aceleiași instituții medicale sau în cadrul unei alte instituții accesibile) va fi disponibilă să acorde imediat acest ajutor.

ANEXA nr.10

Este oare sigur să se facă interviuarea?

ÎNCEPE AICI



Explicați noțiunea de confidențialitate. O informație poate fi împărtășită dacă:

- Femeia își exprimă acordul
- Dacă există o legislație legislativă de a face împărtășirea informației (ex. ordonanța instanței de judecată)
- Dacă este spre binele societății (inclusiv salvagardarea copiilor)

N.B. Nu veți informa partenerul despre discuția cu privire la violența în familie.

ANEXA nr.11

Formularul OMS de documentare a violenței sexuale

Organizația Mondială a Sănătății
FIȘĂ DE EXAMINARE A VIOLENȚEI SEXUALE¹⁰⁷

DETALII CU PRIVIRE LA PACIENT

NUMELE DE FAMILIE		
PRENUMELE		
DATA NAȘTERII	VÂRSTA (anii)	SEXUL
ADRESA (sau altă identificare)		

EXAMINAREA

DATA	ORA
LOCALITATEA	
NUMELE SPECIALISTULUI MEDICAL (sau detalii de identificare)	
ALTE PERSOANE PREZENTE ÎN TIMPUL CONSULTAȚIEI (relația acestora cu pacienta)	

RAPORT

DATA EXPEDIERII	
-----------------	--

¹⁰⁷ Această fișă trebuie utilizată împreună cu *Ghidul medico-legal al OMS cu privire la îngrijirea victimelor violenței sexuale*, care conține informația de bază cu privire la realizarea examinării.

Notițe cu privire la îndeplinirea formularului de consimțire a examinării

În practica medico-legală acordul de a fi examinat constituie o chestiune importantă. Acest acord deseori este numit „Acord informat”, dat fiind faptul că acesta presupune că pacientul (sau părinții, tutorii acestuia) vor fi informați despre toate chestiunile relevante, în așa fel încât pacientul să fie ajutat să ia o decizie cu privire la ceea ce este mai bine pentru el/ea la momentul dat.

Pacientul va trebui să înțeleagă:

- Ce presupune un proces de fixare a istoricului situației.
- Întrebările care i se pun și motivul de ce i se pun aceste întrebări.

De exemplu:

„Va trebui să vă întreb detalii cu referire la agresiune. Trebuie să-mi comunicați cu care părți ale corpului său v-a atins agresorul, în așa fel ca să știu care părți ale corpului dumneavoastră trebuie examinate pentru a depista semne de vătămare sau urme de agresiune din partea agresorului.”

- Examinarea se va face în circumstanțe în care va fi respectată discreția. Pacienta trebuie să se întindă pe o masă de examinare, unde va fi supusă unei examinări minuțioase.
- Examinarea organelor analo-genitale presupune ca pacienta să se întindă într-o poziție în care zona respectivă să fie vizibilă în mod adecvat și sub un unghi corect de lumină.

De exemplu:

„O să Vă rog să Vă întindeți pe spate pe masa de examinare și eu o să Vă acopăr cu un cearșaf pe genunchi. Vă rog să ridicați genunchiul, mai apoi desfaceți picioarele ca să pot să examinez regiunea pelviană cu ajutorul acestei lămpi.”

- Va trebui să fie atinsă zona genital-anală cu mâna în mănușă pentru a vedea mai bine structurile interne. În acest scop, se va utiliza un instrument special de deschidere a vaginului. La fel, poate fi utilizat un instrument de examinare a zonei interioare a anusului, care se numește anoscop.
- Colectarea probelor pentru analize de laborator presupune atingerea corpului și orificiilor corpului cu tampoane de vată și colectarea unor materiale de pe corp, cum ar fi: păr de pe cap, păr din zona pubiană, secreții genitale, sânge, urină și salivă. Ar putea să fie colectate și fragmente vestimentare. S-ar putea ca pacienta să nu aibă acces la toate rezultatele analizelor.

Este foarte important să i se comunice pacientei că informația dezvăluită de aceasta specialistului de sănătate și cea depistată în urma examinării urmează să fie transmisă organelor de anchetă și să fie utilizată în urmărirea penală, în cazul în care pacienta decide să inițieze acțiuni legale împotriva agresorului. I se va mai comunica că informația respectivă poate fi transmisă organelor abilitate cu dreptul de elaborare a anumitor rapoarte. Acest lucru înseamnă că nu toată informația comunicată specialistului de sănă-

tate va fi păstrată în taină și că aceasta, cândva în viitor, ar putea să fie obiect de discuție într-un proces de judecată.

Pacientei i se va explica și modul în care urmează să fie folosite fotografiile. Fotografia este utilă pentru procesul de judecată, dar aceasta NU va include imagini ale zonei genitale.

Toată informația de mai sus i se va comunica pacientei într-o limbă, care este pe înțelesul pacientei sau părinților/tutorei acesteia.

ACORDUL PENTRU CONSULTUL MEDICAL¹⁰⁸

_____ (se va indica numele specialistului) mi-a explicat procedurile de examinare, probele colectate și rezultatele care urmează să fie expediate la poliție și/sau în instanța de judecată.

Subsemnatul, _____ (se va indica numele pacientului) sunt de acord cu următoarele:

(Se va indica orice poziție la care se atribuie)

- Examinarea, inclusiv, examinarea regiunii genitale și a anusului.
- Colectarea probelor pentru investigații medicale cu scopul de a stabili diagnoza și eventualele probleme medicale. Colectarea probelor pentru investigația penală.
- Fotografierea.
- Oferirea raportului verbal sau scris poliției sau altor instituții. Tratarea unor eventuale probleme medicale identificate.

Semnătura sau amprenta pacientei
(a părinților sau a tutorei pacientei)

Semnătura martorului

Data

¹⁰⁸ În cazurile în care sunt implicați copiii, un părinte sau tutore poate semna în numele copilului. În mod similar, în cazul în care un adult nu este competent să-și dea acordul, o rudă sau tutorele pot să semneze în numele lui.

FIȘA MEDICALĂ

1. ISTORICUL RELEVANT DE ORDIN MEDICAL/CHIRURGICAL/PSIHIA-TRIC

În cazul copiilor va include:

- Istoric relevant antenatal/postnatal și istoricul dezvoltării;
- istoricul problemelor de comportament (în cazul în care se consideră relevante în baza afirmațiilor făcute);
- istoricul familiei.

