

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA PUBLICĂ  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

**ANDREI PĂDURE, PETRU GLAVAN, ANATOLII BONDAREV,  
OLEG ARNAUT, DOINA CAZACU**

# IDENTIFICAREA VICTIMEI ADULTE A VIOLENȚEI ÎN FAMILIE ÎN BAZA PROFILULUI SOCIAL ȘI PATTERN-ULUI LEZIONAL

*Lucrarea a fost elaborată în cadrul Proiectului  
„Consolidarea capacității medicilor pentru un răspuns mai bun  
la cazurile de violență în familie – 2023-2024” susținut financiar  
de către Ambasada Finlandei la București și implementat de  
Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”*

Chișinău, 2024

**Autori:**

**Andrei Pădure** – doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, șeful Catedrei de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

**Petru Glavan** – asistent universitar, Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

**Anatolii Bondarev** – doctor în științe medicale, asistent universitar, Catedra de medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

**Oleg Arnaut** – doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar, Catedra fiziologie a omului și biofizica a USMF „Nicolae Testemițanu”

**Doina Cazacu** – doctoră în drept, conferențiară universitară, Departamentul Drept internațional și european, *Universitatea de Stat din Moldova*

**Recenzenți:**

**Călin Scripcaru** – profesor universitar, doctor în medicină, medic legist primar, Institutul de Medicină Legală Iași, România

**Dan Perju-Dumbravă** – profesor universitar, doctor în medicină, medic legist primar, șeful Disciplinei de Medicină Legală la facultatea de Drept a Universității Creștine „Dimitrie Cantemir”, Cluj-Napoca, România

Violența în familie reprezintă o problemă de sănătate publică și medicii trebuie să posede cunoștințe și abilități specifice în identificarea victimelor pentru oferirea unui răspuns profesional adecvat. Rezultatele studiului reflectat în lucrare prezintă imaginea de ansamblu privind profilul social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și pattern-ul lezional, instrumentele utilizate medicilor, medicilor clinicieni și legiști, menite să le sporească capacitatea de identificare a victimelor adulte ale violenței domestice și să asigure furnizarea probelor medicale și medico-legale pentru actul de justiție.

Prezentul studiu național conține unele aspecte teoretice privind caracteristicile violenței domestice și rezultatele unei cercetări axate pe analiza științifică a rapoartelor de expertiză și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale. Lucrarea este destinată mediciniștilor, medicilor rezidenți, medicilor clinicieni și legiști, însă poate fi utilă și altor profesioniști interesați de portretul social și lezional al victimelor adulte ale violenței în familie.

**Redactor: Andrei Pădure**

**Machetare computerizată: Petru Glavan**

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**Identificarea victimei adulte a violenței în familie în baza profilului social și pattern-ului lezional** / Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev [et al.] ; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. – Chișinău : [S. n.], 2024 (Print-Caro). – 96 p. : fig. color.  
Referințe bibliogr.: p. 75-90 (153 tit.). – Editată cu susținerea financiară de către Ambasada Finlandei la București. – [100] ex.  
ISBN 978-9975-180-86-3.  
340.6:343.54/.55  
I-34

## CUPRINS

Lista abrevierilor .....	4
Lista figurilor.....	5
Cuvânt înainte .....	7
<b>Capitolul I. ASPECTE SOCIALE ȘI MEDICALE ALE VIOLENȚEI ÎN FAMILIE</b>	
1.1. Subiecții violenței în familie .....	10
1.2. Algoritmul de intervenție a personalului medical .....	20
1.3. Principiile de identificare a victimelor .....	29
1.4. Examinarea medico-legală a victimelor .....	36
<b>Capitolul II. METODOLOGIA STUDIULUI</b>	
2.1. Problema și ipoteza studiului .....	40
2.2. Descrierea și scopul studiului .....	40
2.3. Volumul eșantionului și sfera de cuprindere .....	41
2.4. Instrumentul de cercetare .....	43
2.5. Organizarea cercetării .....	44
2.6. Limitele studiului .....	44
2.7. Metodele de cercetare .....	44
2.8. Analiza statistică .....	45
<b>Capitolul III. PROFILUL SOCIAL AL VICTIMEI ADULTE ȘI PATTERN-UL LEZIONAL AL VIOLENȚEI ÎN FAMILIE</b>	
3.1. Caracteristicile obiectului de cercetare .....	47
3.2. Profilul social al victimei adulte a violenței în familie .....	49
3.3. Condițiile agresării în mediul familial .....	55
3.4. Pattern-ul lezional al violenței în familie la adulți.....	61
<b>ÎNCHEIERE</b> .....	73
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	75
<b>ANEXE</b> .....	89
Anexa 1 Chestionarul de culegere a datelor primare .....	91
Anexa 2 Certificat de inovator .....	93
Anexa 3 Diploma medaliei de argint EUROINVENT, ediția 2023 .....	94
Anexa 4 Special Prize from „Lucian Blaga” University of Sibiu .....	95
Anexa 5 Diploma de excelență EUROINVENT, ediția 2024 .....	96

## LISTA ABREVIERILOR

<b>AMU</b>	Asistența Medicală de Urgență
<b>GREVIO</b>	Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (Grupul de experți al Consiliului Europei pentru acțiunea împotriva violenței împotriva femeilor și a violenței în familie)
<b>HG</b>	Hotărâre de Guvern
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (Virusul imunodeficienței umane)
<b>IC</b>	Intervalul de încredere
<b>ITS</b>	Infecții cu transmitere sexuală
<b>MAI</b>	Ministerul Afacerilor Interne
<b>Me</b>	Media
<b>Mn</b>	Mediana
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>ONU</b>	Organizația Națiunilor Unite
<b>UE</b>	Uniunea Europeană

## LISTA FIGURILOR

- Figura 1** Structura victimelor violenței în familie după datele MAI (2023), %
- Figura 2** Localizarea topografică a leziunilor violenței domestice fizice (după C. Park et. al. (2018))
- Figura 3** Structura rapoartelor în funcție de obiectul cercetat, %
- Figura 4** Structura rapoartelor în funcție de tipul acestora, %
- Figura 5** Structura victimelor în funcție de sex, %
- Figura 6** Structura victimelor în funcție de mediul de reședință, %
- Figura 7** Corelația dintre mediul de reședință și sexul persoanei
- Figura 8** Analiza dezagregată a vârstei victimelor în funcție de sexul acestora
- Figura 9** Structura victimelor în funcție de statutul social, %
- Figura 10** Rata de adresare a victimelor pentru asistență medicală, %
- Figura 11** Structura cazurilor de violență domestică în funcție de locul agresării, %
- Figura 12** Structura agresorilor violenței în familie, %
- Figura 13** Distribuția cazurilor de violență domestică în funcție de luna agresării, %
- Figura 14** Structura cazurilor de violență în familie în funcție de ziua agresării, %
- Figura 15** Distribuția cazurilor în funcție de ora agresării
- Figura 16** Corelația dintre locul agresării și perioada postagresiune
- Figura 17** Tipul corpului contondent utilizat de agresor, %
- Figura 18** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și utilizarea unui obiect ascuțit în actul agresiunii
- Figura 19** Tipul leziunilor corporale constatate, %
- Figura 20** Reprezentarea grafică a distribuției leziunilor pe corpul victimei adulte a violenței în familie
- Figura 21** Structura leziunilor corporale după gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, %
- Figura 22** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei

- Figura 23** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și numărul leziunilor
- Figura 24** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și sexul persoanei
- Figura 25** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și consumul de alcool
- Figura 26** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și perioada postagresiune

## CUVÂNT ÎNAINTE

Violenta domestică constituie actualmente o preocupare majoră în sfera sănătății publice, deoarece afectează profund drepturile fundamentale ale membrilor societății, în special drepturile la sănătate, integritate corporală și viață. Omniprezentă pe plan global, aceasta comportă consecințe semnificative din punct de vedere fizic, emoțional, social și economic, diminuând calitatea vieții victimelor, a familiilor lor și a societății per ansamblu. În ciuda eforturilor întreprinse pentru sensibilizarea și prevenirea acestei probleme, violența în mediul familiei continuă să fie insuficient raportată și, prin urmare, inadecvat abordată, menținându-și astfel impactul său social negativ. Statisticile la nivel mondial confirmă că femeile reprezintă majoritatea victimelor, o realitate care reflectă persistența unor stereotipuri și prejudecăți care susțin rolurile gen bazate pe o structură patriarhală și tradițională în familie și societate.

Sectorul sănătății joacă un rol esențial în abordarea comprehensivă a violenței în familie prin identificarea precoce a cazurilor de abuz, furnizarea asistenței necesare și referirea victimelor către resurse suplimentare de suport, iar consolidarea capacității acestuia este o acțiune importantă în combaterea fenomenului dat. În pofida progreselor înregistrate la nivel național în această direcție, în Planul de acțiuni al Consiliului Europei pentru Republica Moldova 2021-2024, Comitetul ONU pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor, își exprimă îngrijorarea cu privire la prevalența violenței domestice și capacitatea redusă a sectorului sănătății de identificare a leziunilor caracteristice violenței domestice, în special a actelor de violență repetată. În această privință, algoritmul din standardele internaționale și cele naționale privind intervenția instituțiilor medico-sanitare și medico-legale la cazurile de violență în familie, prevede identificarea victimelor violenței domestice în calitate de prim pas în oferirea unui răspuns eficient. Însă, pentru realizarea acestui deziderat, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să cunoască semnele specifice sugestive ale violenței în familie, inclusiv particularitățile leziunilor corporale induse de specificul acestei fapte infracționale.

Prezenta lucrare este rezultatul unei cercetări axate pe analiza științifică a rapoartelor de expertiză și constatare medico-legală privind victimele

adulte ale violenței domestice fizice neletale. Rezultatele acestui studiu oferă o imagine de ansamblu asupra profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și pattern-ului lezional, utile medicilor legiști și medicilor clinicieni în calitate de instrument pentru identificarea acestor categorii de victime, în special când acestea nu reclamă astfel de fapte. Cunoașterea profilului social și a pattern-ului lezional ar putea spori capacitatea medicilor, inclusiv legiști, în identificarea victimelor adulte ale violenței domestice și va asigura furnizarea probelor medicale și medico-legale pentru actul de justiție. Această acțiune va permite demonstrarea violenței în familie, încadrarea juridică a faptelor agresorului, tragerea acestuia la răspundere și asigurarea dreptului victimelor la o justiție echitabilă.

Efectele violenței se pot manifesta sub diferite forme, iar semnele acesteia nu sunt întotdeauna imediat evidente. Lipsa de conștientizare din partea profesionistului din domeniul sănătății are efecte grave: incapacitatea de a identifica violența crește sentimentul de izolare al victimei și o poate convinge în cele din urmă că nu există nicio posibilitate de a scăpa de situația dureroasă. Astfel, dacă nu este tratată, violența tinde să se dezvolte fie în frecvență, fie în amplitudine.

Lucrarea este destinată mediciniștilor, medicilor rezidenți, medicilor clinicieni și legiști, însă poate fi utilă și altor profesioniști interesați de portretul social și lezional al victimelor adulte ale violenței în familie.

Aducem mulțumiri recenzenților pentru eforturile depuse în analiza lucrării și opiniile exprimate în vederea îmbunătățirii acesteia.

Opiniile exprimate în acest raport nu neapărat coincid cu cele ale finanțatorilor.

**Autorii**





## CAPITOLUL I

# ASPECTE SOCIALE ȘI MEDICALE ALE VIOLENȚEI ÎN FAMILIE

### 1.1. Subiecții violenței în familie

Violența domestică se definește printr-o gamă variată de acte abuzive, care sunt exercitate de către un membru al familiei împotriva altui membru, incluzând abuzul fizic, sexual, emoțional și economic [141, 146]. Aceasta este o expresie specifică a violenței interpersonale manifestată în mediul familial, evidențiindu-se prin patologii relaționale și comportamente deviate. Fenomenul dat generează consecințe atât în sfera socială, cât și în domeniul sănătății publice, subliniază și perpetuează discrepanțele de putere din societate și, datorită impactului său profund, se impune ca o problemă de maximă importanță în societatea modernă.

Violența în familie, sub aspect criminologic, este o formă de violență asupra partenerului, asupra copilului sau asupra vârstnicului neputincios. Violența este un model de comportament care se caracterizează printr-un exercițiu de control și un abuz de putere de către o persoană asupra unei alte persoane în contextul unei relații intime, are un caracter repetitiv, iar impactul traumei face ca victimei să-i fie foarte dificil să-și părăsească partenerul [26].

În actul comiterii violenței în familie se presupune existența unui subiect activ (făptuitorul) și a unuia pasiv (victima), membri ai unei familii. Atât Legea 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie [73], cât și articolul 133<sup>1</sup> din Codul Penal al Republicii Moldova, [22] definesc noțiunea de membru de familie în funcție dacă aceștia locuiesc sau nu în același domiciliu, după cum urmează:

a) în condiția de conlocuire: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, persoanele în privința cărora a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară, rudele, afinii lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celorla dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii;

b) în condiția de locuire separată: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, rudele, afinii lor, copiii adoptivi, persoanele în privința cărora a fost

instituită o măsură de ocrotire judiciară, persoanele care se află ori s-au aflat în relații asemănătoare celorla dintre soți (concubinaj).

Prin urmare, analiza prevederilor normelor legislative menționate anterior reflectă că, violența în familie poate exista și în afara structurii familiale tradiționale. Aceasta poate include orice formă de abuz sau violență care are loc între membrii unei unități de familie, indiferent de relațiile lor legale sau de configurația lor familială. Aspectul dat subliniază complexitatea fenomenului, sugerând că violența în familie nu cunoaște limite și poate afecta pe oricine, indiferent de unele caracteristici individuale.

În conformitate cu pct.19 al Directivei 2012/29/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 octombrie 2012, o persoană ar trebui să fie considerată victimă indiferent dacă autorul infracțiunii a fost identificat, arestat, urmărit în justiție sau condamnat și indiferent de legătura familială dintre aceștia<sup>1</sup>.

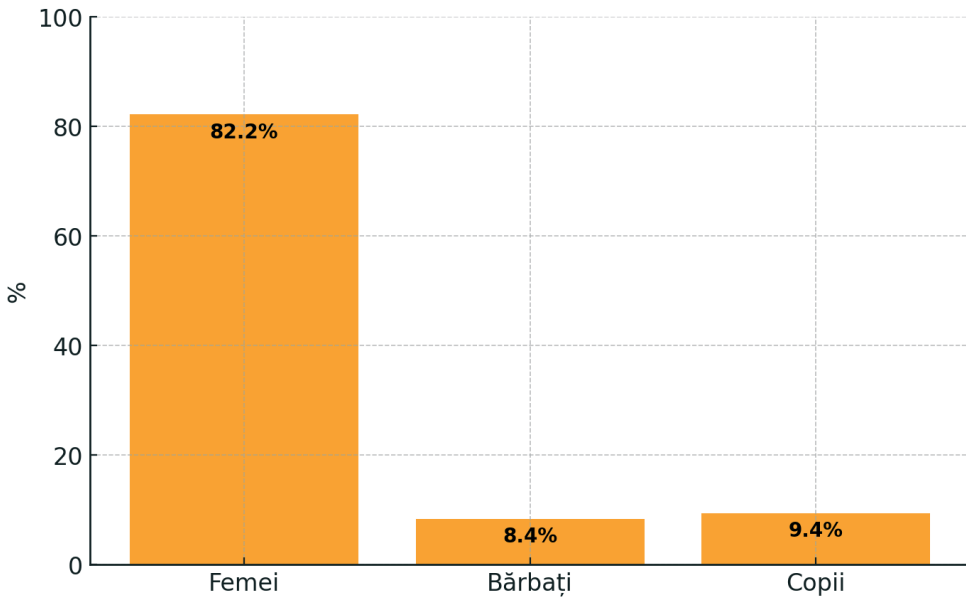
În contextul violenței în familie există unele grupe distincte de persoane cu o vulnerabilitate amplificată nu doar de statutul de victimă, ci și de barierele suplimentare pe care acestea le pot întâlni în accesarea diferitor servicii de suport și protecție, precum și de riscurile mai mari la care sunt expuse din cauza vârstei, statutului socio-economic, stării civile, statutului de migrant sau refugiat, stării de sănătate (handicap, statut HIV), orientării sexuale sau din cauza stereotipurilor și normelor sociale legate de gen [85]. Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să fie conștienți de influența acestor factori și să înțeleagă riscurile și/sau nevoile specifice ale persoanelor ce aparțin unuia sau mai multor grupuri marginalizate. Recunoașterea acestora este esențială pentru oferirea serviciilor de suport fără discriminare, cât și pentru dezvoltarea și implementarea unor strategii de intervenție și suport eficiente. Aceste grupe includ:

#### **a. femeile, în special cele fără o educație profesională**

„Unul dintre principalii factori de risc de a deveni victimă a agresiunii sexuale și/sau a violenței domestice este a fi femeie”[124]. Această afirmație este larg acceptată în literatura de specialitate și rapoartele organizațiilor inter-

<sup>1</sup> 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, Online: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029>

naționale preocupate de drepturile femeilor și de prevenirea violenței, fiind subliniat impactul disproporționat al violenței domestice și sexuale asupra femeilor comparativ cu bărbații. Cercetătorii H.P. Siltala (2020) [118], L.K. Hamberger (2015) [46] și R.K. Yau și coautorii (2013) [150], au constatat că femeile sunt mai predispuse să se confrunte cu violența în familie și să solicite tratament pentru consecințele medicale ale violenței în familie, pe când bărbații sunt mai predispuși să se confrunte cu alte tipuri de violență și să solicite tratament medical pentru leziuni rezultate din violența non-familială. În societățile patriarhale, normele și rolurile de gen sunt adesea structurate într-un mod care favorizează bărbații (atribuie poziții de autoritate, putere și control) și limitează femeile la anumite roluri subordonatoare și responsabilități (precum îngrijirea copiilor și a gospodăriei), ceea ce poate alimenta violența domestică [25, 76]. Studiile au arătat că femeile și copiii sunt expuși unui risc mai mare de violență decât bărbații [16, 116, 138, 142, 144]. Acest fapt este confirmat și în Convenția de la Istanbul (2011)[28], care recunoaște faptul că femeile și fetele sunt expuse unui risc mai mare de violență de gen decât bărbații [96]. Organizația Mondială a Sănătății constată că femeile victime ale violenței domestice (în comparație cu victimele de sex masculin) se confruntă cu traume mai grave și mult mai frecvente. Această constatare este susținută și de S. Walby și coautorii săi (2016) [135], care subliniază că femeile sunt mult mai expuse riscului de abuzuri repetate [50]. Pe plan național, studiul *Violența față de femei în familie* realizat în 2011 de către Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, a evidențiat că cele mai afectate de fenomenul violenței domestice sunt femeile din mediul rural, femeile cu un nivel scăzut de studii, șomerele sau cele angajate în activități agricole pe cont propriu [10, 96]. Observații similare privitoare la acești factori de risc au fost constatate și de cercetările unor autori precum P.P. Oliveira (2015) [87] și A.R. Yakubovich (2018) [149]. Vulnerabilitatea femeilor este confirmată și de datele Ministerului Afacerilor Interne al Republicii Moldova, potrivit cărora în peste 82,2% de cazuri victime ale violenței domestice au fost femei (Figura 1) [86].