2. ISTORIC GINECOLOGIC RELEVANT

Prima zi a ultimei perioade menstruale normale (ziua/
luna/anul):

Numărul mediu de zile între perioadele menstruale

Vârsta la care a apărut prima menstruație (în cazul co-
piilor)

Avea pacienta ciclul menstrual la momentul agresiunii?	Da	nu	Nu se aplică
--	----	----	--------------

Este pacienta gravidă în acest moment?	Da	nu	Nu se aplică
--	----	----	--------------

Istoricul gravidității

Metode de contracepție utilizate în prezent

Istoricul traumelor genitale, a intervențiilor chirurgicale
sau a scurgerilor

3. ALERGII

4. TRATAMENT MEDICAMENTOS/IMUNITATEA la momentul actual (de ex. hepatita B, tetanus)

ISTORICUL INFRACTIUNII

5. DETALII COMUNICATE DE PERSOANE TERȚE (de ex., poliție, familie, martori)

Detalii comunicate de către (numele): _____

6. DETALII COMUNICATE DE CĂTRE PACIENT

Data (datele) la care s-a produs agresiunea (sau perioada pe parcursul căreia au avut loc agresiunile, numărul de agresiuni și data la care s-a produs ultima agresiune):

Ora:

Localitatea

Agresorul(-ii) (numărul acestora și relația cu pacienta, în cazul în care există):

Consumul de alcool:

Consumul de droguri:

Utilizarea armelor, exprimarea amenințărilor :

Detalii relevante cu privire la agresiune:

7. SIMPTOME ACTUALE:

REZUMAT CU PRIVIRE LA AGRESIUNEA SEXUALĂ

PENETRAREA VAGI-NULUI	<i>Agresorul 1</i>	<i>Agresorul 2</i>	<i>Agresorul 3</i>	<i>Agresorul 4</i>	<i>Agresorul 5</i>
Încercată/realizată?					
Ejaculare da/nu?					
PENETRARE ANALĂ	<i>Agresorul 1</i>	<i>Agresorul 2</i>	<i>Agresorul 3</i>	<i>Agresorul 4</i>	<i>Agresorul 5</i>
Încercată/realizată?					
Ejaculare da/nu?					

PENETRARE ORALĂ	<i>Agresorul 1</i>	<i>Agresorul 2</i>	<i>Agresorul 3</i>	<i>Agresorul 4</i>	<i>Agresorul 5</i>
Încercată/realizată?					
Ejaculare da/nu?					
	<i>Agresorul 1</i>	<i>Agresorul 2</i>	<i>Agresorul 3</i>	<i>Agresorul 4</i>	<i>Agresorul 5</i>
EJACULARE PE CORP Dacă "da", indicați locurile					
SALIVARE PE CORP Dacă "da", indicați locurile					
UTILIZARE CONDOM (da/nu?)					
UTILIZARE LUBRIFI- ANT (da/nu?)					
Folosirea obiectelor¹¹⁰ pentru penetrare	<i>Agresorul 1</i>	<i>Agresorul 2</i>	<i>Agresorul 3</i>	<i>Agresorul 4</i>	<i>Agresorul 5</i>
Vagin					
Anus					
Gură					

8. POSTAGRESIUNE

Părți ale articolelor vestimentare deteriorate în timpul agresiunii:

Haine schimbate	Da	Nu
Haine curățate	Da	Nu
Efectuarea unei băi/duș	Da	Nu
Realizarea contactelor sexuale	Da	Nu

¹⁰⁹ Inclusiv părțile corpului (de ex. degetele).

9. CONTACT SEXUAL RECENT

Contact pe parcursul ultimei săptămâni Da Nu

Detalii (data/ora/ cu cine):

A fost folosit condomul/spermicida/lubrifiantul? Da Nu

Detalii:

NOTIȚE CU PRIVIRE LA EXAMINAREA MEDICO-LEGALĂ

- Gradul de examinare va depinde, în mare măsură, de istoricul agresiunii și de observațiile clinice. În cazul în care există anumite suspiciuni, este de preferat să se efectueze o examinare externă deplină.
- În descrierea rănilor se va atrage atenția la: amplasarea, mărimea, forma, locurile adiacente, culoarea, contururile, direcția, conținutul, vârsta, marginile și adâncimea.
- Clasificarea leziunilor:
 - Excoriație: deteriorarea stratului superficial al pielii;
 - Echimoză: o zonă de hemoragie sub piele;
 - Plagă contuză: dereglarea integrității anatomice a pielii prin obiect contondent;
 - Plagă tăiată: plagă cu margini clare, regulate;
 - Plagă înțepată: o plagă orificială mai mare în profunzime decât în lungime.

În cazul adulților sau a copiilor activi sexual în perioada post puberală se va efectua examinarea cu oglinda (sau protoscopul). Se vor considera ca indicatori:

- dureri în regiunea genitală;
- scurgeri de sânge;
- obiecte străine (folosite în timpul agresiunii și încă prezente);
- numărul de agresiuni în ultimele 24 ore. În acest caz, se va preleva o probă din canalul cervical.

Oglinda se va încălzi și se va lubrifia cu apă. Examinarea cu ambele mâini în urma unei agresiuni sexuale nu este indicată sau se recomandă foarte rar.

- Fotografierea (inclusiv fotografierea colposcopică) constituie o completare utilă pentru documentarea răni. Se vor lua în considerare următoarele:
 - sunt binevenite fotografiile efectuate independent de către poliție sau de către personalul spitalului;
 - etichetarea cu grijă a peliculei/fotografiilor este de o importanță vitală;
 - fotografierea zonei genitale poate cauza o jenă semnificativă pentru pacientă.

Aceasta se va face doar dacă pacienta a acordat special permisiunea și doar dacă se consideră esențială pentru cazul dat.