**Figura 1.** Structura victimelor violenței în familie după datele MAI (2023), %

### **b. femeile gravide**

Violența domestică în timpul sarcinii este asociată unor consecințe severe și negative asupra sănătății gravidei și fătului [2]. Un studiu realizat de Biroul de Statistică Australian [3] a relevat că 1 din 5 femei însărcinate sunt expuse violenței domestice în perioada gravidității. L. Parsons și coautorii [98] estimează că până la 20% dintre femeile însărcinate se confruntă cu violență în timpul sarcinii, ceea ce face ca aceasta să fie mai frecventă decât diabetul gestațional sau preeclampsia, afecțiuni depistate în mod obișnuit de către medici la femeile însărcinate [83]. L.E. Saltzman și coautorii [113] afirmă că un procent semnificativ (50-75%) dintre femeile abuzate înainte de sarcină sunt abuzate și în timpul sarcinii [83], subliniind astfel gravitatea și riscul ridicat de persistență a violenței domestice într-o perioadă extrem de vulnerabilă pentru femei.

În cadrul unui studiu realizat în 2013, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a evidențiat că femeile însărcinate care au fost expuse la violența din partea partenerului intim au avut cu 16% mai multe șanse de a expe-

rimenta un avort spontan și cu 41% mai multe șanse de a avea o naștere prematură [140].

În multe relații abuzive, accesul sexual este obținut prin utilizarea de amenințări și chiar a forței fizice. Poate fi de asemenea controlată de către partenerul abuziv și măsura în care femeia are sau nu acces la servicii de planificare familială [13], ceea ce poate duce la apariția unei sarcini nedorite. Mai multe studii au identificat o asociere între violența domestică și o sarcină nedorită sau neplanificată [23].

În lucrarea „*Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*” [128] autoarele analizează mai multe studii care reflectă două aspecte importante ce vizează statutul victimei în perioada sarcinii. Pe de o parte, femeile abuzate pot fi împiedicate în a căuta servicii medicale de specialitate de către partenerii lor abuzatori ceea ce poate duce la întârzierea oferirii de îngrijiri specializate sau la întâlniri ratate, iar pe de altă parte anume datorită controalelor periodice, devine mai dificil ca violența să fie ținută secretă sau să fie explicată, altfel, o serie de leziuni.

Totodată, se atestă o creștere a geloziei și posesivității partenerului, or un copil nenăscut poate fi perceput ca o amenințare directă la adresa bărbatului, un rival la atenția, grija și capacitatea de a lucra a femeii. Frica de a anunța partenerul despre sarcină sau decizia de a întrerupe sarcina fără a comunica partenerului, la fel, pot fi consecințe ale violenței față de femei. Un aspect important, ce ține de independența de a lua decizii, de a fi *stăpână asupra propriului corp* se referă la intervalul dintre sarcini, arătând că în rândul femeilor victime ale abuzului de către partener se întâlnește fenomenul de *sarcini rapid repetate*, ceea ce implică un grad înalt de risc asupra sănătății femeii și viitorului bebeluș [128].

Sarcina generează o dependență mai mare pentru femei față de partenerii lor din punct de vedere fizic, emoțional și financiar, crescând astfel vulnerabilitatea acestora. Sarcina, de asemenea, poate fi percepută de către agresor ca un mijloc de a-și impune controlul asupra victimei, de a împiedica femeia să-și continue activitățile profesionale sau educaționale. Printre consecințele imediate se enumeră reacțiile fiziologice generate de stres, leziunile corporale survenite în urma actelor de violență, infecții ale tractului urinar și sistemului renal, hipertensiune arterială, tulburări mintale, naștere prematură sau avort spontan, greutate mică a fătului la naștere

sau deces fetal [142], precum și diete nesănătoase, depresie postpartum severă, dificultăți în alăptare [128].

### c. persoanele cu copii

Persoanele cu copii se confruntă cu o vulnerabilitate crescută față de violența domestică dintr-o serie de motive complexe, care implică factori sociali, emoționali, economici și psihologici. J. Petersson și S. Thunberg (2022) [102] subliniază că femeile cu copii, în special mamele singure, prezintă un risc mai mare de a se confrunța cu violența domestică. Printre factorii care pot determina victima de a rămâne într-o relația abuzivă se numără lipsa resurselor financiare independente, altele decât cele ale agresorului, frica că copiii pot deveni însuși victime ale agresorului, frica de izolare, sărăcie și lipsa unui adăpost [115]. Unii autori [11, 64] preferă utilizarea în acest context a noțiunii de *dependență maritală*, care subliniază modul în care constrângerile economice și emoționale pot lega victima de agresor, ceea ce face dificilă părăsirea relației abuzive. Această dependență este adesea amplificată de sistemele sociale și culturale care valorizează unitatea familială peste bunăstarea individuală, încurajând victimele să „tolereze” indiferent de prejudiciul adus. În plus, stigma socială asociată cu divorțul poate descuraja victimele cu copii să caute ajutor sau să părăsească relația, având teamă de judecata publică, fiind intensificat sentimentul de neputință și captivitate.

### d. copii și adolescenții

„*Cele mai mari victime ale violenței domestice sunt cele mai mici*” [18]. Copiii sunt victime ale violenței domestice atât direct, cât și indirect în calitate de martori [96, 114].

Expunerea unui copil la violența domestică, indiferent de vârstă, poate avea consecințe grave din punct de vedere psihologic, comportamental și fizic. Acestea includ depresie, anxietate, simptome asociate traumei, agresivitate crescută, comportament antisocial, probleme de temperament și de dispoziție, probleme de învățare și de performanță școlară, stima de sine scăzută, persistența fricii și a conflictelor interpersonale, sentimentul de singurătate, susceptibilitate crescută la abuzul de alcool sau substanțe, precum și expunerea la riscul de șomaj și lipsa de adăpost [51, 84, 122].

Consecințele pe termen lung pot fi ireversibile, atât pentru starea fizică, cât și cea psihico-emoțională. Victimele violenței în familie dezvoltă un comportament secretos, tăcut, până la incapacitatea de a povesti ce i se întâmplă, ceea ce este de asemenea o consecință a inhibițiilor constante impuse sau autoimpuse specifice unei relații de teroare în care copilul „învață” că este spre binele său și al semenilor să vorbească cât mai puțin despre ceea ce se petrece în sânul familiei [128].

#### **e. persoanele în vârstă**

Cea mai comună definiție a abuzului asupra persoanelor în vârstă este cea adoptată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS): *un act unic sau repetat, sau absența unei acțiuni adecvate, care apare în cadrul oricărei relații bazate pe încredere și care provoacă prejudicii sau suferințe unei persoane în vârstă* [143]. Deși abuzul asupra vârstnicilor este adesea intergenerațional, acesta poate fi comis de orice membru al familiei persoanei în vârstă sau de alte relații de încredere [62, 84]. Un review al literaturii realizat în anul 2017, care a examinat 52 de studii din 28 de țări din diverse regiuni, a estimat că în medie 1 din 6 persoane (15,7%) cu vârsta de peste 60 de ani este supusă unei forme de abuz [143, 151]. K. Pillermer și coautorii (2016) [104] constată că abuzul asupra persoanelor în vârstă poate avea consecințe grave asupra stării financiare și sociale, sănătății fizice și mentale, inclusiv leziuni fizice, mortalitate prematură, depresie, declin cognitiv, pagube materiale și plasament în aziluri de bătrâni. Totodată, de menționat că în cazul persoanelor senile, consecințele abuzului pot fi deosebit de grave, iar recuperarea poate dura mai mult timp comparativ cu alte grupe de vârstă [143].

#### **f. persoanele cu dizabilități fizice sau psihice**

Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2006) [130] include protecția împotriva exploatării, violenței și abuzului din perspectivă de gen, pentru persoanele cu dizabilități ca un dezavantaj suplimentar și promovează egalitatea efectivă a femeilor și fetelor cu dizabilități. Ele pot întâmpina piedici în accesarea serviciilor de suport din cauza unui mediu care nu este ajustat pentru a răspunde nevoilor lor [84].



După părerea lui P. Frawley și coautorii (2015) [38], femeile cu dizabilități fizice sau psihice se confruntă cu un risc mai mare de a deveni victime ale violenței domestice comparativ cu alte femei, asemenea acte manifestându-se mult mai frecvent, căpătând forme specifice și fiind de o durată mai lungă. Complexitatea problemei derivă din faptul că multe femei cu dizabilități sunt deosebit de vulnerabile în cazul în care agresorul lor este și un îngrijitor. Vulnerabilitatea acestei categorii distincte de persoane de a fi expuse unui risc mai mare de violență domestică, în viziunea lui A. George și B. Harris (2014) [42], este cauzată de dependența lor de asistență și îngrijire zilnică din partea partenerilor și membrilor familiei, care, în majoritatea situațiilor, sunt identificați ca agresori. În plus, atunci când devin victime ale violenței, persoanele cu anumite dizabilități ar putea să nu posedeză suficiente cunoștințe necesare pentru recunoașterea abuzului și raportarea acestuia, sau să nu fie pe deplin conștiente de drepturile lor și de măsurile de protecție legală disponibile. De aceea, în legislația dedicată din unele țări<sup>2</sup>, noțiunea de membru al familiei include și reprezentantul legal sau o altă persoană care îngrijește persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepția celor care îndeplinesc aceste atribuții în exercitarea sarcinilor profesionale.

Există multe femei care au dobândit o formă de dizabilitate ca urmare a violenței în bază de gen. Femeile au un risc crescut de a deveni persoane cu dizabilități în timpul vieții din cauza *neglijării în îngrijirea sănătății, condițiilor precare ale forței de muncă și/sau din cauza violenței bazate pe gen* [35]. Abuzul în familie poate determina ca o femeie să obțină o formă de dizabilitate: *violența din partea partenerului intim este una dintre cele mai frecvente cauze ale prejudiciului integrității fizice a femeilor* [133]. Poate provoca leziuni fizice la nivelul capului/gâtului/feței, precum și probleme ginecologice, rezultat al sexului forțat. De asemenea, poate provoca probleme psihologice, inclusiv leziuni cerebrale traumatice cauzate de strangulare [133]. În plus, partenerii au mai multe șanse să-și părăsească soția dacă aceasta devine o persoană cu dizabilitate după căsătorie [134].

Nu mai puțin important este faptul că, la nivel global, femeile și fetele cu dizabilități sunt mai puțin probabil să frecventeze și să finalizeze școala

<sup>2</sup> Legea României nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, online :<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/223635>

decât omologii lor de sex masculin și fără dizabilitate. Puțin sub 42% dintre fetele cu dizabilități termină școala primară, comparativ cu 51% băieți cu dizabilități și 53% fete fără dizabilități [131]. Ca urmare, ele pot avea perspective economice și sociale mai scăzute, fapt ce le crește dependența economică față de îngrijitori și potențialii agresori.

#### **g. persoanele care trăiesc în comunități rurale și îndepărtate**

Persoanele care locuiesc în comunități rurale și îndepărtate pot fi expuse unui risc mai mare de a se confrunta cu violența domestică [152]. C. Peek-Asa și autorii (2011) [100], studiind prevalența violenței domestice în mediul rural al Statelor Unite ale Americii, a remarcat că 22,5% dintre femeile din zonele rurale mici și izolate au raportat că au fost abuzate de partenerul intim, comparativ cu 15,5% pentru femeile din mediul urban. Mai mult, același studiu a constatat că femeile din zonele rurale experimentează un nivel semnificativ mai ridicat de gravitate a abuzului fizic comparativ cu cele din zonele urbane. Există, de asemenea, o recunoaștere a vulnerabilității crescute față de efectele violenței domestice și a barierelor întâmpinate în calea accesării asistenței de suport. Acest lucru se datorează unei varietăți de factori, cum ar fi cei geografici, economici, culturali și sociali, care sunt mai des întâlniți în comunitățile mai mici în comparație cu zonele urbane mai mari [84, 137].

#### **h. persoanele care fac abuz de alcool sau substanțe psihoactive**

Consumul abuziv de alcool sau de alte substanțe psihoactive de către agresori sau victimele violenței domestice poate fi un indicator al unui risc crescut în ceea ce privește frecvența și gravitatea violenței [70]. Aceași părere este împărtășită și de R. Mayshak și coautorii (2022) [79] care, realizând un studiu în Australia, au constatat că actele de violență domestică asociate cu consumul de alcool au de două ori mai multe șanse să capete o formă fizică, inclusiv există riscul de a fi asociate cu leziuni ce pot amenința viața persoanei [120]. Un studiu realizat în Marea Britanie subliniază faptul că două treimi din episoadele de violență domestică raportate poliției au avut loc *sub influența alcoolului* [120]. Gravitatea problemei este accentuată și de o probabilitate sporită ca o victimă consumatoare de alcool sau substanțe psihoactive să aibă un partener intim care face abuz de

aceste substanțe [84]. Mai mult, considerăm că unii agresori se pot folosi de starea victimei pentru a justifica și intensifica actele de violență. Studiile [45, 109] au arătat că bărbații tind să comită acte de violență mai severe după ce au consumat alcool, pe când femeile care consumă alcool în exces sunt mai susceptibile de a fi abuzate de partenerii lor de viață [120]. Cu toate acestea, literatura de specialitate accentuează faptul că un consum de alcool este mai degrabă asociat cu o severitate mai mare a violenței domestice decât de apariția acesteia [45] și se agravează odată cu creșterea cantității de alcool consumată [36].

### **i. persoanele LGBTQI+**

Studiile [78, 136] indică faptul că persoanele LGBTQI+ sunt mai vulnerabile de a deveni victime și raportează rate semnificativ mai mari de violență din partea partenerilor intimi comparativ cu persoanele heterosexuale. Astfel, 43,8% din femeile lesbiene și 61,1% din femeile bisexuale au experimentat violență sexuală, violență fizică și/sau stalking<sup>3</sup> din partea unui partener intim la un moment dat în viața lor, comparativ cu 35% dintre femeile heterosexuale. De asemenea, 26% din bărbații homosexuali și 37,3% din bărbații bisexuali au avut experiențe similare. Vulnerabilitatea persoanelor LGBTQI+ poate fi argumentată prin reticența acestora de a raporta actele de violență domestică pe care le suferă, din teama ostracizării și discriminării, a unui posibil răspuns negativ din partea autorităților sau sistemului judiciar, a intensificării violenței, a expunerii publice, a lipsei de încredere sau a judecării sociale [84].

Urmează a fi luată în calcul și situația care determină neacceptarea de către alți membri ai familiei a orientării sexuale a altora, fapt care generează conflicte între copii și părinți sau alți membri de familie.

### **j. persoanele cu nivel scăzut de alfabetizare**

Persoanele cu nivel scăzut de alfabetizare se pot confrunta cu riscuri crescute în ceea ce privește violența domestică din cauza mai multor factori interconectați care agravează vulnerabilitatea și limitează accesul la resurse și servicii de suport [30]. Mai mult, persoanele cu un nivel scăzut

---

<sup>3</sup> *Stalking-ul* este considerat a fi în mod general o atenție persistentă și nedorită din partea cuiva care face persoana urmărită să se simtă hărțuită.

de alfabetizare se pot confrunta cu bariere lingvistice, de citire și scriere, ceea ce poate limita accesul lor la informații și servicii de suport [84].

#### **k. persoanele din diferite culturi și limbi (familii mixte)**

Persoanele membre ale unor grupuri diverse din punct de vedere cultural și lingvistic se pot confrunta cu o izolare socială accentuată din cauza diferențelor culturale, religioase, barierelor lingvistice, dar și dependenței financiare de agresor [84]. Acestea pot fi și motivul pentru care femeile tind să fie reticente în a solicita ajutor în cazurile de violență domestică [37]. Problema este agravată inclusiv de necunoașterea sistemului legal, precum și de absența accesului la servicii adaptate nevoilor lor, cum ar fi disponibilitatea traducătorilor. În comunitățile restrânse, interacțiunea personală cu interpretul poate crește temerile legate de confidențialitate și intimitate, complicând astfel eforturile de a obține ajutorul necesar [42].

### **1.2. Algoritmul de intervenție a personalului medical**

Violența în familie este o problemă majoră de sănătate publică [142], cu o prevalență ridicată și un impact semnificativ asupra sănătății și bunăstării femeilor, bărbaților, copiilor, familiilor și societății în ansamblu [48]. Organizația Mondială a Sănătății [140, 148] subliniază în rapoartele sale rolul crucial al sistemului de sănătate în abordarea consecințelor violenței domestice. Asistența medicală, în special cea primară, a fost recunoscută de către cercetători [33, 41, 81] ca fiind un cadru ideal pentru identificarea și abordarea cazurilor de violență în familie. Mai mulți autori [48, 126, 148] expun în cercetările sale aceeași părere și consideră asistența medicală în calitate de serviciu-cheie în gestionarea problemelor legate de violența domestică și în bază de gen.

Rolul primordial al serviciilor de sănătate în abordarea violenței în familie este recunoscut în mod direct și de Convenția de la Istanbul [94]. Astfel, art. 20 al Convenției prevede că *părțile iau măsurile legislative sau de altă natură necesare pentru a se asigura că victimele au acces la serviciile de sănătate și la serviciile sociale, că serviciile dispun de resurse adecvate și că profesioniștii sunt instruiți pentru a asista victimele și a le îndruma către serviciile adecvate* [123]. Astfel, Statele Părți, la care se atribuie și Republica

Moldova, se obligă să garanteze oferirea unui sistem de sănătate complet accesibil, care nu numai că răspunde nevoilor victimelor, dar și promovează prevenirea violenței prin educație, sensibilizare și intervenții timpurii. Acest angajament implică și dezvoltarea de programe de formare continuă pentru profesioniștii din domeniul sănătății, astfel încât să fie capabili să recunoască semnele violenței domestice și să răspundă într-un mod empatic și informat, contribuind astfel la un mediu de suport sigur și încurajator pentru toate victimele.

Fiind o problemă de sănătate publică, este esențial ca profesioniștii din domeniul medical să preia inițiativa în identificarea, abordarea și tratarea cazurilor de violență în familie [58]. Unii autori [57, 58, 68, 75] opinează că, având în vedere răspândirea largă a acestui fenomen în societate, este cel mai probabil că profesioniștii din domeniul sănătății vor fi nevoiți la un moment dat în parcursul profesional să identifice și să ofere tratament, fie unei victime, fie unui agresor implicat în acte de violență domestică. Un studiu [112] realizat în Marea Britanie arată că aproape o jumătate de milion de victime ale violenței domestice se adresează la medic anual pentru a beneficia de asistență medicală. Aceeași sursă subliniază faptul că doar o victimă din cinci apelează la poliție, fiind în așa mod evidențiată importanța accesului supraviețuitorilor/supraviețuitoarelor la opțiuni de suport care nu implică sisteme ancorate justiției pentru a primi asistența necesară [59]. Organizația Mondială a Sănătății [146] recunoaște că femeile abuzate apelează la serviciile de asistență medicală mai frecvent decât femeile neabuzate. De asemenea, OMS identifică furnizorii de servicii medicale ca fiind profesioniștii în care ar avea cea mai mare încredere în ceea ce privește dezvăluirea abuzului [146]. S. Othman și coautorii (2014) [92] afirmă că din toate serviciile ce abordează violența domestică, serviciul de sănătate reprezintă adesea primul sau chiar singurul punct de contact pentru multe victime [50]. Unele cercetări [111] au arătat că 45% dintre victimele violenței domestice care au fost ucise de partenerii lor abuzivi s-au prezentat la un spital cu 2 ani înainte de deces [50]. Unii autorii consideră că, consultarea unui profesionist din domeniul sănătății poate fi adesea singura opțiune în care victima poate dezvălui abuzul în lipsa agresorului [59]. Totuși, este necesar a lua în considerare că, chiar dacă victimele violenței în familie sunt mai predispuse decât populația generală de a utiliza serviciile de sănătate, ele adesea sunt

mai reticente în a discuta despre aceste incidente cu profesioniștii din sănătate [58, 121]. Studiile [99] arată că aproximativ 92% dintre femeile abuzate fizic nu dezvăluie acest lucru din propria inițiativă medicilor, iar 57% nu dezvăluie abuzul la nici o etapă de intervenție a oricărui specialist. Cu toate acestea, cercetările constată că majoritatea pacienților ar dezvălui violența domestică dacă ar fi întrebat direct despre aceasta [6].

Ghidurile internaționale [40, 145, 146] subliniază rolul profesioniștilor din domeniul sănătății și recomandă ferm acestora să intervină imediat în cazul în care femeile dezvăluie orice formă de violență din partea partenerului intim. Pentru asigurarea unui răspuns eficient al personalului medical, conform algoritmului din standardele internaționale [121, 145, 146, 148] și cele naționale [44, 88, 90] privind intervenția instituțiilor medico-sanitare la cazurile de violență domestică, asistența medicală acordată victimelor trebuie să includă următoarele elemente de bază:

#### **a. identificarea victimelor**

Profesioniștii din domeniul medical au un rol important în identificarea precoce a abuzurilor și în prevenirea escaladării violenței domestice, ceea ce previne apariția unor consecințe mai grave [58]. Identificarea victimelor supuse violenței este o condiție premergătoare obligatorie a unei intervenții medicale corespunzătoare [81] și poate fi realizată la nivelul asistenței medicale de urgență prespitalicească, asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate de ambulator și asistenței medicale spitalicești [96]. *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [44], destinat medicilor din Republica Moldova, subliniază că identificarea victimelor violenței în familie se efectuează de către lucrătorul medical prin examinare clinică și/sau observații comportamentale. Acest proces poate avea loc în timpul examinărilor medicale profilactice, prin vizite programate la domiciliul pacientului efectuate de medicul de familie sau asistentul medical, când victima se adresează direct instituției medicale, sau în contextul solicitării asistenței medicale de urgență prespitalicești pentru urgențe medico-chirurgicale [44, 96]. Identificarea este crucială ca primă etapă pentru că permite victimelor violenței să primească asistență medicală și îngrijiri adaptate specific nevoilor lor. Fără aceasta, victimele ar fi tratate

după un protocol general, lipsindu-le accesul la servicii specializate. Recunoașterea pacienților/paciențelor ca victime ale violenței domestice ajută personalul medical să interpreteze corect simptome neclare, îmbunătățind calitatea vieții acestora și optimizând utilizarea resurselor sistemului de sănătate [96].

Existența unui profil social și a unui pattern lezional specific victimelor violenței în familie poate facilita considerabil procesul lor de identificare și poate servi drept un instrument cu utilitate practică pentru profesioniștii din domeniul medical ce ar asigura o intervenție promptă și eficientă, sporind șansele de recuperare a victimelor și contribuind la prevenirea continuării abuzului.

#### **b. acordarea ajutorului primar**

Intervenția medicală în cazul victimelor violenței în familie și în bază de gen include examinarea medicală a victimei în condiții private și sigure [96]. Acest fapt este reiterat și de OMS [140, 148] care accentuează că serviciile de sănătate trebuie să fie locul în care victimele să se simtă în siguranță, să fie tratate cu respect, să nu fie stigmatizate și unde pot primi suportul necesar de calitate. În abordarea cazurilor de violență în familie este esențial ca personalul medical, inclusiv cel medico-legal, să ofere victimei suport primar adaptat nevoilor proprii. Acesta nu presupune doar intervenția medicală propriu-zisă, dar mai include și unele tehnici necesare pentru a oferi victimelor încredere și siguranță, și includ ascultarea atentă, precizarea necesităților și îngrijorărilor, validarea sentimentelor, asigurarea suportului necesar [66, 96, 121]. R.M. Ghandour și coautorii (2015) [43] sunt de părerea că medicii au obligația de a sprijini victima în procesul de luare a propriilor decizii, de a oferi informații relevante și acces la sprijin și servicii sociale, acțiuni ce ar minimaliza reticența acesteia în accesarea serviciilor de suport.

Victimele violenței în familie și de gen prezintă nevoi specifice, diferite de cele ale victimelor altor tipuri de traume, datorită particularităților acestei forme de violență. Din aceste considerente, îngrijirile medicale trebuie să fie centrate pe necesitățile victimelor violenței în familie și să cuprindă o serie de elemente:

- adoptarea unei atitudini lipsite de prejudecată, de susținere și de validare a declarațiilor femeii;
- asigurarea unui sprijin și a îngrijirilor practice care să răspundă necesităților victimei;
- întrebări despre istoricul violenței, ascultarea cu atenție, însă fără a face presiuni asupra victimei să vorbească, asistarea victimei în accesarea informației despre resursele, inclusiv serviciile juridice sau altele ce i-ar putea fi de ajutor;
- suport victimei în accesarea informațiilor referitoare la serviciile de care are nevoie, inclusiv servicii juridice, sociale și alte servicii utile pentru victimă;
- păstrarea confidențialității informând victima despre limitele confidențialității (de ex., despre raportarea obligatorie);
- examinarea victimei în lipsa agresorului și doar dacă circumstanțele sunt sigure pentru personalul medical și victimă;
- asigurarea și mobilizarea serviciului de asistență socială [96].

### c. îngrijirea leziunilor și oferirea tratamentului medical urgent

Un drept fundamental al pacientului, garantat și de legislația națională [80, 81], este dreptul la autodeterminare (autonomie), care constituie pilonul relației de comunicare dintre medic și pacient. În conformitate cu *Legea ocrotirii sănătății* [72] și cu *Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului* [71], consimțământul pacientului este o condiție obligatorie premergătoare actului medical, indiferent de scopul acestuia (profilactic, diagnostic, terapeutic și recuperator) [44]. În acest context, *Legea privind exercitarea profesiei de medic* [82] obligă medicul să obțină consimțământul pacientului pentru orice intervenție medicală [44]. Aceleași prevederi se referă și la oricare intervenție medicală adresată victimelor violenței în familie, însă medicii trebuie să ia în considerare starea lor de vulnerabilitate, posibila presiune din partea agresorului, dar și nevoile speciale de confidențialitate și siguranță. *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* [44] subliniază că pacienții cu afecțiuni severe care amenință viața trebuie să fie imediat trimiși la un tratament de urgență. Prioritizarea tratamentului



urgențelor medicale în algoritmul de intervenție a personalului medical este enunțată și de Ghidurile internaționale [121, 146, 147] și naționale [44], dar și de unii cercetători cum ar fi A. Boyle (2004) [12], J.B. Carneiro și coautorii (2022) [17], K. Costello și coautorii (2022) [27].

#### **d. examinarea semnelor abuzului sexual și oferirea ajutorului medical**

În procesul acordării asistenței victimelor violenței sexuale, o prioritate absolută constituie sănătatea și bunăstarea lor, iar serviciile medico-legale au o importanță secundară față de cele medicale comprehensive [139]. Organizația Mondială a Sănătății [20] clasifică efectuarea unei examinări medico-legale fără a aborda nevoile medicale ale pacienților ca fiind o formă de neglijență. În mod ideal, serviciile medicale și cele medico-legale ar trebui să fie furnizate în același timp, loc și de către aceeași persoană.

Organizația Mondială a Sănătății îndeamnă țările-membre să elaboreze protocoale naționale întrucât în cazul violenței sexuale, acestea pot ajuta sistemele naționale de sănătate să îmbunătățească calitatea tratamentului și sprijinului oferit victimelor, pot ghida procesul de colectare a probelor medico-legale și pot fi un instrument educațional util pentru profesioniștii din domeniul sănătății [139]. Mai mult, politicile sau protocoalele care descriu procesul de management al cazurilor pot ajuta personalul medical să înțeleagă ce se așteaptă de la el în activitatea de caz de zi cu zi [60]. La nivel național, activitatea personalului medical în cazurile de violență sexuală este ghidată de Protocolul Clinic Standardizat *Managementul clinic al cazurilor de viol* [89]. Protocolul conține descrierea celor mai bune practici ale gestionării clinice pentru persoanele care au fost violate, pentru a fi aplicate de către personalul medical din diferite instituții medico-sanitare, indiferent de apartenență și formă juridică de organizare, la nivel de asistență medicală primară, urgentă, specializată și spitalicească, în context obișnuit cotidian, pe timp de pace, dar și în situații de criza umanitară, situații excepționale sau urgențe de sănătate publică. Acest instrument transpune principiile OMS în activitatea medicală națională și stipulează că în procesul acordării asistenței medicale victimelor violenței sexuale, prioritate întotdeauna constituie bunăstarea și sănătatea persoanei; asistența medicală de urgență (stoparea hemora-

giei, prelucrarea leziunilor) se va acorda primordial; furnizarea serviciilor medico-legale are o importanță secundară în raport cu serviciile de sănătate comprehensive (contracepția de urgență, profilaxia post-expunere HIV, profilaxia ITS, test de sarcină, la necesitate, vaccinare anti Hepatita B, tetanos); în mod ideal, serviciile de sănătate victimelor/supraviețuitoarelor trebuie să fie furnizate concomitent cu serviciile medico-legale, în același loc, cu respectarea drepturilor omului.

Tratamentul consecințelor violenței sexuale necesită atenție continuă și nu se limitează doar la faza acută, fiind esențială continuarea acestuia și în perioada post-acută. În această etapă, o atenție deosebită trebuie acordată recuperării fizice și psihologice a victimelor, inclusiv monitorizarea potențialelor complicații medicale și asigurarea unui suport psihologic pentru gestionarea traumei. Studiile [14, 39, 69] arată că femeile care au fost supuse violenței sexuale se confruntă cu rate mai mari de probleme ginecologice decât alte femei, inclusiv infecții vaginale, dureri în timpul actului sexual, dureri pelviene cronice și infecții ale tractului urinar.

#### **e. evaluarea sănătății mintale și oferirea asistenței necesare**

Pe lângă traumatismele acute, cercetările au demonstrat că violența în familie are diverse efecte adverse de lungă durată, cum ar fi: starea de sănătate precară, simptome psihosomatice, complicații obstetricale și ginecologice, tulburări de somn, inapetență, pierderi de memorie, amețeli, dureri de spate, dureri de stomac, cefalee [16, 17, 118, 140]. Cele mai frecvente probleme de sănătate mintală, legate de violența în familie, sunt depresia, anxietatea și stresul post-traumatic. H.P. Siltala (2020) [118], S. Bazargan-Hejazi (2014) [7], G. Dillon (2013) [31], K.L. Hegarty (2013) [49] adaugă că tulburările psihice cauzate de actele de violență domestică sunt exprimate prin sentimente de teamă, dezgust, tristețe profundă, stimă de sine scăzută și alte simptome depresive. Mai mult, studiile arată că victimele violenței domestice sunt expuse unui risc crescut de boli fizice și psihice cronice, dependență de droguri, criză economică, exclusiune socială și victimizare ulterioară [107, 119]. Violența în familie poate fi considerată în calitate de factor determinant al suicidului și a consumului de substanțe interzise. Acest fapt este confirmat și de unele studii ce reiterează că rata de suicid și de abuz de substanțe interzise este mai mare în rândul victi-

melor violenței în familie decât în populația generală [9, 31, 118, 140]. Potrivit unui studiu realizat în Carolina de Nord [63], condus de cercetători de la UNC Gillings School of Global Public Health și Injury Prevention Research Center (IPRC), violența împotriva partenerului intim reprezintă un precursor pentru 6,1% din toate cazurile de suicid. Conform datelor MAI [85], anual, în Republica Moldova sunt înregistrate circa 5 cazuri de suicid determinate de violența în familie.

În abordarea pacienților cu afecțiuni psihice determinate de actele de violență în familie, un aspect important reprezintă referirea corectă a acestora. 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 [44].

#### **f. documentarea actului medical și referirea**

Documentarea actului medical reprezintă una dintre componentele esențiale ale actului medical, iar medicii au obligația profesională să înregistreze toate elementele intervenției medicale. Documentația medicală este unica sursă de informații obiective cu privire la pacient, cursul procesului diagnostico-curativ, particularitățile manifestării și evoluției procesului patologic sau traumatic [93]. Rezultatele examinării victimei se înscriu într-un document medical (*Fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu (Formular nr. 025/e)*, *Fișa medicală a bolnavului de staționar (Formular nr. 003/e)*, *Fișa de solicitare AMU (Formular nr.110/e) etc.*), în funcție de etapa și tipul ajutorului medical acordat [96].