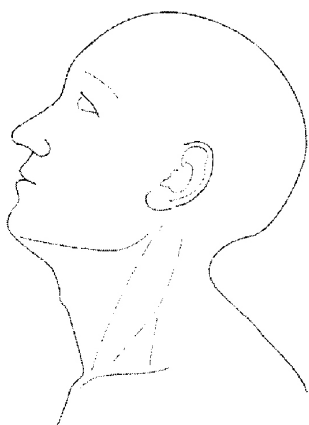
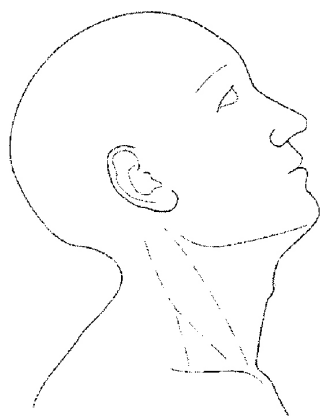
Notițele cu privire la metodele de colectare a probelor legale se dau mai sus. În cazul unor variații ale metodologiei respective, se va consulta laboratorul de medicină legală.

EXAMINAREA

10. PERSOANELE PREZENTE în timpul examinării:

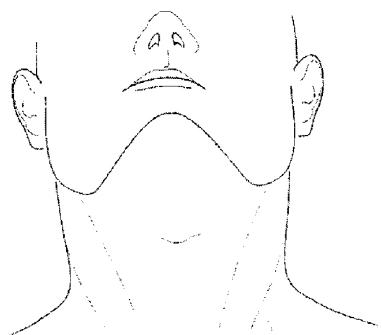
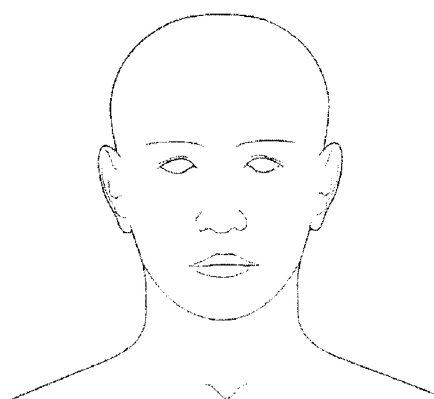
Numele:

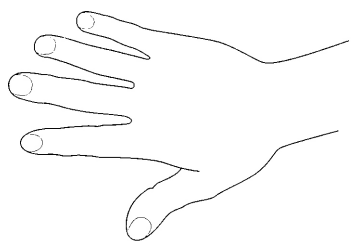
11. **PRIMA IMPRESIE CU PRIVIRE LA ÎNFĂȚIȘARE** (de ex. gradul de inteligență, dezvoltarea fizică și sexuală, vestimentația, starea emoțională, urme de consum de alcool/droguri)
12. **CONSTATĂRI** (indicați concluziile în spațiul de mai jos; folosiți schițele corpului pentru a elabora diagramele necesare)