Pentru persoanele victime ale diverselor forme de agresiune, inclusiv cele produse în cadrul familiei, documentele medicale sunt adesea unicele surse ce conțin informații despre consecințele violenței și au o valoare probatorie înaltă pentru incriminarea acțiunilor făptuitorului. Cu toate acestea, în *Programul național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027* [106] este subliniat că sistemul de sănătate nu posedă suficiente capacități de documentare și referire a cazurilor de violență față de femei și violență în familie. În cazurile expertizelor medico-legale efectuate în baza documentelor medicale o deosebită impor-

tanță o are descrierea corectă și deplină a caracterului morfologic al leziunilor corporale și argumentarea diagnosticului prin date obiective clinice și paraclinice concludente. Descrierea incompletă a caracterului morfologic al leziunilor corporale nu va permite medicului legist soluționarea obiectivelor expertizei medico-legale privind condițiile apariției traumei (timpul, mecanismul, obiectul vulnerant etc.), fapt ce va face imposibilă confirmarea prin probe obiective a circumstanțelor invocate de către victimă [89].

Documentația medicală include toată informația despre victimă, inclusiv informația demografică (de ex., nume, prenume, vârstă, sex), consimțământul informat obținut, anamneza vieții, condițiile traumatizării, acuzele, rezultatele examenului fizic, leziunile corporale, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, diagnosticul maladiei/traumei, evoluția procesului patologic, tactica de tratament, medicamentele oferite sau prescrise, informațiile oferite victimei și referirea ei către alte servicii [96].

Descrierea leziunilor externe prevede indicarea obligatorie a următoarelor caracteristici: localizarea exactă a leziunii (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, coraportul cu punctele anatomice de reper); tipul leziunii (echimoză, excoriație, plagă etc.); forma leziunii (se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată se indică că este de formă neregulată); orientarea leziunii față de linia mediană a corpului (organului, osului); dimensiunile leziunii (lungimea, lățimea și separat profunzimea) în centimetri; culoarea leziunii și a regiunilor adiacente; caracterul suprafeței leziunii (relieful, culoarea, prezența și nivelul crustei excoriației în raport cu tegumentele intacte); caracterul marginilor, capetelor, pereților și fundului plăgilor; prezența sau absența hemoragiei și gradul acesteia, a semnelor de regenerare a leziunilor; prezența depunerilor sau impurităților eterogene (fungine, lubrifianți, rugină, fragmente de stofă, cioburi de sticlă ș.a.) pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei; starea țesuturilor adiacente (edemațiate, hiperemiate, impurificate etc.). Totodată, în scopul identificării agentului traumatic se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant. La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor lor morfologice prin expresii generale sau diagnostice (de ex., contuzie a țesuturilor moi, plagă tăiată/contuză etc.) [96].

Persoanele care au fost expuse actelor de violență domestică au necesități multiple și complexe, precum îngrijiri medicale, consiliere psihologică, asistență socială, protecție din partea organelor de drept, suport juridic și acomodare în condiții sigure. Personalul medical este de cele mai multe ori punctul de intrare al victimelor în sfera serviciilor sociale din care cauză acești specialiști au o poziție strategică pentru identificarea cazurilor. Însă, este imposibil ca victima să beneficieze de întreg spectrul de servicii de care are nevoie într-o singură instituție medico-sanitară. De aceea, pentru un răspuns profesional eficient și asigurarea tuturor nevoilor victimelor violenței în familie, este necesară o cooperare intersectorială și dezvoltarea unui sistem de referire a victimelor către diferite instituții și autorități. Referirea reprezintă un pas important în gestionarea cazului de violență în familie. Sistemul de referire a victimelor violenței în familie cuprinde un spectru larg de diferite autorități, instituții și servicii guvernamentale și neguvernamentale cu atribuții de prevenire și combatere a violenței în familie, cum sunt serviciile generale de asistență (medicală și socială), centrele și adăposturile pentru femei, centrele de asistență pentru cazurile de agresiune sexuală, liniile de asistență telefonică pentru femei, poliția și sistemul judiciar [96].

Conform prevederilor legislației naționale [56, 73], personalul medical este obligat să raporteze cazul la organele teritoriale ale poliției în următoarele situații: copii-victime ale oricăror forme de violență - fără acordul acestora; acte de violență în familie care pun în pericol viața sau sănătatea victimei ori existența pericolului iminent de a se produce asemenea acte de violență - fără acordul victimei; persoane cu leziuni corporale medii sau grave provocate ca urmare a unei infracțiuni asupra lor - fără acordul victimei; la cererea expresă a victimei.

### 1.3. Principiile de identificare a victimelor

O provocare majoră în identificarea cazurilor de violență domestică este determinată de caracterul său distinct față de alte tipuri de agresiuni din perspectiva nivelului de vizibilitate. De obicei, familia menține o aparență de normalitate în societate, iar agresiunile se petrec *în spatele cortinei*, cu acordul tacit al tuturor. Mai mult, uneori însuși victima nu admite nici față de propria persoană că este supusă unui abuz, mai ales

dacă acesta este de natură psihologică [95]. Acest aspect al caracterului umbrit al violenței în familie poate explica de ce instituțiile și profesioniștii întâmpină dificultăți în identificarea și intervenția promptă la asemenea cazuri.

Un instrument esențial pentru facilitarea identificării victimelor violenței în familie este studierea și dezvoltarea unui profil social. Înțelegerea profilului social al victimelor violenței în familie presupune analiza aspectelor precum starea civilă, situația economică, nivelul educațional, accesul la resurse sociale și de sprijin, apartenența etnică sau culturală, vârsta și genul. Profilul socio-demografic al victimelor violenței în familie poate varia în funcție de mai mulți factori, inclusiv regiunea geografică, cultura, nivelul socio-economic și alți factori locali. Cu toate acestea, există anumite tendințe generale și caracteristici care pot fi identificate în ceea ce privește victimele violenței domestice.

Astfel, studiind profilul victimei, H.P. Siltala și coautorii (2020) [118] concluzionează că victimele violenței în familie sunt cel mai probabil femei și sunt semnificativ mai în vârstă decât alte grupuri de victime. Acest fapt este confirmat și de O. Isăilă și coautorii (2022) [61], care realizând o analiză comparativă a vârstei victimelor violenței domestice și non-domestice, a constatat o diferență de vârstă în favoarea femeilor abuzate în mediul familial ( $40,9 \pm 15,4$  vs  $37,3 \pm 14,8$  ani, respectiv). Vârsta de 18-49 ani în calitate de factor de risc este confirmată și de F.O. Benebo și coautorii (2018) [8], M. Cárdenas-Castro și coautorii (2023) [15] și N. Kalra cu coautorii săi (2021) [65].

Predominarea absolută a femeilor în calitate de victime este confirmată și de D. Afandi și coautorii (2017) [1], fiind specificat și intervalul de vârstă de 21-40 ani, cu o mediană de 31 ani. Aceiași autori subliniază că majoritatea victimelor sunt casnice, neangajate în câmpul muncii. Un studiu similar realizat de S.A. Mussabekova și coautorii (2024) [82], bazat pe studiul rapoartelor medico-legale privind persoanele ce au suferit în urma violenței în familie, subliniază că victima este o femeie de vârstă mijlocie (30-49 de ani), aptă de muncă, preponderent din mediul urban. Aceiași autori constată că victimele violenței domestice sunt în mare parte femei cu un nivel scăzut de educație, șomere, având unul sau mai mulți copii, dependente economic de soțul lor, cu o stimă de sine scăzută și lipsite de

cunoștințe juridice. Cu toate acestea, potrivit lui M. Hameed și coautorii (2020) [47], amploarea violenței domestice în zonele rurale este adesea disproporționat de mare, fiind considerată parte integrantă a relațiilor familiale și conjugale.

Referitor la adresarea pentru asistență medicală, A. Boyle (2004) [12] a observat o diferență semnificativă în ceea ce privește partea zilei în care femeile s-au prezentat pentru a fi tratate în urma unei agresiuni în comparație cu cele ce s-au adresat cu leziuni produse în alte circumstanțe, femeile agresate fiind mai predispuse să se prezinte după ora 18:00 și înainte de ora 6:00.

O altă cale eficientă de identificare a cazului de violență în familie este analiza minuțioasă a indicilor comportamentali și/sau semnelor și simptomelor ce indică asupra posibilei violențe în familie, și care includ:

### **1) observații comportamentale ale victimei**

Observațiile comportamentale sunt repercusiunile violenței psihologice, frecvent întâlnită atât ca formă individuală, cât și în asociere cu celelalte forme de violență. Studiile [4, 103, 127, 142] sugerează că violența, în special cea cu caracter cronic, poate determina modificarea trăsăturilor psihologice de personalitate, cum ar fi creșterea agresivității, depresia, neîncrederea, tendința de retragere și izolare, integrarea socială deficitară. Printre simptomele violenței psihologice se enumeră și tulburări instinctiv-subiective (sentimente de neliniște, neputință, irascibilitate, descurajare, lipsă de calm, de bucuria vieții, cefalee, surmenaj, insomnie, frică, frustrare), simptome de inhibiție și tristețe (anxietate, greutate sufletească, elemente de auto-agresiune cu gânduri suicidale, depresie marcată, dereglări emoționale sub formă de râs, plâns, gândire încetinită, lentă, mimică încordată, frunte încrêțită) și simptome de protecție (victima simte nevoia de protecție, de sprijin, de înțelegere; caută susținere din partea rudelor, ajutor medical; nu poate singură să-și stăpânească suferința, să fie activă, puternică) [88, 90, 96, 121].

Pe lângă simptomele clinice ale violenței psihologice, profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să fie conștienți și de anumite tipuri de comportamente observate la pacientele de sex feminin asociate violenței în familie. Acestea includ programări frecvente la medic pentru simpto-

me vagi; leziuni corporale inconsistente cu explicațiile victimei; ascunderea leziunilor și minimalizarea lor; divergențele dintre originea leziunilor și explicațiile victimei; reticența de comunicare în prezența partenerului; frica victimei față de partenerul sau adultul ce o însoțește; nerespectarea tratamentului prescris; ratarea frecventă a programărilor la medic; părăsirea prematură a staționarului în care este internată [96, 121].

## **2) observații comportamentale ale agresorului**

Comportamentul partenerului sau al agresorului poate indica, de asemenea, că victima este supusă violenței din partea lui. Posibilele manifestări comportamentale ale partenerului/agresorului includ: este agresiv sau dominant, vorbește în locul femeii, refuză să părăsească încăperea la cerința medicilor, se prezintă în mod inutil împreună cu victima; deseori neagă sau minimizează leziunile aplicate; manifestă o gelozie sau pasivitate exagerată [96, 121].

În vederea identificării mai facile a abuzatorului, autorii E. Esbec și E. Echeburua (2010) [34] au identificat și au propus portretul psihosocial al agresorului familial. Astfel, după părerea acestora, partenerul intim violent este un bărbat sub 35 de ani, o persoană introvertă și distantă, cu un număr mic de prieteni, deseori e singur, pedant și timid, posedă o experiență de câteva relații heterosexuale, ușor excitabil, preferă să fie singur, pseudointelectual, atras de arme și literatură violentă, bine educat, posedă maniere, aparent e calm, organizat, foarte rar consumă băuturi alcoolice sau fumează, egocentric, narcisic, hipohondric, preferă să umilească pe cineva în prezența altor persoane, îi place să-i pedepsească pe subalterni, primește plăcere și se amuză de la suferința fizică și psihică a altor persoane.

## **3) consecințe medicale ale violenței în familie**

Pe lângă semnele violenței psihologice, identificarea posibilei victime a violenței în familie poate avea loc inclusiv în baza traumelor și unor stări clinice, precum: consecințele medicale specifice fiecărei forme de violență; simptomele maladiilor cronice ale tractului gastro-intestinal (sindromul colonului iritat), uro-genital (urinare frecventă, infecții renale cronice); tulburările sistemului reproductiv (sarcini nedorite frecvente,

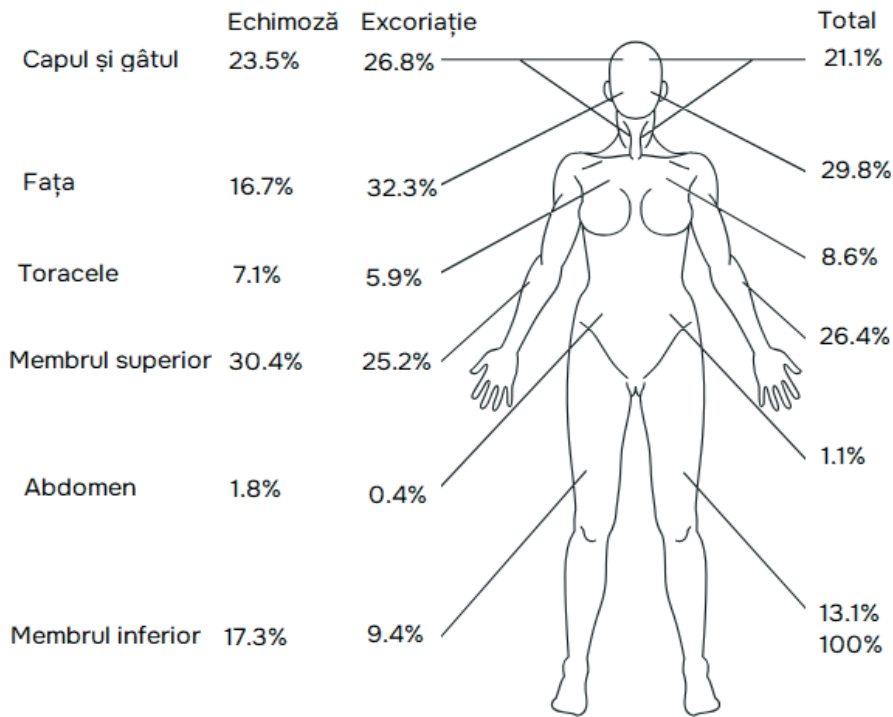


adresare tardivă, complicații postpartum, sângerări vaginale, ITS, dureri pelviene inexplicabile, disfuncții sexuale); probleme la nivelul sistemului nervos central (cefalee persistentă, probleme cognitive, diminuarea auzului) [96, 121].

Unul dintre rolurile primordiale ale sistemului de sănătate în general, și al medicinei legale în particular, constă în obiectivarea abuzului fizic prin examinarea leziunilor traumatice prezentate de victimă. Aceste leziuni pot reprezenta semne traumatice ale oricărei agresiuni fizice și nu oferă medicului indicii specifice pentru a confirma circumstanțele violenței în familie. Studiile efectuate în timp pentru identificarea aspectelor traumatice ce ar putea sugera producerea acestora în contextul violenței în familie au dus la rezultate cu o sugestivitate relativă a fenomenului. Mai mult, U.J. Reijnders și M. Ceelen (2014) [108] și R.K. Yau și coautorii (2013) [150] demonstrează că leziunile fizice rezultate în urma violenței în familie nu sunt semnificativ diferite de cele suferite în alte condiții [118].

Cu toate acestea, în încercarea de a identifica un posibil tipar topografic cu o frecvență mai mare, există studii [1, 12, 29, 61, 82, 108] care susțin predominanța acestor leziuni la nivelul capului, feței, gâtului și membrilor superioare, și consideră această localizare drept un pattern lezional al violenței domestice.

Cercetarea efectuată de I. Contreras și coautorii (2019) [24] în rândul femeilor victime ale violenței domestice fizice a relevat o localizare predominantă a leziunilor la nivelul feței (55.4%), fiind reprezentate preponderent de echimoze. Rezultate asemănătoare au fost obținute și de D. Afandi și coautorii săi (2017) [1], ce au constatat dominarea leziunilor țesuturilor moi (echimoze, excoriații) localizate în peste 60% la nivelul feței. De aceeași părere este C. Park și coautorii săi (2018) [97], ale căror rezultate confirmă din nou predominarea localizării leziunilor țesuturilor moi la nivelul feței (Figura 2).



**Figura 2.** Localizarea topografică a leziunilor violenței domestice fizice (după C. Park et. al. (2018))

Cu toate acestea, analiza literaturii de specialitate a evidențiat și păreri diferite în acest sens printre cercetători. Astfel, O.M. Isăilă și coautorii (2022) [61] au realizat un studiu comparativ al leziunilor cauzate în circumstanțele violenței în familie și în alte heteroagresiuni, rezultatele cărora au evidențiat că localizarea leziunilor la nivelul extremității cefalice este mai frecventă în cazul actelor de violență întâlnite în alte contexte decât cele ale violenței domestice. Același studiu a constatat predominanța leziunilor traumatice consecințe ale violenței domestice la nivelul membrelor superioare, interpretate în calitate de leziuni de auto-apărare, apărute în urma tentativei victimei de a-și proteja fața cu mâinile și antebrățele. Cercetătorii S. Chattopadhyay și B. Sukul [19] au recunoscut, de asemenea, o astfel de localizare topografică a leziunilor ca un tipar al autoapărării în cazurile de agresiune interumană.

În calitate de indicatori ai violenței în familie, R. Thomas și coautorii (2021) [125], au considerat leziunile mâinii propriu-zise, fiind afectată în special partea medială și degetele acesteia, cu o preponderență semnificativă a fracturilor osoase în aceste zone. Același ordine de idei este susținută și de B. Khurana și coautorii săi (2022) [67], ce au studiat probabilitatea apariției fracturilor în diverse heteroagresiuni și în circumstanțele violenței în familie, și au confirmat că probabilitatea de a cauzare a fracturilor degetelor mâinii și humerusului este mai mare în contextul traumelor asociate violenței domestice. Studiul corelației dintre existența fracturilor și abuzul domestic fizic, realizat de A. Porter și coautorii (2019) [105], a evidențiat că fracturile oaselor faciale au fost mai des întâlnite în rândul populației tinere (18-39 ani), în timp ce fracturile costale sau femurale au fost mai frecvente la persoanele cu vârsta peste 60 de ani. Totodată, este important să menționăm că violența domestică este, adesea, asociată cu lezarea nu doar a structurilor externe ale corpului, ci și cu afectarea organelor interne, ce pot determina consecințe grave asupra sănătății fizice și psihice a victimelor. Astfel, un studiu realizat G. Ziemann și coautorii (2016) [153] a subliniat că trauma cranio-cerebrală este o consecință frecventă a violenței în familie, deseori subraportată, neinvestigată și nediagnosticată de către personalul medical, care în timp poate fi asociată cu consecințe grave pe termen lung, inclusiv repercusiuni fizice, comportamentale și cognitive.

Un element crucial în probarea violenței în familie îl reprezintă obiectivarea leziunilor corporale suferite de victimă. Leziunile corporale pot fi obiectivate clinic, prin examinare medico-legală sau medicală de rutină, fiind consemnat detaliat tabloul lezional de pe suprafața corpului persoanei, cu caracteristicile morfologice și topografice. Chiar dacă victimele violenței în familie sunt adesea reticente în a dezvălui adevăratele circumstanțe ale producerii traumatismului, profesioniștii din domeniul medical trebuie să fie familiarizați cu acele caracteristici morfologice și topografice asociate abuzului domestic, contribuind astfel la identificarea și abordarea precoce a cazurilor de violență domestică.

#### 1.4. Examinarea medico-legală a victimelor

O importantă sursă de probe judiciare în toate infracțiunile îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții, inclusiv cele consumate în mediul familial, este expertiza medico-legală. Urmarind scopul de a garanta o abordare uniformă și eficientă, Centrul de Medicină Legală a standardizat la nivel instituțional răspunsul medicilor pentru cele mai vulnerabile categorii, precum femeile și copiii. Astfel, din anul 2021 intervenția medico-legală pentru victimele violenței domestice este reglementată de *Instrucțiunea privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor* [88]. Copiii-victime sunt deosebit de vulnerabili și trebuie abordați într-o manieră deosebită, motiv pentru care intervenția medico-legală în cazul lor a fost reglementată prin intermediul procedurii operaționale - *Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale*, utilizată și în calitate de ghid metodic și didactic în scopuri educaționale [94].

Serviciile medico-legale sunt prestate de Centrul de Medicină Legală în cadrul subdiviziunilor sale teritoriale amplasate în centrele raionale și municipii. Fiecare subdiviziune este pusă în serviciul inspectoratelor de poliție, procuraturilor, instanțelor de judecată și populației din unitatea teritorial-administrativă respectivă. Scopul cercetărilor medico-legale este documentarea consecințelor actelor violente și colectarea dovezilor biologice ce vor fi utilizate în calitate de probe care ar putea dovedi sau infirma o legătură între persoane și/sau între persoane și locuri sau obiecte și, în așa mod, vor permite incriminarea acțiunilor făptuitorului. Competența cercetărilor medico-legale se rezumă la explicarea fenomenelor de natură medicală și biologică pentru scopuri judiciare. Conform Codului de Procedură Penală al Republicii Moldova [21] o expertiză medico-legală judiciară este dispusă de către organele de urmărire penală (ofițer de urmărire penală, procuror) sau instanțele de judecată în cadrul unui proces judiciar (penal, contravențional, civil). Totodată, orice persoană fizică poate solicita în baza cererii proprii și a unui act oficial de identitate (certificat de naștere (pentru copii), buletin de identitate, pașaport, permis de conducere) o expertiză medico-legală extrajudiciară [74]. O expertiza medico-legală se desfășoară în baza examenului persoanei, cât și în baza studiului documentației medicale. În cazurile expertizelor medico-legale efectuate în baza

documentelor medicale o importanță deosebită o are descrierea corectă și deplină a caracterului morfologic al leziunilor corporale și argumentarea diagnosticului prin date obiective clinice și paraclinice concludente, sarcini ce revin personalului medical [54]. Descrierea incompletă a caracterului morfologic al leziunilor corporale nu-i va permite medicului legist să atingă obiectivele expertizei medico-legale privind condițiile apariției traumei (timpul, mecanismul, obiectul vulnerant ș.a.), fapt ce va face imposibilă confirmarea prin probe obiective și cu suficient substrat științific a circumstanțelor invocate de către victimă. De menționat că diagnosticele clinice vizând traumele neconfirmate prin date obiective nu sunt supuse calificării medico-legale în calitate de leziuni, din care cauză agresorii nu pot fi trași la răspundere juridică pentru prejudiciile cauzate. În ambele situații organele de drept și instanțele de judecată ajung în imposibilitatea întreprinderii măsurilor împotriva autorilor agresiunii și realizării dreptului victimei la o justiție echitabilă. Examinarea medico-legală se efectuează, de regulă, în incinta secțiilor medico-legale teritoriale în cadrul programului de activitate al acestora și trebuie să se desfășoare cât mai curând posibil după traumatizare, pentru a nu pierde probele, mai cu seamă în cazurile violenței sexuale. Din această cauză, la solicitarea scrisă a ordonatorului, examinarea medico-legală a persoanei poate avea loc și în locul aflării acesteia (instituția medico-sanitară, instituțiile de detenție, instanța de judecată, domiciliul persoanei (ca excepție)). Examenul medico-legal al persoanelor poate fi efectuat și în afara programului de activitate al secției medico-legale în cazurile de agresiuni cu caracter sexual (în termen de cel mult 7 zile de la incident), precum și în alte cazuri când există pericolul de dispariție a unor mijloace de probă sau de schimbare a unor situații de fapt. Intervenția medico-legală în cazurile de violență în familie are la bază aceleași principii directorii ca și răspunsul sistemului sănătății și include aceleași elemente de bază:

1. identificarea victimei violenței în familie;
2. acordarea primului ajutor medical (la necesitate);
3. efectuarea examenului medico-legal, inclusiv documentarea;
4. evaluarea riscurilor;
5. raportarea cazului la organele poliției și referirea victimei [88].

Convenția de la Istanbul (2011) [123] solicită statelor-părți să asigure sprijin pentru victimele violenței în familie, în special al violenței sexuale (art. 25), prin înființarea centrelor specializate în care victimele să beneficieze de examinare medicală și medico-legală, asistență post-traumatică și consiliere. În această privință, Guvernul Republicii Moldova a aprobat în anul 2019 *Regulamentul-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Centrului regional de asistență integrată a copiilor victime/martori ai infracțiunilor* [55] în baza căruia în anul 2022 și-a început activitatea primul centru specializat regional de tip Barnahus în orașul Bălți, menit să acopere prin serviciile sale regiunile din nordul țării. Scopul urmărit prin fondarea Centrului a fost de a oferi copilului asistență specializată, care să asigure prevenirea revictimizării și/sau retraumatizării acestuia în procesul de colectare a probelor în cauzele penale. În cadrul acestui Centru copiii beneficiază de asistență pentru asigurarea protecției copilului în situație de risc, asistență psihologică în criză, audiere în condiții speciale, examinare medicală și medico-legală și asistență juridică. De asemenea, relativ recent, în anul 2023 Guvernul a aprobat *Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului integrat regional pentru victimele violenței sexuale* [53]. Serviciul este de tip regional, a fost fondat cu suportul UN Women Moldova în mun. Ungheni, este destinat victimelor adulte și acoperă prin serviciile sale 6 unități administrativ-teritoriale din regiunea nord-vest a țării. În cadrul instituției se acordă servicii ce cuprind examinarea medicală specializată, examinarea medico-legală, prelevarea de probe biologice, colectarea materialului necesar pentru diagnosticul bolilor cu transmisie sexuală, eventual sarcină sau prescrierea contracepției de urgență, asistență juridică, asistență psihoemoțională de urgență, asistență socială, consiliere psihologică, audiere și alte acțiuni procesuale. În același an, a fost aprobat *Regulamentul-cadru cu privire la activitatea Centrului de Justiție Familială al Poliției* [52]. Centrul este destinat să asigure un răspuns intersectorial prompt la cazurile de violență față de victimele adulte, centrat pe necesitățile acestora, prin oferirea serviciilor de asistență specializată (medicală, medico-legală, socială), protecție și accesul la justiție prin prestarea serviciilor integrate sub același acoperiș.

Centrul de Medicină Legală are încheiate acorduri de colaborare cu toate aceste servicii, iar examenul medico-legal de rând cu cel medical se desfășoară în incinta acestora.



## CAPITOLUL II

# METODOLOGIA STUDIULUI

## 2.1. Problema și ipoteza studiului

Violența în familie și în bază de gen reprezintă o problemă de sănătate publică și medicii trebuie să posede cunoștințe și abilități specifice în vederea asigurării unui răspuns adecvat. În ciuda progreselor înregistrate la nivel național în acest domeniu, în Planul de acțiuni al Consiliului Europei pentru Republica Moldova 2021-2024 se subliniază îngrijorările Comitetului ONU pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor cu privire la prevalența violenței domestice și capacitatea redusă a sectorului sănătății de identificare a leziunilor caracteristice violenței domestice, în special a actelor de violență repetată. În această privință, algoritmul din standardele internaționale și cele naționale privind intervenția instituțiilor medico-sanitare și medico-legale la cazurile de violență în familie prevede identificarea victimelor violenței domestice în calitate de prim pas în oferirea unui răspuns adecvat. Însă, pentru realizarea acestui deziderat profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să cunoască semnele specifice sugestive violenței în familie, inclusiv particularitățile leziunilor corporale. În acest sens, serviciul de medicină legală dispune de un fond informațional important referitor la particularitățile leziunilor depistate la victimele violenței domestice, care poate fi științific analizat în vederea constatării unui pattern al acestor leziuni și a profilului social al victimei. Oferirea către profesioniști a acestor instrumente ar facilita procesul de identificare a victimelor chiar și atunci când asemenea cazuri nu sunt reclamate.

## 2.2. Descrierea și scopul studiului

Cercetarea a fost realizată în cadrul Catedrei de medicină legală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și reprezintă o analiză detaliată a rapoartelor de expertiză și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale. Studiul este de tip cantitativ, observațional, retrospectiv, descriptiv, iar conform



volumului eșantionului – selectiv. Obiectivul general al studiului a constat în identificarea profilului victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice neletale pentru oferirea acestor date în calitate de instrumente menite să consolideze capacitatea medicilor clinicieni și legiști de identificare a victimelor adulte.

Studiul a fost avizat pozitiv la ședința Comitetului de Etică al Școlii doctorale în domeniul Științe medicale a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (Proces verbal nr. 3 din 18.05.2023).

### 2.3. Volumul eșantionului și sfera de cuprindere

Drept colectivitate statistică generală (N) au fost considerate 21200 de victime ale violenței domestice fizice examinate în cadrul subdiviziunilor teritoriale ale Centrului de Medicină Legală în perioada anilor 2018-2022 (Rapoartele anuale de activitate ale Centrului de Medicină Legală). Caracteristicile eșantionului au fost calculate ținându-se cont de faptul că acesta trebuie să reproducă la scară redusă structura totalității statistice.

Lotul de cercetare reprezentativ a fost calculat în Programul Epilnfo 7.2.3.1, compartimentul „StatCalc – Sample Size and Power” în baza următorilor parametri: intervalul de încredere pentru 95,0% de semnificație a rezultatelor, totalitatea statistică – 21200 de victime ale violenței domestice fizice, probabilitatea de apariție a fenomenului 50,0%. Mărimea lotului reprezentativ a constituit în urma calculului 754 de rapoarte medico-legale.

Ținând cont de faptul că rapoartele de expertiză și constatare medico-legală sunt examinate nemijlocit de către autorii studiului, probabilitatea de non-răspuns a fost exclusă. În scopul micșorării valorii erorii standard și creșterii exactității studiului, eșantionul dat a fost format din 801 de rapoarte de expertiză și constatare medico-legală.

Respectarea structurii colectivității statistice generale a fost asigurată prin stratificarea eșantionului după obiectul de cercetare al rapoartelor medico-legale (persoană sau documente medicale). În cadrul colectivității statistice generale calculate ponderea rapoartelor medico-legale privind persoanele a fost de 75,8%, iar în baza documentelor medicale – 24,2%. Astfel, numărul acestor categorii de rapoarte în eșantionul reprezentativ a fost estimat de cel puțin: rapoarte medico-legale privind persoanele – 572 și în baza documentelor medicale – 183.

Pentru obținerea unor rezultate fiabile, în protocolul studiului au fost definite criteriile de includere și excludere:

*Criterii de includere:*

- Rapoartele de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale.

*Criterii de excludere:*

- Rapoartele de expertiză/constatare medico-legală privind cadavrele victimelor violenței domestice fizice;
- Rapoartele de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală privind victimele minore ale violenței domestice fizice neletale;
- Rapoartele de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală a persoanei traumatizate în circumstanțe accidentale;
- Rapoartele de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală a persoanei victimă a violenței în alte circumstanțe decât cea domestică;
- Rapoartele de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală a persoanei victimă a violenței sexuale și privind stările sexuale contestabile;
- Rapoartele de expertiză/constatare medico-legală suplimentare și repetate efectuate în baza documentelor medicale.

Identificarea rapoartelor de expertiză judiciară, extrajudiciară și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale din arhiva Centrului de Medicină Legală a fost anticipată de analiza registrelor expertizelor (constatărilor) medico-legale privind persoanele, ceea ce a facilitat identificarea rapoartelor respective.

Expertizele repetate sau suplimentare, dispuse în cadrul aceluiași proces sau cauze penale, nu au fost considerate ca unități de observație separate în lotul de studiu, ceea ce a evitat dublarea observațiilor. Informațiile suplimentare obținute din aceste expertize (constatări) au fost incluse în chestionarul inițial elaborat în baza expertizei primare.

## 2.4. Instrumentul de cercetare

Pentru realizarea obiectivului înaintat în cadrul studiului, prin intermediul sistemului de gestiune a bazelor de date EpilInfo 7.2.3.1, a fost elaborat un instrument de colectare a informațiilor denumit *Chestionar de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional*.

Chestionarul de introducere a datelor a fost structurat în următoarele compartimente de bază: I) date de identificare a observației; II) date privind profilul social al victimei; III) date referitoare la circumstanțele agresării; IV) date privind factorii traumatici și V) date privind morfologia și localizarea leziunilor.

În compartimentul „*date de identificare a observației*” au fost incluși indicatori care fac posibilă identificarea observației pentru confirmarea veridicității datelor: numărul raportului de expertiză/constatare medico-legală, tipul raportului medico-legal (expertiză judiciară, expertiză extrajudiciară, constatare), data examinării. Compartimentul „*date privind profilul social al victimei*” include informații privind sexul persoanei examinate, vârsta, statul social, mediul de reședință și grupul de risc din care face parte – date utilizate pentru a elucidă aspectul social al profilului victimei. Rubrica „*date referitoare la circumstanțele agresării*” include informații privind statutul agresorului în raportul de relație cu victima, data și ora agresării, locul agresării, faptul adresării pentru asistență medicală și al spitalizării, atestarea violenței cronice. Compartimentul „*date privind factorii traumatici*” conține informații privind numărul leziunilor traumatice, tipul agresiunii, tipul factorului traumatic, inclusiv agentul vulnerant concret. Ultimul compartiment al chestionarului „*date privind morfologia și localizarea leziunilor*” presupune includerea informațiilor referitoare la tipul leziunilor constatate, localizarea și simetria acestora, vechimea leziunilor, existența unui pattern lezional și gradul de gravitate al vătămării corporale. Fiecare element al chestionarului a permis acumularea întregii informații la caz necesare pentru analiza și procesarea statistico-matematică ulterioară a datelor. Elementele chestionarului au fost analizate în calitate de criterii atât fiecare în parte, cât și comparativ între ele, fiind astfel posibilă demonstrarea existenței relațiilor de dependență dintre variabilele utilizate.