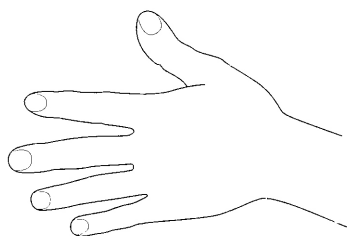
Dreapta

Stânga

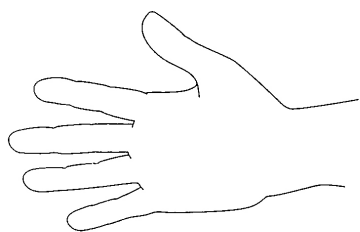




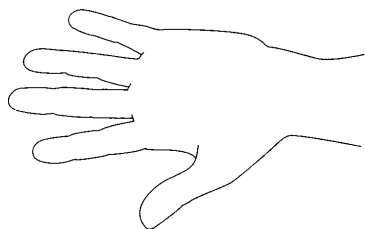
D



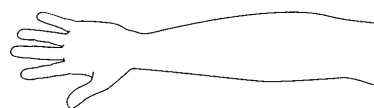
S



D

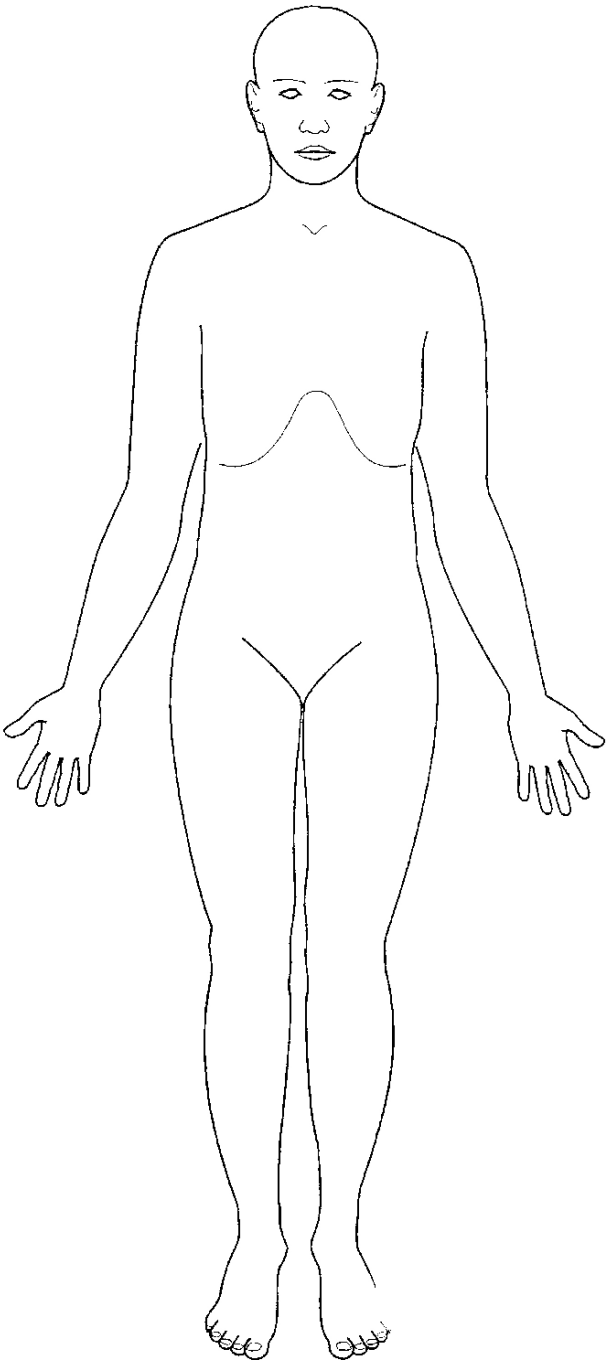


S



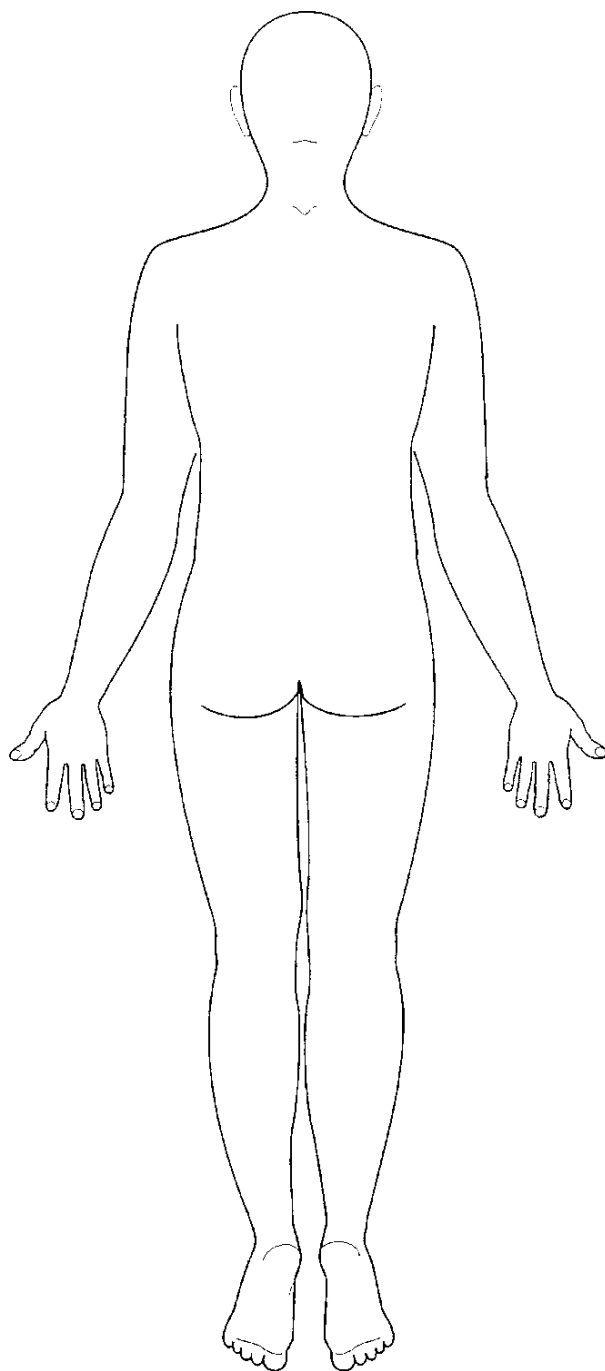
Dreapta

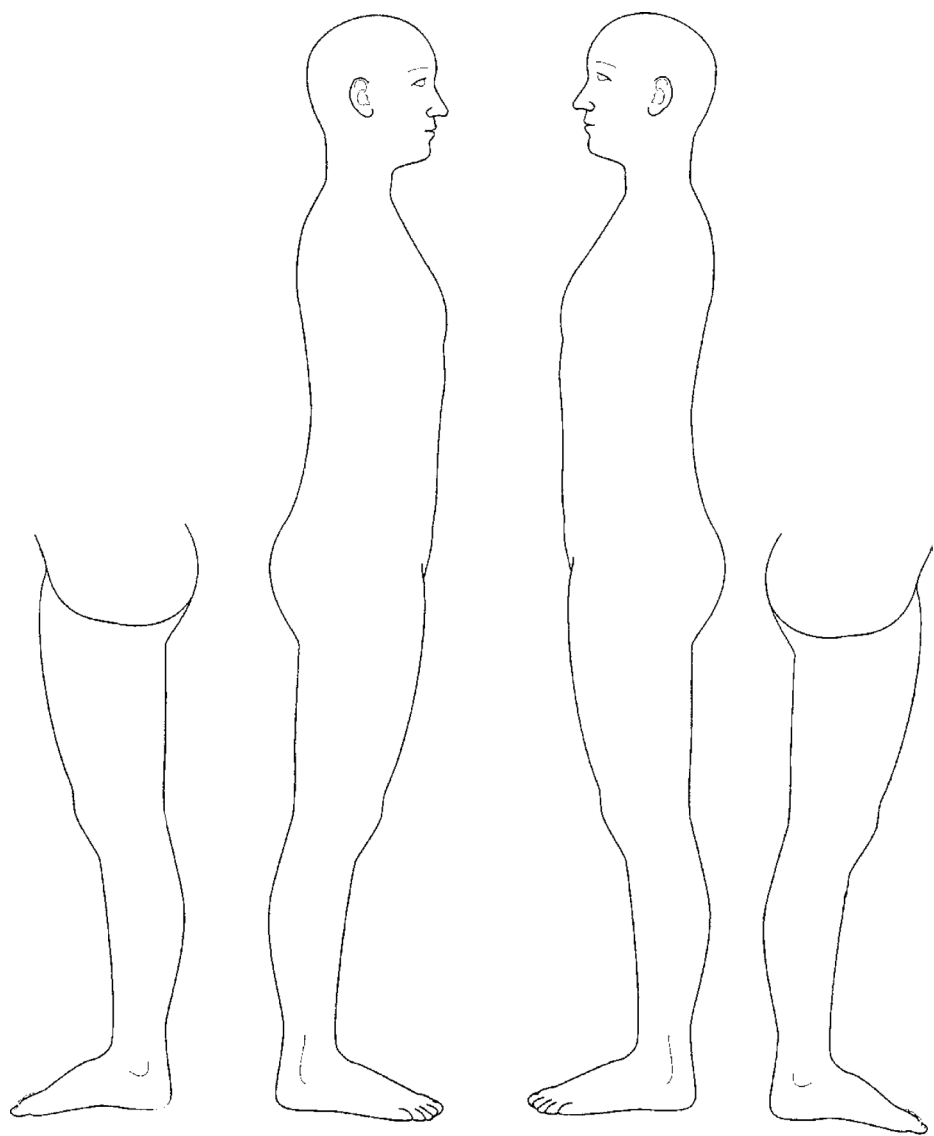