## 2.5. Organizarea cercetării

Studiul se limitează la colectarea și analiza datelor obținute prin metodologia de cercetare și se referă la constatarea profilului social al victimei adulte a violenței domestice fizice neletale și pattern-ului lezional. Colectarea datelor s-a realizat nemijlocit de către autorii studiului, prin cercetarea rapoartelor de expertiză și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței în familie din arhiva Centrului de Medicină Legală. Studiului au fost supuse expertizele și constatările efectuate în perioada anilor 2018-2023 în toate subdiviziunile Centrului de Medicină Legală. Colectarea mai facilă a datelor a fost asigurată prin utilizarea *Questionarului de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional*, elaborat și administrat în sistemului de gestiune a bazelor de date Epilnfo 7.2.3.1. Datele obținute au fost introduse într-o bază de date în programul Microsoft Excel 2019 și prelucrate în programul de analiză statistică și reprezentare grafică a datelor RStudio.

## 2.6. Limitele studiului

Cercetarea cantitativă se bazează pe măsurarea și analiza statistică a datelor, ceea ce permite o abordare mai obiectivă în studiul fenomenelor. Totuși, autorii admit existența unor factori ce pot influența obiectivitatea studiului. Deși eșantionul a fost calculat pentru a reflecta populația generală de victime ale violenței domestice, fiind un studiu selectiv, acesta nu cuprinde toate posibilele cazuri de violență domestică fizică neletală, limitând astfel reprezentativitatea rezultatelor pentru întreaga populație de victime. Mai mult, studiul se bazează exclusiv pe rapoarte de expertiză și constatare medico-legală, adică a cazurilor documentate, excluzând astfel victimele care nu au raportat asemenea cazuri și nu s-au adresat pentru intervenție medico-legală. Dat fiind caracterul său retrospectiv, plenitudinea datelor colectate a fost afectată de unele deficiențe documentare în rapoartele medico-legale.

## 2.7. Metodele de cercetare

Datele colectate au fost analizate prin intermediul următoarelor metode:

- eșantionare stratificată;
- matematică;
- comparativă;
- statistică;
- analitică.

Prin eșantionare stratificată a fost stabilită structura totalității statistice generale și obținută structura eșantionului (rapoarte medico-legale privind persoanele și în baza documentelor medicale), astfel încât acesta să o reflecte cât mai fidel pe cea a colectivității generale. Cu ajutorul metodei matematice au fost calculați indicatorii statistici necesari pentru analiza eșantionului dat precum rata, proporția, eroarea standard și media. Prin intermediul analizei comparative s-a efectuat o evaluare ce a inclus atât compararea datelor interne, cât și contrastarea acestora cu informațiile obținute în alte cercetări. Metoda statistică a fost utilizată întru analiza calitativă și cantitativă a indicatorilor eșantionului. Metoda analitică a permis cercetarea fenomenului prin descompunerea acestuia în părțile sale componente pentru o cercetare detaliată, sistematică și critică a datelor obținute și informațiilor disponibile întru înțelegerea și interpretarea mai profundă a subiectului de studiu.

## 2.8. Analiza statistică

Cercetarea a fost precedată de prelucrarea datelor obținute, incluzând analiza distribuției, identificarea și interpretarea valorilor lipsă, precum și normalizarea datelor la necesitate. Statisticile descriptive pentru datele continue au inclus estimarea indicatorilor tendinței centrale (media sau mediana), iar pentru datele ordinale sau nominale/dihotomice au fost prezentate frecvențele absolute și proporțiile. În toate cazurile a fost estimat intervalul de încredere (IC) de 95%, oferind informații suplimentare despre datele obținute.

Analiza datelor a fost realizată utilizând instrumentele de programare cu cod deschis RStudio (<https://www.rstudio.com/>) și Python (<https://www.python.org/>), ambele asigurând reproductibilitatea analizei statistice efectuate.



## CAPITOLUL III

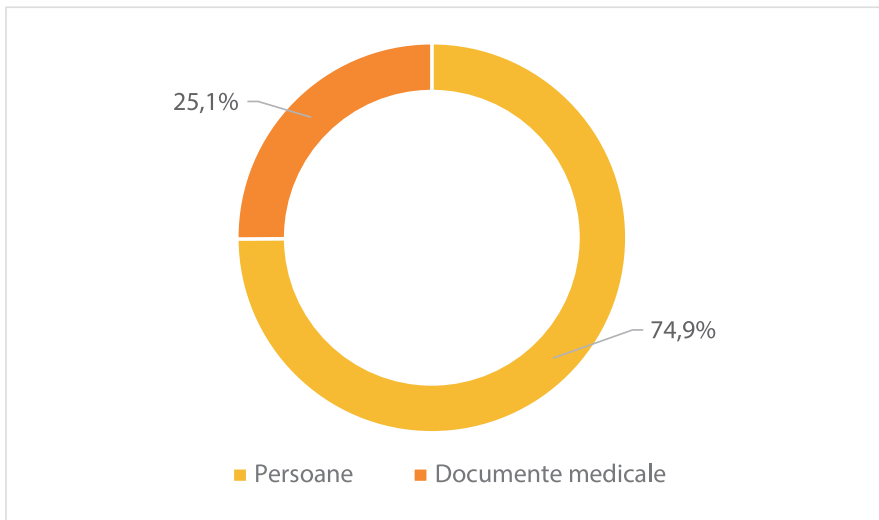
**PROFILUL SOCIAL AL  
VICTIMEI ADULTE ȘI  
PATTERN-UL LEZIONAL AL  
VIOLENȚEI ÎN FAMILIE**

Expertiza medico-legală este o importantă sursă de probe judiciare în cadrul proceselor de investigare a infracțiunilor și contravențiilor îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții, inclusiv cele consumate în mediul familial. Medicina legală are o practică bogată în examinarea victimelor violenței în familie în baza leziunilor corporale produse prin diferiți agenți traumatici. Datele medico-legale reprezintă o vastă sursă de informații practice, ce pot fi analizate din punct de vedere științific în vederea stabilirii profilului social al victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice. Aceste constatări pot fi utile medicilor legiști și clinicieni în calitate de instrumente pentru identificarea acestor categorii de victime, în special atunci când acestea sunt reticente în dezvăluirea informației necesare pentru a stabili circumstanțele de fapt pe caz.

Pornind de la acest concept, întru dezvoltarea profilului social al victimei adulte și pattern-ului lezional al violenței domestice fizice, a fost realizată analiza științifică detaliată a 801 rapoarte de constatare/expertiză medico-legală. Având în vedere că metodologia studiului implică exclusiv analiza cazurilor în care victimele au raportat abuzul și au fost examinate medico-legal, este important să subliniem că rezultatele obținute se referă doar la această categorie de victime.

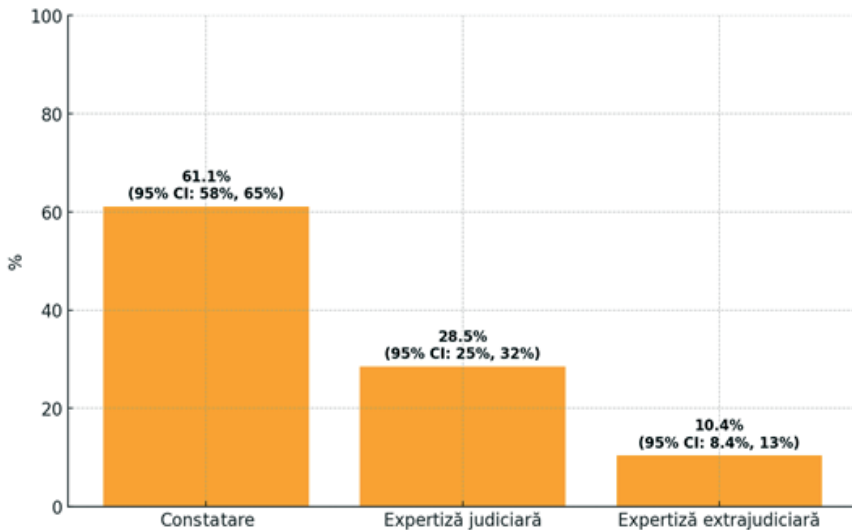
### **3.1. Caracteristicile obiectului de cercetare**

Eșantionul studiat a inclus rapoartele de expertiză și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale, examinate nemijlocit de medicul legist – 74,9% (600) (95% IC 72%, 78%) și în baza documentelor medicale prezentate – 25,1% (201) (95% IC 22%, 28%) (Figura 3).



**Figura 3.** Structura rapoartelor în funcție de obiectul cercetat, %

Din perspectiva tipului rapoartelor medico-legale studiate, majoritatea au fost rapoarte de constatare medico-legală – 61,1% (490) (95% IC 58%, 65%), urmate de rapoarte de expertiză judiciară – 28,5% (228) (95% IC 25%, 32%) și rapoarte de expertiză extrajudiciară – 10,4% (83) (95% IC 8,4%, 13%) (Figura 4).



**Figura 4.** Structura rapoartelor în funcție de tipul acestora, %



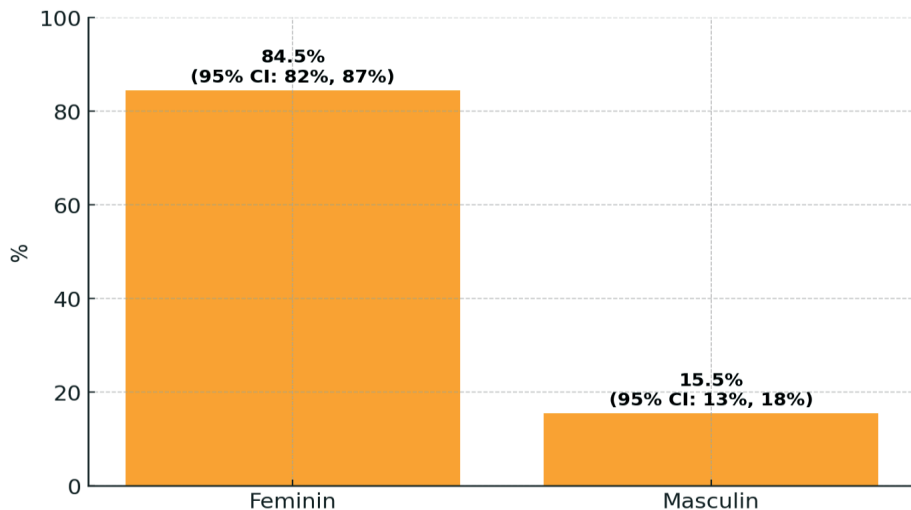
Rapoartele de constatare și expertiză judiciară medico-legală au fost realizate în cadrul unui proces judiciar în baza actelor de dispunere emise de către ordonator, iar cele de expertiză extrajudiciară au fost efectuate în temeiul unei cereri scrise a persoanei fizice în afara unui proces judiciar. Acțiunile procesuale de constatare și expertiză judiciară pot fi dispuse în diferite procese judiciare, precum contravențional, penal sau civil. În lotul de studii cercetat, constatările și expertizele judiciare medico-legale au fost dispuse exclusiv în cadrul procesului contravențional și penal. Nu au fost înregistrate expertize dispuse în cadrul procesului civil în temeiul încheierii judecătorești.

Potrivit Legii nr.68/2016 *cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar* [74] o expertiză extrajudiciară poate fi efectuată la solicitarea scrisă a unei persoane fizice sau juridice. De aceea, prezența rapoartelor de expertiză extrajudiciară în lotul de studiu sugerează că aproximativ una din zece victime ale violenței în familie manifestă o reticență referitoare la adresarea la organele de drept. Asemenea constatări sunt susținute și de alte surse [59, 112], care relevă că victimele preferă să acceseze servicii care nu sunt legate de sistemul justiției, optând în schimb pentru alte forme de suport și intervenție. Această preferință poate fi determinată de mai mulți factori, inclusiv teama de stigmatizare, lipsa de încredere în capacitatea sistemului de justiție de a le proteja sau de a le oferi sprijin adecvat, sau dorința de a menține confidențialitatea și controlul asupra situației lor. În lotul de studii nu au fost înregistrate cazuri privind solicitarea expertizei extrajudiciare de către persoane juridice.

### **3.2. Profilul social al victimei adulte a violenței în familie**

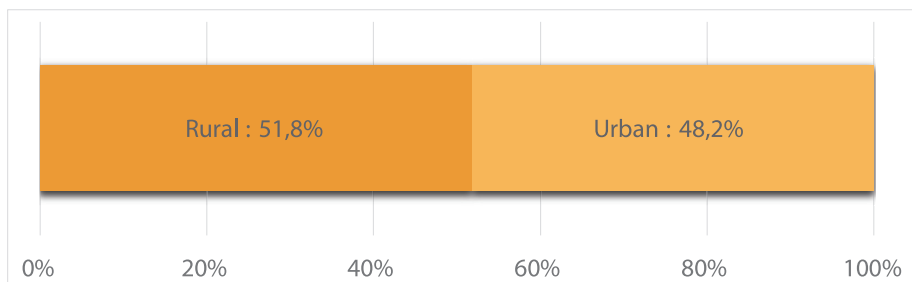
Un aspect important abordat în cadrul studiului a constituit colectarea datelor disponibile în rapoartele de expertiză/constatare medico-legală privind aspectele sociale ale vieții victimelor violenței în familie, precum sexul persoanei examinate, vârsta, statul social, mediul de reședință și grupul de risc din care ar putea face parte. Aceste informații au fost necesare pentru a elucida profilul social al unei victime adulte a violenței domestice ce a fost supusă examinării medico-legale.

Analiza efectuată relevă că marea majoritate a victimelor violenței domestice sunt de sex feminin – 84,5% (677) (95% IC 82%, 87%) și mai rar cele de sex masculin – 15,5% (124) (95% IC 13%, 18%) (Figura 5).



**Figura 5.** Structura victimelor în funcție de sex, %

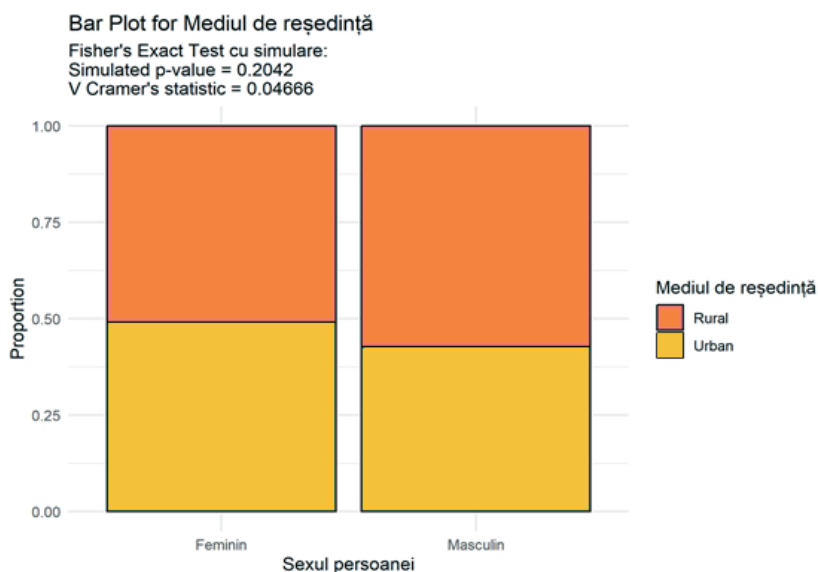
Această constatare confirmă o dată în plus rata mai mare de victimizare a femeilor în mediul familial în Republica Moldova [10, 85, 91], reflectând astfel o realitate preocupantă în ceea ce privește violența domestică în țară. Datele din lotul nostru de studii sunt comparabile cu cele ale MAI [85], potrivit cărora în peste 90,9% de cazuri victime ale violenței domestice au fost femei. Pe plan internațional, expunerea dominantă a femeilor și fetelor la abuzuri în mediul domestic este recunoscută atât de Convenția de la Istanbul (2011)[28], cât și de numeroase studii [16, 116, 138, 142, 144].



**Figura 6.** Structura victimelor în funcție de mediul de reședință, %

Analiza efectuată după mediul de reședință a victimelor a remarcat o repartizare aproape uniformă a cazurilor de violență în familie (rural –

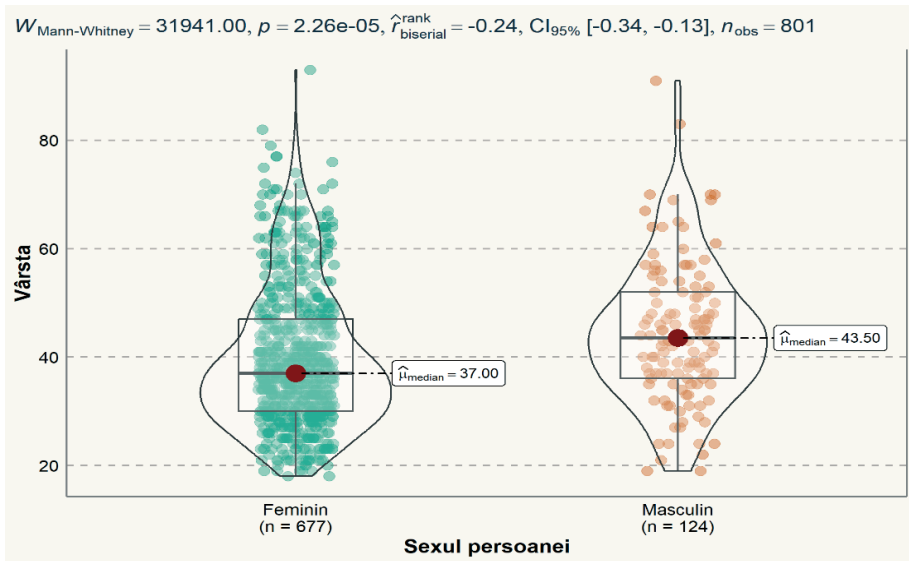
51,8% (95% IC 48%, 55%), urban – 48,2% (95% IC 45%, 52%)) (Figura 6). Studiul corelației dintre mediul de reședință și sexul victimei a relevat că bărbații din mediul rural sunt ușor mai susceptibili de a fi abuzați de un membru al familiei comparativ cu femeile, cu toate că rezultatele obținute nu pot fi considerate suficient de semnificative din punct de vedere statistic din cauza unei asocieri slabe (Fisher's Test p-value=0,2; V Cramer's statistic=0,04) (Figura 7). În plus, analiza corelației dintre mediul de reședință și alte caracteristici sociale ale victimei și morfologice ale leziunilor, cum ar fi vârsta, numărul leziunilor, ora agresiunii, accesul la asistență medicală și spitalizare, nu a relevat un grad de asociere statistic semnificativ. Astfel, chiar dacă există cercetări [100] ce constată o prevalență mai înaltă a cazurilor de abuz domestic în rândul femeilor din mediul rural, rezultatele obținute în lotul nostru de cercetare relevă că violența în familie în Republica Moldova în rândul victimelor dispuse să reclame abuzul nu este limitat la un anumit context geografic sau socio-economic.



**Figura 7.** Corelația dintre mediul de reședință și sexul persoanei

Este bine cunoscut faptul că vârsta victimei este unul dintre factorii de risc importanți pentru violența în familie (vezi Subcapitolul 1.1). Rezultatele studiului au evidențiat un diapazon larg de vârste ale victimelor cuprins între 18 și 93 de ani, mediana vârstei constituind 38 ani. În contextul acs-

tor date, este de subliniat că victimele de vârstă a treia întâmpină multiple bariere în accesarea diferitor servicii, inclusiv medicale și medico-legale, fapt subliniat și în Raportul pe țară al experților Comitetului GREVIO<sup>1</sup>. Totodată, studiul a ținut cont și de analiza dezagregată a vârstei în funcție de sexul victimei, care a decelat o diferență evidentă ( $p < 0,001$ ) de vârstă în cazul femeilor și bărbaților (Figura 8). Astfel, mediana (Mn) vârstei femeilor victime a fost de 37 ani, iar a bărbaților – de 43,5 ani.



**Figura 8.** Analiza dezagregată a vârstei victimelor în funcție de sexul acestora

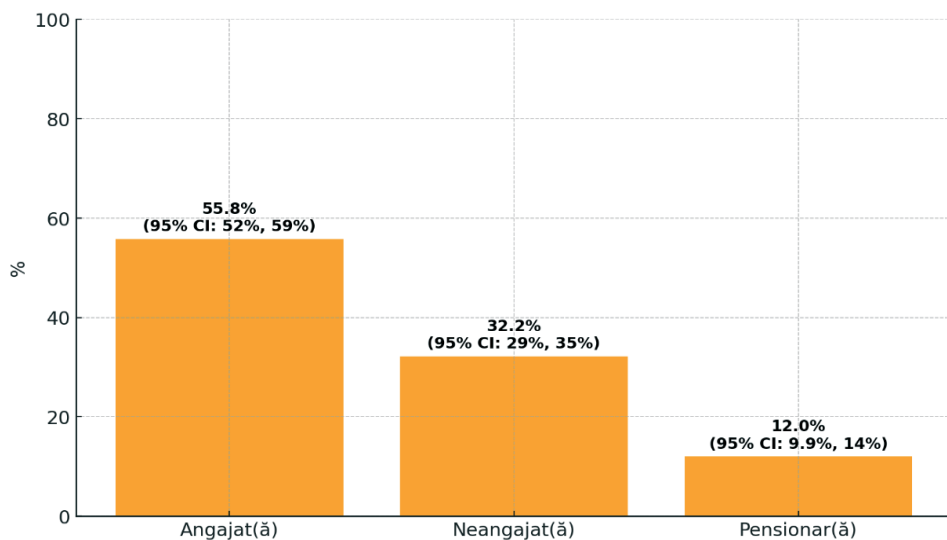
Cu toate acestea, există opinii diferite referitoare la vârsta victimelor violenței domestice. Astfel, A. Peterman și coautorii (2015) au constatat că vârstă medie al femeilor abuzate în context domestic este de 22,1 ani [101]. De asemenea, F.P. Rivara și coautorii (2009) [110] au identificat un interval al vârstei victimelor violenței în familie de 26-30 ani, considerând că odată cu înaintarea în vârstă riscul de abuz este în scădere.

Rezultatele cercetării sunt comparabile cu alte studii [1, 8, 15, 61, 65] realizate în afara țării, care evidențiază că victimele sunt cel mai expuse

<sup>1</sup> GREVIO este organismul independent de experți responsabil cu monitorizarea punerii în aplicare a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie

la gresiune în vârsta aptă de muncă. Acest fapt poate avea un impact negativ asupra perspectivei de dezvoltare profesională a persoanei abuzate și a bunăstării sale generale. Mai mult, din cauza violențelor fizice victima poate absenta deseori de la locul de muncă, temei pentru pierderea serviciului, ce la rândul său provoacă o dependența financiară a victimei față de agresor și o face mult mai vulnerabilă. De asemenea, consecințele se reflectă și asupra prosperității societății în ansamblu, fiind asociată cu o scădere a productivității în sectorul muncii, ceea ce nemijlocit afectează creșterea economică și bunăstarea acesteia. În final, pierderea locului de muncă exacerbează și mai mult inegalitatea de șanse dintre femei și bărbați și sporește prevalența violenței domestice.

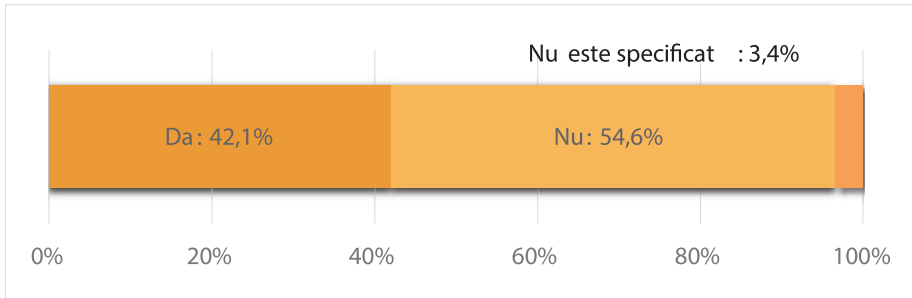
Aceeași ordine de idei este reflectată și în analiza statutului social al victimelor, conform căruia majoritatea celor examinate medico-legal (55,8%) (95% IC 52%, 59%) sunt angajate, rata celor neangajate (32,2%) (95% IC 29%, 35%) și mai ales a pensionarilor (12,0%) (95% IC 9,9%, 14%) fiind semnificativ mai mică (Figura 9).



**Figura 9.** Structura victimelor în funcție de statutul social, %

Chiar dacă este cunoscută asocierea violenței domestice cu impactul semnificativ al acesteia asupra stării de sănătate, studiul nostru a arătat că majoritatea victimelor (54,6%, 95% IC 51%, 58%) au fost reticente în a so-

licita asistență medicală (Figura 10). Această constatare poate fi explicată de diferiți factori, printre care stigma socială, frica de repercusiuni din partea agresorului sau îngrijorările legate de confidențialitate și siguranță în procesul de solicitare a ajutorului medical. De asemenea, lipsa de încredere în sistemul de sănătate și lipsa informațiilor despre resursele disponibile ar putea contribui la această reticență. Totodată, trebuie luat în considerare că marea majoritate a victimelor a prezentat o serie de leziuni minore, care adesea nu necesită tratament medical. Din același motiv, analiza ratei de spitalizare în rândul victimelor a relevat că majoritatea absolută (87,3%, 95% IC 85%, 89%) nu a fost internată într-o instituție medicală de tip staționar, probabil din lipsa de necesitate.

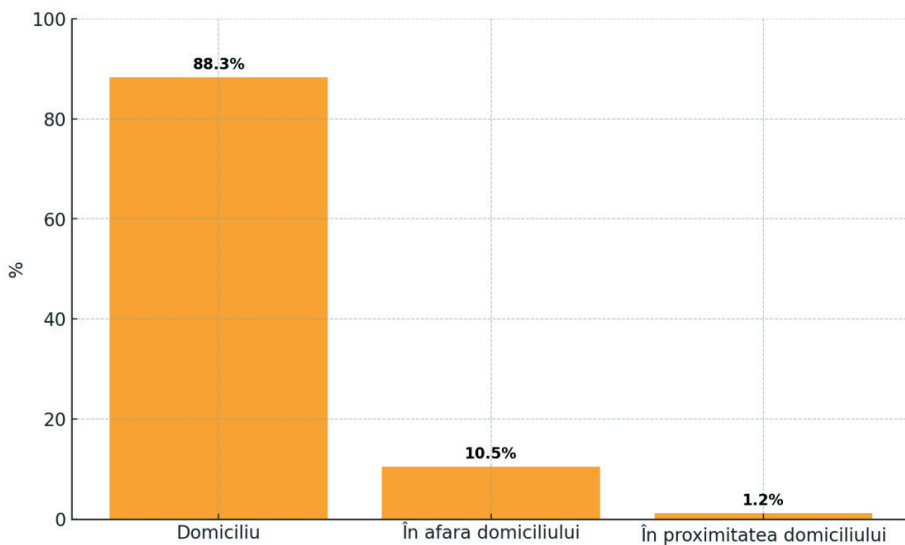


**Figura 10.** Rata de adresare a victimelor pentru asistență medicală, %

În prezentul studiu ne-am propus să abordăm datele privind existența unor factori de risc pentru subiecții examinați de a deveni victimă a violenței în familie, cum ar fi: sarcină, prezență a copiilor, vârstă înaintată a persoanei, dizabilitate psihică sau fizică, familie cultural mixtă, abuz de alcool și consum de substanțe psihoactive. Însă, am constatat că majoritatea (82,4%) medicilor legiști și clinicieni nu au precizat și nu au înregistrat în rapoartele de expertiză/constatare medico-legală și în documentele medicale detalii referitoare la prezența acestor factori de risc. În contextul expus, este de menționat că nici medicii legiști și nici clinicieni nu au această obligație expusă în protocoalele și procedurile ce reglementează intervenția lor profesională. Cu toate acestea, considerăm că ei ar trebui să fie conștienți de importanța obținerii acestor informații ce i-ar ajuta să identifice o potențială victimă a violenței domestice în baza acestor vulnerabilități.

### 3.3. Condițiile agresiunii în mediul familial

Luând în considerare că violența în familie este o infracțiune, iar orice infracțiune presupune existența *locului faptei*, reprezentat de locul unde a fost săvârșită acțiunea (inacțiunea) prejudiciabilă indiferent de timpul survenirii urmărilor [22], studiul a fost axat inclusiv și pe studierea spațiului în care o victimă este mai predispusă de a fi abuzată de către un membru al familiei sale. Prin urmare, rezultatele cercetării au evidențiat că majoritatea absolută (88,3%, 95% IC 86%, 90%) a victimelor au fost abuzate în propriul lor domiciliu (Figura 11), ceea ce subminează conceptul de domiciliu ca fiind un loc de siguranță pentru membrii unei familii. Totodată, această constatare subliniază impactul devastator al violenței în familie asupra sentimentului de securitate și intimitate în propriul cămin. Studiul a relevat că actele de violență domestică sunt săvârșite în afara domiciliului sau în proximitatea acestuia mult mai rar (10,5% și respectiv 1,2% din cazuri), și au inclus locuri precum stradă, parc, mașină, loc de muncă, centrul comercial, cafenea, curte, scara blocului. Astfel de locuri sunt de obicei spații publice, caracterizate de prezența martorilor, ceea ce probabil descurajează agresorul să recurgă la violență.

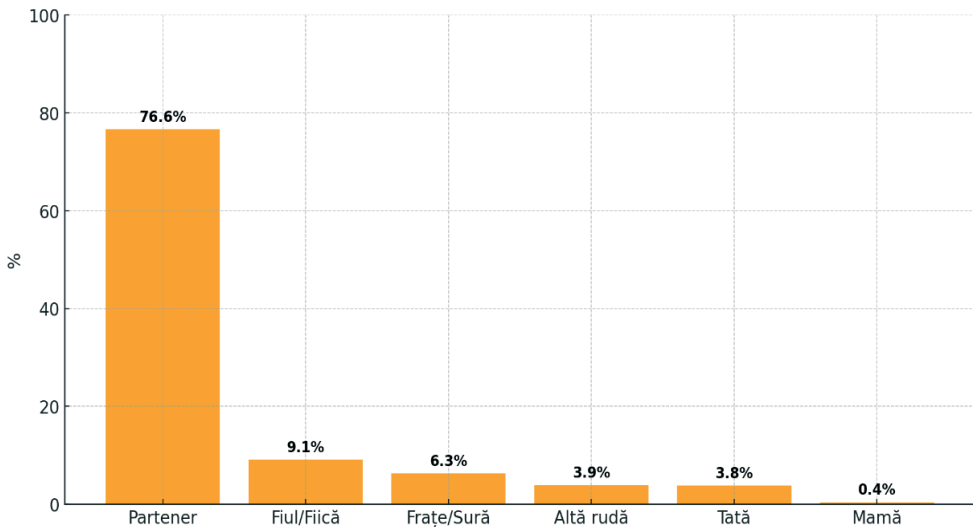


**Figura 11.** Structura cazurilor de violență domestică în funcție de locul agresiunii, %

Studiul personalității agresorilor este important pentru a înțelege amploarea și caracteristicile violenței domestice, informații ce pot fi utile pentru elaborarea politicilor și a intervențiilor eficiente de prevenire și protecție a victimelor. Partenerul intim, în calitate de principal agresor în mediul familial este recunoscut în rapoartele mai multor organisme internaționale în special Organizația Mondială a Sănătății (OMS) [142], Organizația Națiunilor Unite (ONU) [129] și Consiliul Europei [123], constatare confirmată și de prezenta cercetare. Astfel în 76,7% de observații în calitate de agresor a fost identificat partenerul de viață ce împărtășește o relație în cadrul căsătoriei (soț/soție) sau în afara ei (concubin(ă)). Suntem de părere că, partenerul intim în calitate de agresor subminează complet rolul său de sprijin, protecție și îngrijire, devenind astfel principala sursă de pericol și suferință pentru celălalt partener. Această schimbare a rolului poate distruge încrederea și siguranța victimei, iar ideea de a fi protejat și susținut în cadrul relației devine iluzorie și nerealizabilă.

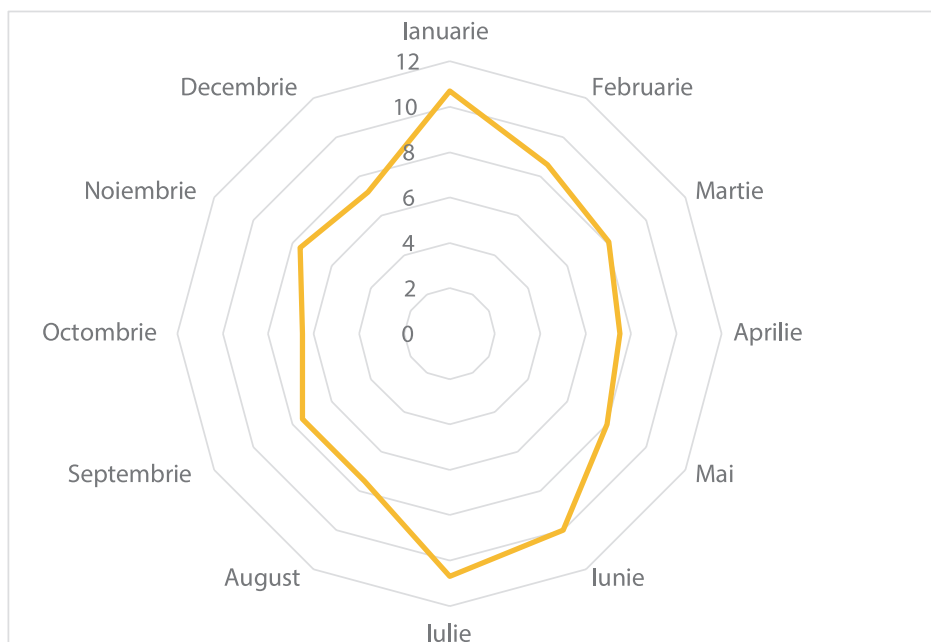
Conform legislațiilor internaționale [123] și naționale [73], violența în familie nu se limitează doar la unele relații intime, dar poate surveni și între părinți și copii, frați și surori, dar și apropiați de diferit grad de rudenie. Astfel, rolul de agresori a fost preluat în 9,1% dintre cazuri de copii, care au aplicat acest model violent de relaționare față de părinții săi, în mare parte fiind persoane deja în vârstă. Etiologia unor astfel de fapte poate fi diferită, cum ar fi expunerea în copilărie la violență în familie, modelele de comportament agresiv preluate din familia de origine, tulburările de comportament sau de sănătate mentală, etc. Actele de violență nu au fost orientate doar asupra părinților, dar și asupra fraților/surorilor în 6,3%. În circa 3,9% de cazuri, în calitate de agresor a fost identificată o altă rudă, în special nepoții, socrii, nurorile/ginerii și cumnații. În ceea ce privește violența împotriva copiilor, studiul a constatat că bărbații-tați (3,8%) sunt mai predispuși să comită abuzul decât femeile-mamă (0,4%) (Figura 12). Studiul corelației dintre agresor și sexul victimei a indicat că, deși atât femeile cât și bărbații sunt în principal agresați de partenerii lor de viață, totuși probabilitatea ca bărbații să fie agresați de copii și frați este semnificativ mai mare decât în cazul femeilor.