Stânga



Stânga

Dreapta



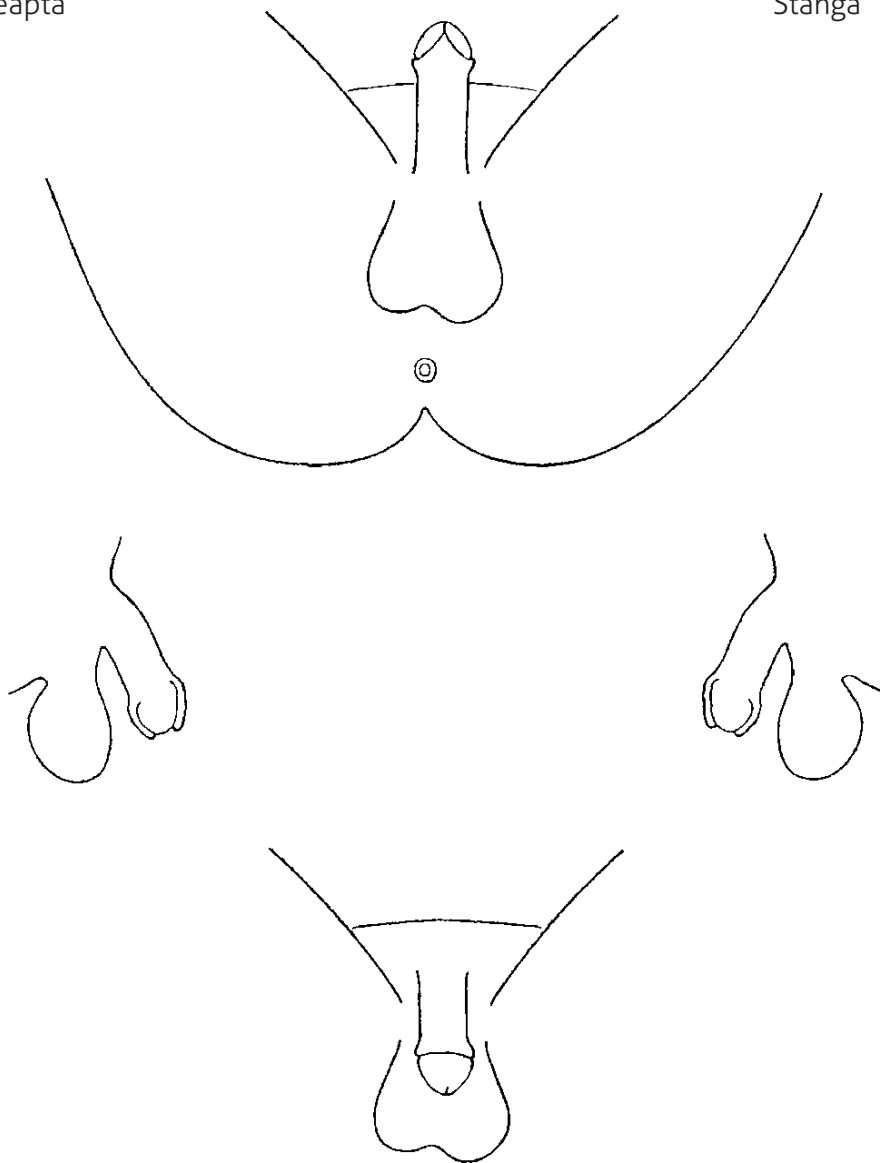


Interior Dreapta Exterior

Exterior Stânga Interior

Dreapta

Stânga



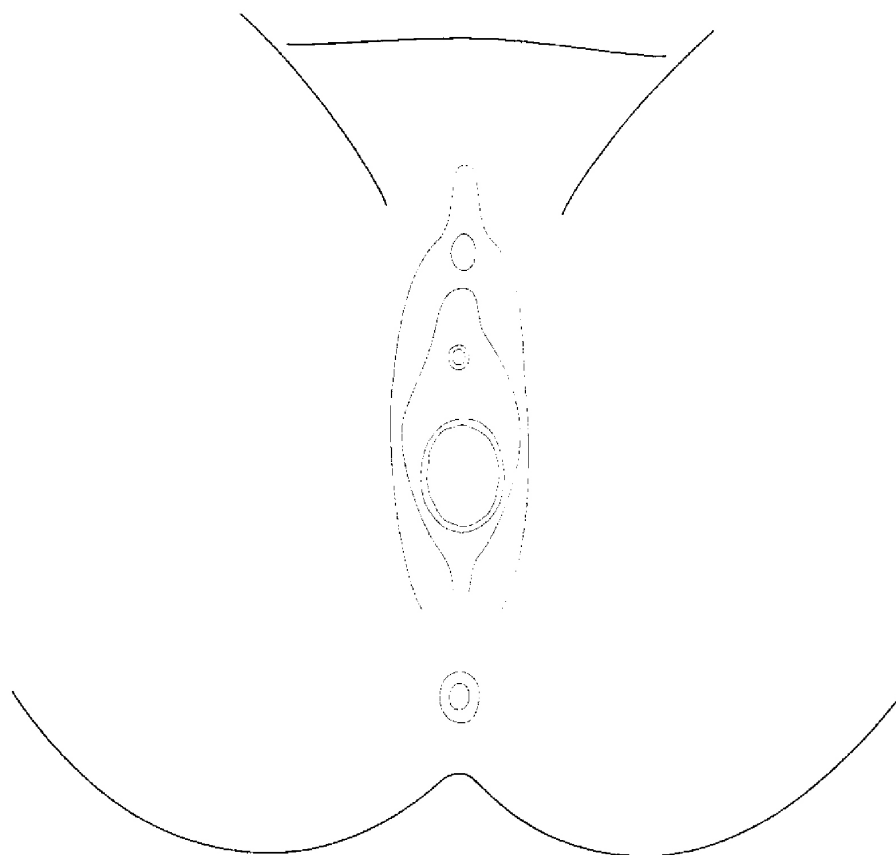
Efectuarea fotocopiei

Da Nu

Constatările:

Dreapta

Stânga



Efectuarea examinării cu oglindă

Da Nu

Efectuarea fotocopiei

Da Nu

Constatări:

ALTE DETALII

- | | | | | |
|------------|--|----|----|----------|
| 13. | FOTOGRAFIEREA | Nu | Da | |
| | De către cine? | | | |
| | Data și ora | | | |
| | | | | |
| 14. | TRATAMENTUL MEDICAMENTOS PRESCRIS | | | |
| | Remedii de contracepție de urgență | Nu | Da | Detalii: |
| | Remedii de prevenire a BST | Nu | Da | Detalii: |
| | Remedii de prevenire a HIV | Nu | Da | Detalii: |
| | Altele | Nu | Da | Detalii: |
| | | | | |
| 15. | PATOLOGIA STABILITĂ DE PERSONALUL SPITALULUI | Nu | Da | |
| | Detalii: | | | |
| | | | | |
| 16. | OBSERVAREA ULTERIOARĂ A PACIENTULUI (de ex., medicală, consultanță) | | | |
| | | | | |
| 17. | ADRESĂRILE LA ALȚI SPECIALIȘTI MEDICALI | | | |
| | Prin scrisori | Nu | Da | |
| | Prin telefon | Nu | Da | |
| | Detalii: | | | |

COLECTAREA PROBELOR DE MEDICINĂ LEGALĂ

Se va obține acordul special al persoanei informate de a colecta și documenta probele.

Se va explica pacientei faptul că probele se vor utiliza în cadrul procesului de urmărire penală în cazul în care a fost inițiată procedura legală. Dacă nu a fost făcut un raport cu privire la agresiune (de ex., înaintat la poliție), există, totuși, un aspect pozitiv în colectarea probelor (și păstrarea acestora o perioadă de timp). Acest lucru se va explica pacientei.

Unele rezultate ale testelor nu vor fi dezvăluite pacientei (spre deosebire de testele care se realizează de către specialiștii medicali).

Se recomandă consultarea laboratorului local în ceea ce privește tipurile adecvate de probe și lucrul cu acestea. De exemplu, nu se va colecta materialul probator ADN, dacă laboratorul dumneavoastră nu realizează acest fel de teste.

Odată colectate, medicii vor ține sub observație probele respective până la înmânarea acestora poliției. Procesul respectiv se numește „continuitatea probei” și are menirea să evite acuzațiile de manipulare a probelor. Se va fixa numele ofițerului de poliție, cărui i s-au înmănat probele, cât și data și ora transferului respectiv și acest lucru se va nota pe cea de-a doua sau pe ultima pagină a prezentului formular (pag. 21).

Instrucțiuni pentru pacient

În cazul în care pacienta acuză agresorul de penetrare și de ejaculare în gură, aceasta va evita să bea ceva sau să-și spele dinții înainte de colectarea probelor medicinii legale. Dacă pacienta are senzația de sete, probele din gură se vor colecta în primul rând, înainte să se fixeze istoricul și să se efectueze examinarea (a se vedea mai jos).

Se vor folosi cuvinte de genul „a strânge” și „a colecta” în loc de cuvintele „a lua” și „a răzui”. Este foarte indicat un comportament calm în timpul procedurii.

Precauții de ordin general

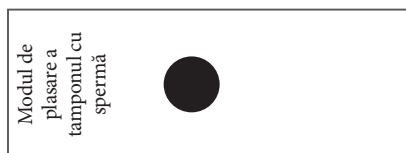
Se vor folosi mănuși pentru efectuarea examinării și colectarea probelor.

Toate tampoanele pentru medicina legală vor fi uscate inițial și la finele procedurii!

Tampoanele uscate se vor plasa într-un recipient cu capac și se vor sigila. Pe recipient se va aplica o etichetă cu numele pacientei.

Pentru depistarea spermatozoizilor laboratorul are nevoie de diapozitive speciale și de tampoane.

Este nevoie de diapozitiv pentru examinarea spermei (a se vedea diagrama din dreapta, unde se ilustrează modul de plasare a probei).



Eticheta fixată pe probă	
Numele pacientei	Ada Codreanu
Data și ora colectării	01.10.2002, ora 14.00
Tipul specific al probei	Probă legală endocrinologică
Numele medicului	Dr A. Munteanu

Ulterior, sperma este extrasă de pe tampon pentru citirea ADN-ului.

Probele se vor sigila într-o pungă cu protecție contra Bio-poluării.

Pe fiecare probă se va aplica o etichetă cu specificarea datei realizării (a se vedea exemplul).

Ordinea colectării probelor

De pe vestimentație

Probele de pe hainele pacientului se vor păstra cu condiția că pacientei i se cere să se dezbrace pe o coală mare de hârtie (pachetul de transmisie). O modalitate de realizare a acestui lucru este să i se ceară pacientei să stea pe o coală de hârtie, în spatele unui ecran și să transmită, unul câte unul, articolele de îmbrăcăminte, care urmează să fie incluse în pachetul de transmisie. Acestea se vor plasa ulterior în pungi de hârtie separate. Se va fixa denumirea articolelor de vestimentație colectate. Se va consulta poliția în ceea ce privește articolele de îmbrăcăminte necesare.

Plicul transmis

În plicul transmis ar putea să fie incluse probe aparținente agresorului, cum ar fi păr din regiunea pubiană, păr de pe cap și fibre din vestimentația lui.

Plicul transmis poate conține probe de la locul infracțiunii, cum ar fi: nisip, fibre sau vegetație.

Plicul transmis va fi ambalat în așa fel încât să păstreze toate probele și ulterior se va introduce într-o pungă de hârtie, care se va sigila și va avea notată pe ea numele pacientei.

Tifonul/tamponul sanitar

Acest obiect se va usca și se va sigila într-o pungă dublă de hârtie.

Zgârierea cu unghiile

Este posibil ca victima, care acuză agresorul, să-l fi zgâriat pe acesta, ceea ce s-ar putea solda cu păstrarea sub unghiile victimei a urmelor de ADN străin sau chiar a fibrelor de vestimentație străină. Un bețișor cu tampon se va rupe în două, se va utiliza pentru fiecare mână, iar resturile colectate se vor plasa într-un vas steril de urină. O alternativă ar fi să se taie unghiile și acestea să fie plasate într-un container.

Fire de păr de pe cap colectate în scop de comparare

Se vor colecta 20 fire reprezentative de păr de pe cap și se vor plasa pe o bucată de hârtie care se va împături în formă de plic de transmisie și mai apoi se va sigila și se va include într-o pungă.

Tampon pentru gură

Spermatozoizii din gură se vor colecta din aceleași locuri din care se colectează și saliva. Cele mai potrivite locuri sunt marginile gingiilor din partea de jos a dinților și de sub limbă. Colectarea cu un asemenea tampon se va face doar dacă au fost acuzații

de penetrare orală pe parcursul ultimilor 12-24 de ore. O alternativă ar fi să i se ceară victimei să-și clătească gura cu 20-30 ml de apă sterilă și mai apoi să se păstreze această apă într-un container steril.

Saliva de pe piele

ADN-ul agresorului poate fi restabilit. Se utilizează metoda tampoanelor duble, care presupune curățarea zonei afectate cu un tampon înmuiat în apă de robinet, după care se face uscarea acestei zone cu un tampon uscat. Ambeleampoane se vor lăsa să se usuce și apoi se vor păstra.

Sperma de pe piele

Se utilizează metoda tampoanelor duble de curățire a pielii atunci când pe piele este prezentă sperma uscată. Pe plăcuțele din sticlă se vor colecta probele de pe ambeleampoane – cel umed și cel uscat. Se va folosi tehnica respectivă în toate cazurile în care există probabilitatea ejaculării, inclusiv, în zona vulvei și a anusului.

Păr din zona pubiană

Se colectează rar și doar în cazurile în care în timpul examinării au fost observate fire de păr străine. Se vor colecta aceste probe și produsele conexe. Aceste materiale străine se vor colecta cu un tampon instalat pe un bețișor și se vor plasa într-un container steril.

Prelevarea probei vaginale

Se colectează cu un tampon cu utilizarea sau fără utilizarea oglinzii, în dependență de preferința pacientei/doctorului.

Prelevarea probei endo-cervicale

Se poate colecta cu ajutorul unei oglinzi de vizualizare directă a colului uterin. Pentru lubrifierea oglinzii se va folosi apă caldă.

Prelevarea probei din anus și din rect

Se poate utiliza un anoscop sau se poate lua proba cu un tampon, cu ochiul liber.

Colectarea ADN-ului victimei/agresorului pentru comparație

În cazul în care nu este acuzată penetrarea orală, această colectare se poate face cu un tampon din gură. O altă modalitate este prin prelevarea probei de sânge (a se vedea mai jos).

Proba de sânge pentru ADN

Se va colecta într-o eprubetă adecvată.

Proba de sânge pentru depistarea drogurilor

Se va folosi o eprubetă simplă.

Proba de urină pentru depistarea drogurilor

Cereți-i pacientei să producă un vas steril plin de urină.

PROBELE MEDICINII LEGALE COPIA SPECIALISTULUI MEDICAL

PROBELE

Vestimentație (pungi) _____

Plicul spre transmisie _____

Tifonul/tamponul sanitar _____

Probele de pe corp

Tamponul și plăcuța de sticlă cu probă din gură _____

Materialul medicinei legale selectat de pe corp _____

Petele de spermă selectate de pe corp _____

Materialul în formă de spermă de pe părul din cap _____

Materialul în formă de spermă de pe părul din regiunea pubiană _____

Fragmente de păr din regiunea pubiană _____

Probe colectate de la unghii _____

Probe de pe corp colectate cu tamponul (a salivei) (pe plăcuța de sticlă) _____

Altele (se va specifica) _____

Probele din regiunea genitală și anală

Materiale străine _____

Proba vaginală profundă colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din colul uterin colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din anus colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din rect colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Altele (se va specifica) _____

Probe pentru comparare

Păr din zona pubiană

Păr de pe cap

Tampon colectat din gură pentru ADN

Sânge colectat pentru identificarea alcoolului și drogurilor (eprubetă simplă sau fiolă din fluorură/oxalat)

Proba de urină pentru identificarea drogurilor

Altele

Alte probe (Lista) _____

Numărul total de pungi sigilate

Probele indicate au fost transmise:

Numele: _____

Gradul/numărul: _____

Stația/regimentul: _____

Data și ora: _____

Semnătura: _____

PROBELE MEDICINII LEGALE

COPIA DE LABORATOR

Data și ora colectării: _____

PROBELE

Vestimentație (pungi) _____

Plicul spre transmisie _____

Tifonul/tamponul sanitar _____

Probele de pe corp

Tamponul și plăcuța de sticlă cu probă din gură _____

Materialul medicinei legale selectat de pe corp _____

Petele de spermă selectate de pe corp _____

Materialul în formă de spermă de pe părul din cap _____

Materialul în formă de spermă de pe părul din regiunea pubiană _____

Fragmente de păr din regiunea pubiană _____

Probe colectate de la unghii _____

Probe de pe corp colectate cu tamponul (a salivei) (pe plăcuța de sticlă) _____

Altele (se va specifica) _____

Probele din regiunea genitală și anală

Materiale străine _____

Proba vaginală profundă colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din colul uterin colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din anus colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Proba din rect colectată pe tampon și pe plăcuță de sticlă _____

Altele (se va specifica) _____

Probe pentru comparare

Păr din zona pubiană

Păr de pe cap

Tampon colectat din gură pentru ADN

Sânge colectat pentru identificarea alcoolului și drogurilor (eprubetă simplă sau fiolă din fluorură/oxalat)

Proba de urină pentru identificarea drogurilor

Altele

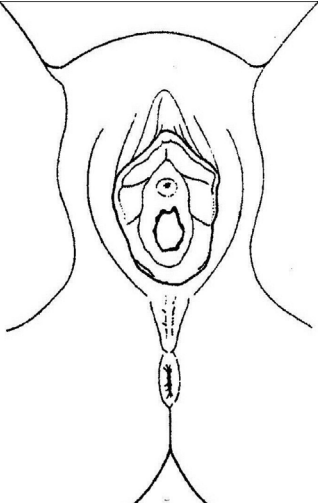
Alte probe (Lista) _____

Numele specialistului medical: _____

ANEXA nr.12

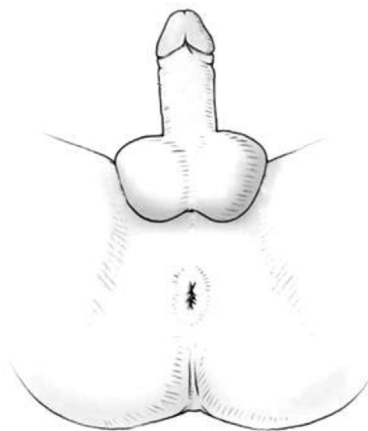
 CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ	CONTROLUL PROBELOR	CP-F-9031
	Formular	revizuire nr.01
	Fişa de lucru a expertului medico-legal (examinarea stărilor sexuale femei)	în vigoare din 02.01.2015

Nr. raportului		Data, ora examinării	
Solicitant			
Nume, prenume persoană		a.n.	
Domiciliu			
Document de identitate		A asistat	
Condiții de iluminare	☐ naturală ☐ artificială ☐ combinată		
Circumstanțele cazului din spusele persoanei examinate:			
Acuze:			
Documente medicale: ☐ nu ☐ da tip document/număr _____			
Anamneza specială:	I-a menstruație _____ ani caracterul menstruației: abundentă ☐ da ☐ nu / dureroasă ☐ da ☐ nu durată ciclul _____ zile durată menstruație _____ zile prima zi a ultimei menstruații _____ primul raport sexual _____ ani regulat: ☐ da ☐ nu data ultimului raport sexual _____ nr. sarcini _____ nr. avorturi _____ nr. nașteri _____ evoluție sarcini _____ eliminări: ☐ nu ☐ da caracterul eliminărilor _____ boli sexual transmisibile: ☐ gonoree ☐ sifilis ☐ chlamydia ☐ herpes genital ☐ trichomoniaza ☐ micoplasmoza ☐ condiloame genitale ☐ HIV alte _____ maladii suportate: ☐ meningită ☐ encefalită ☐ HVB/C ☐ tuberculoză alte _____		
Starea obiectivă:	constituție _____ nutriție _____ tegumente/mucoase _____ talia _____ cm masa _____ kg diametru: torace _____ cm bazin _____ cm dezvoltare fizică/anomalii _____ depunere țesut celulo-adipos de tip _____ pilozitate subaxilară/pubiană de tip _____ glande mamare: formă _____ dimensiuni _____ consistență _____ areole mamare: culoare _____ formă mameloane _____ eliminări _____ organe genitale externe: dezvoltare _____ labiile mari acoperă cele mici: ☐ da ☐ nu mucoasa vestibulului vaginal: culoare _____ intrarea în vagin _____ eliminări: ☐ nu ☐ da culoare _____ densitate _____ cantitate _____ himen: ☐ inelar ☐ semilunar ☐ labial ☐ septat ☐ lobat ☐ franjat ☐ apendicular alt _____ himen: înălțime în porțiunea anterioară _____ cm, posterioară _____ cm, laterală _____ cm grosime _____ cm orificiu himenal: formă _____ diametru la extindere _____ cm inel de contracție: ☐ da ☐ nu creștături naturale (cadrul ceasului): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 rupturi himenale: ☐ vechi ☐ recente localizare: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 anus: culoare mucoasă _____ pliuri rectale _____ evidențiate sfîcter închis ☐ da ☐ nu rupturi anale: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12		
Foto-grafiere	Camera: ☐ Canon G12 alta _____ denumire mapă _____ ☐ planșă fotografică număr de fotografii pe planșă: _____		

				
Prelevări:	vaginal	rectal	bucal	spălături de pe corp
	☐ tampon _____	☐ tampon _____	☐ tampon _____	☐ tampon _____
	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____
Leziuni:				
Expert judiciar medico-legal	Prenume, nume		Semnătură	

 CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ	CONTROLUL PROBELOR		CP-F-9030
	Formular		revizuire nr.01
	Fișa de lucru a expertului medico-legal (examinarea stărilor sexuale bărbați)		în vigoare din 02.01.2015

Nr. raportului			Data, ora examinării		
Solicitant					
Nume, prenume persoană					a.n.
Domiciliu					
Document de identitate				A asistat	
Condiții de iluminare	☐ naturală ☐ artificială ☐ combinată				
Circumstanțele cazului din spusele persoanei examinate:					
Acuze:					
Documente medicale: ☐ nu ☐ da tip document/număr _____					
Anamneza	primul raport sexual _____ ani regulat: ☐ da ☐ nu data ultimului raport sexual _____				
specială:	☐ căsătorit copii _____ eliminări: ☐ nu ☐ da caracterul eliminărilor _____ boli sexual transmisibile: ☐ gonoree ☐ sifilis ☐ chlamydia ☐ herpes genital ☐ trichomonioza ☐ micoplasmoza ☐ condiloame genitale ☐ HIV alte _____ maladii suportate: ☐ meningită ☐ encefalită ☐ HVB/C ☐ tuberculoză alte _____ deprinderi vicioase: ☐ fumat ☐ consum alcool ☐ droguri preparate sedative _____ boli profesionale _____ boli endocrine _____ TCC _____ traumatisme aparat urogenital _____				
Notă:					
Starea	constituție _____ nutriție _____ tegumente/mucoase _____				
obiectivă:	talia _____ cm masa _____ kg diametru: torace _____ cm bazin _____ cm dezvoltare fizică/anomalii _____ depunere țesut celulo-adipos de tip _____ pilozitate subaxilară/pubiană de tip _____ organe genitale: dezvoltare _____ penis: lungime _____ lățime _____ scrot: ☐ normal ☐ micșorat ☐ mărit culoare _____ particularități _____ testicule: ☐ nu ☐ da consistență ☐ moale ☐ moale-elastică ☐ elastică dureroase ☐ da ☐ nu suprafață ☐ netedă ☐ neregulată dimensiuni S/D lungime _____ lățime _____ grosime _____ cm anus: culoare mucoasă _____ pliuri rectale _____ evidențiate sfîcter închis ☐ da ☐ nu rupturi anale: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12				
Notă:					
Foto- grafiere	Camera: ☐ Canon G12 alta _____ denumire mapă _____ ☐ planșă fotografică număr de fotografii pe planșă: _____				



Prelevări:	amprentă	rectal	bucal	spălături de pe corp
	☐ tampon _____	☐ tampon _____	☐ tampon _____	☐ tampon _____
	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____	☐ frotiu _____

Leziuni:

Expert judiciar medico-legal	Prenume, nume		Semnătură	
------------------------------	---------------	--	-----------	--



Editura: Cartea Juridică

Copertă și machetare: Adriana Mirza-Balan

Redactare: Eugenia Chiosa