**Figura 12.** Structura agresiunilor violente în familie, %

Într-o dezvoltare a perioadelor de timp în care victimele sunt cel mai susceptibile de a fi abuzate, studiul a presupus inclusiv analiza circumstanțelor expuse în ordonanță/îndreptare, dar și cele invocate de victimă la colectarea anamnezei de către medicul-legist. Astfel, rezultatele cercetării au relevat că victimele adulte ale violenței domestice fizice sunt agresate preponderent în lunile Ianuarie (10,7%, 95% IC 8,7%, 13%), Iunie (10,0%, 95% IC 8%, 12%) și Iulie (10,7%, 95% IC 8,7%, 13%) cu o pondere relativ egală (Figura 13). Nu a fost observată o corelație statistic semnificativă între lunile agresiunii și sexul victimei.

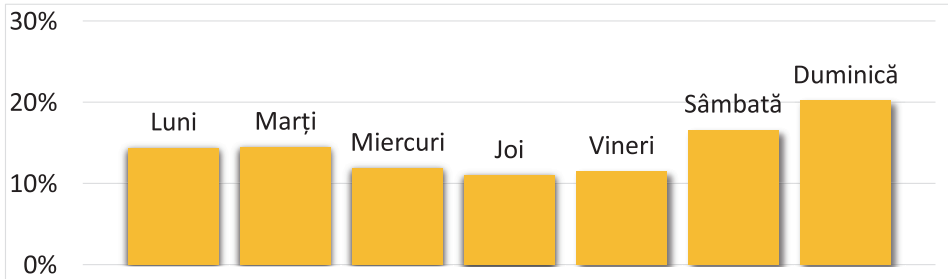


**Figura 13.** Distribuția cazurilor de violență în familie în funcție de luna agresării, %

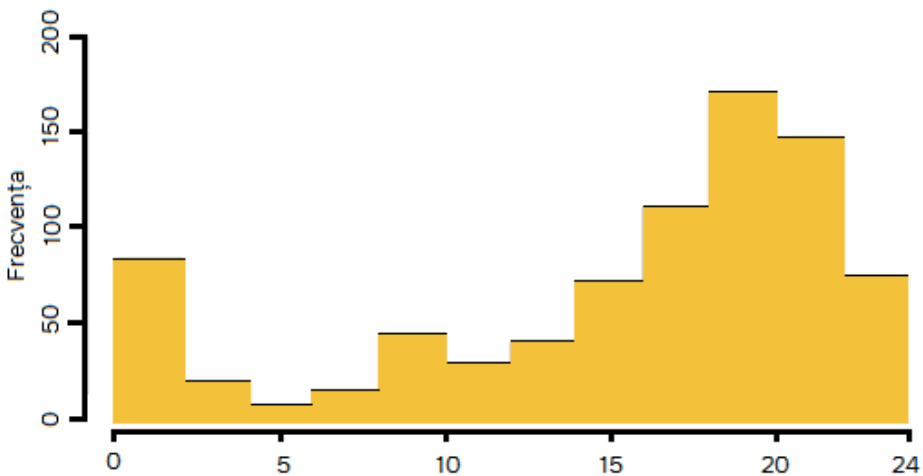
De asemenea, la examinarea circumstanțelor invocate de victimă o importanță deosebită a fost acordată zilei și orei în care acestea a suportat un abuz. Studiul corelației dintre momentul zilei când victima este mai predispusă la agresiune și sexul acesteia a evidențiat diferențe minore. Astfel, analiza distribuției cazurilor a arătat că victimele-femei au fost agresate preponderent în zilele de sâmbătă-duminică, în intervalul orelor 17-22 (Figura 14, 15). În cazul bărbaților-victimă, acest interval de timp este puțin mai extins, fiind cuprins între orele 17 și 23, ceea ce ar putea fi explicat prin statutul diferit al abuzatorilor victimelor-bărbați.

Aceste perioade de timp coincid cu momentele în care membrii familiei își petrec cel mai mult timp împreună, zilele de weekend și după orele de muncă. Această vulnerabilitate a fost demonstrată și de studiile recente [80, 132] realizate în perioada pandemiei determinate de virusul SARS-CoV-2, care au constatat o creștere spectaculoasă a cazurilor de violență în familie. Aceste studii au subliniat că, din cauza restricțiilor impuse în acea perioadă, victimele au fost forțate să petreacă mai mult timp acasă

cu ceilalți membri ai familiei, ceea ce a generat un context favorabil pentru sporirea numărului de cazuri.



**Figura 14.** Structura cazurilor de violență în familie în funcție de ziua agresiunii, %



**Figura 15.** Distribuția cazurilor în funcție de ora agresiunii

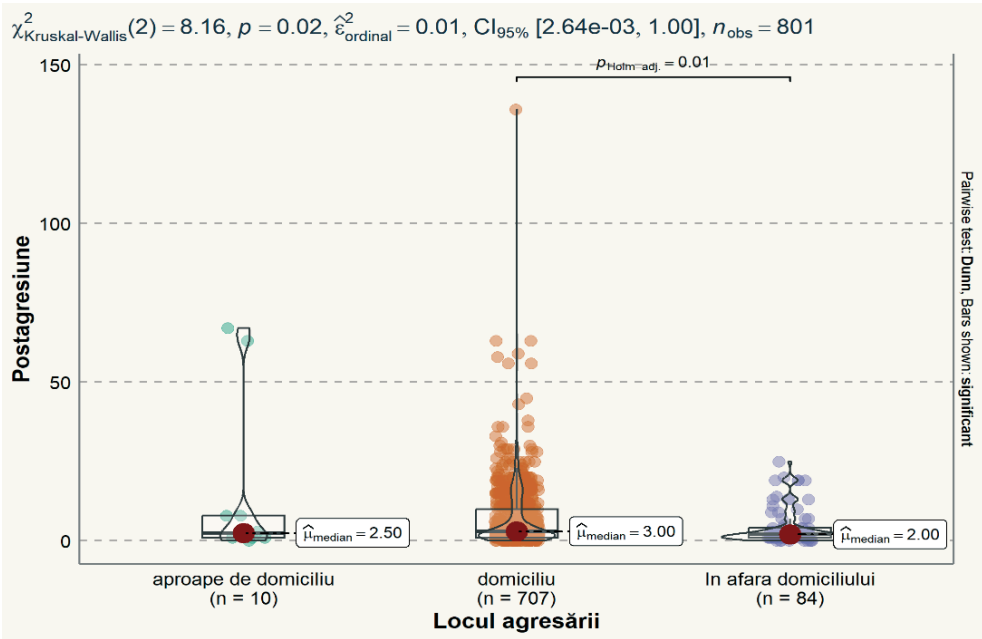
Unul dintre principiile directorii pe care este bazată intervenția medico-legală privind victimele violenței, este cel al promptitudinii, conform căruia orice întârziere nejustificată a intervenției medico-legale compromise obținerea dovezilor medicale și biologice, mai ales în cazurile de violență sexuală [88]. Adeseori, realizarea acestui principiu este, în mare măsură, influențată de însăși victimă, de operativitatea cu care aceasta apelează pentru a fi examinată și nu doar de profesioniștii medico-legali. Aceste reflecții ne-au îndemnat să aflăm perioada medie de timp în care au fost realizate intervențiile medico-legale, aceasta având

loc peste 6,8 zile (Me=6,8, 95% IC 6,1%, 7,5%). Totuși, ținând cont că în cadrul studiului au fost incluse atât lucrările medico-legale privind persoanele, cât și în baza documentelor medicale, ce presupun o durată mai îndelungată de acumulare a materialului primar (documentelor medicale) de către organele de drept, analiza perioadei postagresiune a fost realizată dezagregat în funcție de obiectul de cercetare al expertizei. Astfel, analiza aprofundată a scos în evidență că victimele adulte ale violenței în familie au solicitat examinarea medico-legală după doar 2,6 zile postagresiune, iar corelația acesteia cu mediul de reședință a arătat o adresare a victimelor din comunitățile rurale mai tardivă (2,9 zile) față de cele din mediile urbane (2,3 zile). Această situație de fapt și o îngrijorare a fost exprimată și de către experții Comitetului GREVIO în Raportul de evaluare a Republicii Moldova<sup>2</sup>, care în p. 149 au remarcat că unitățile Centrului de Medicină Legală ce asigură examinările medico-legale sunt adesea situate mai departe de zonele rurale, fiind asociate cu costuri și povară a călătoriei mai înalte, ceea ce prezintă obstacole în calea accesului femeilor la justiție.

Totodată, studiul a arătat că durata perioadei de timp în care victima solicită a fi examinată medico-legal depinde și de locul agresiunii, astfel că victimele ce sunt abuzate în afara domiciliului sunt mai prompte în acest sens. Această corelație este caracterizată prin existența unei semnificații statistice (Kruskal-Wallis,  $\chi^2= 8,16$ ,  $p=0.01$ ) (Figura 16) și ar putea fi determinată de o intervenție mai rapidă a poliției datorită desfășurării actului de violență în spațiul public.

---

<sup>2</sup> GREVIO Baseline Evaluation Report Republic of Moldova, pct.149, Online: <https://rm.coe.int/grevio-s-baseline-evaluation-report-on-legislative-and-other-measures-/1680ad46a1>



**Figura 16.** Corelația dintre locul agresiunii și perioada postagresiune

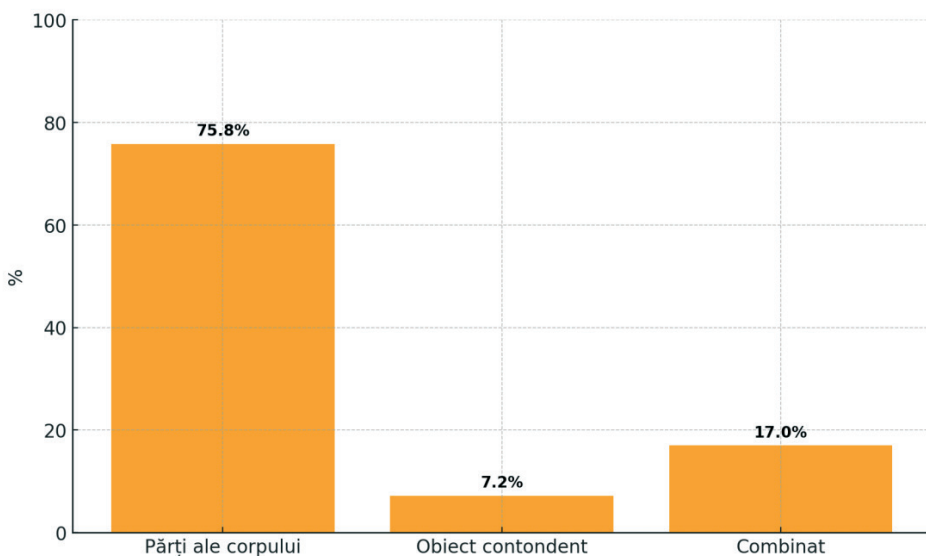
Astfel, analiza rezultatelor obținute a arătat că victima violenței în familie este preponderent o femeie cu vârsta de 37 ani ( $Mn=37$ ) afectată indiferent de mediul său de reședință, angajată în câmpul muncii, agresată preponderent de partenerul său de viață, la domiciliu, în lunile de ianuarie, iunie și iulie, sâmbătă și duminică, în intervalul orelor 17:00-22:00, ce solicită un examen medico-legal la 2,6 zile după săvârșirea faptei. Cunoașterea acestui profil social poate contribui semnificativ la creșterea capacității profesioniștilor medicali de identificare a cazurilor de violență în familie în care victima este reticentă în raportarea cazului, facilitând intervenția precoce și oferind suport adecvat pentru victime.

### 3.4. Pattern-ul lezional al violenței în familie la adulți

Violența fizică reprezintă cea mai vizibilă expresie a violenței în familie, caracterizată adesea prin prezența leziunilor corporale cauzate de agresor prin utilizarea diferitor mijloace traumatice. Scopul expertizei medico-legale este să ofere informații obiective despre aceste leziuni și modul lor de apariție, date utilizate ulterior în calitate de probe în cadrul proceselor

judiciare. Cele mai frecvente leziuni corporale înregistrate în practica medico-legală sunt cele produse de factorii traumatici mecanici, ce se deosebesc esențial prin specificul mecanismului de acțiune și prin caracterul leziunilor produse. Aceștia se clasifică în corpuri contondente, obiecte ascuțite și arme de foc [5].

În vederea identificării pattern-ului lezional al violenței în familie la adulți, au fost analizate atât particularităților lezionale topografice, morfologice, a gravității, precum și condițiile și factorii traumatici implicați în producerea acestora prin prisma conținutului rapoartelor de expertiză/constatare medico-legală.



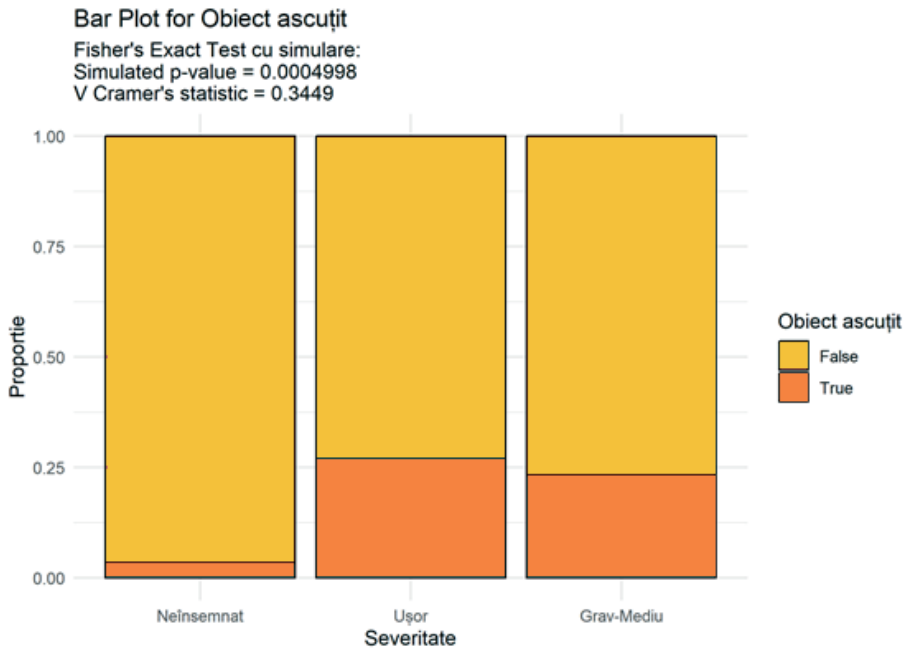
**Figura 17.** Tipul corpului contondent utilizat de agresor, %

Studiul factorilor traumatici utilizați de către agresori a arătat că în majoritatea covârșitoare a cazurilor de abuz analizate (92,1%, 95% IC 90%, 94%), aceștia recurg la utilizarea unui corp contondent în intenția de a provoca leziuni victimei. Rezultate similare au fost raportate și în alte studii similare [61, 117], care au evidențiat frecvența ridicată a utilizării corpurilor contondente în comiterea violenței fizice în cadrul abuzului domestic. Acest fapt poate fi ușor explicat prin disponibilitatea

lor, deoarece în calitate de corpuri contondente agresorii au utilizat cel mai frecvent părțile propriului corp (în 75,8% de cazuri analizate) sau obiecte casnice (7,2%) ușor accesibile în mediul în care se desfășoară actul violent. În circa 17% de cazuri s-a constatat folosirea combinată a acestora, ceea ce poate crește severitatea leziunilor cauzate victimelor (Figura 17).

Analiza mecanismului de producere a leziunilor corporale prin corpurile condontente relevă o asociere a mai multor mecanisme, printre care se numără: lovirea (85,8%, 95% IC 83%, 88%), împingerea (32,0%, 95% IC 29%, 35%), tragerea de membre (23,5%, 95% IC 19%, 25%), tragerea de păr (18,1%, 95% IC 16%, 21%) și comprimarea gâtului fără dezvoltarea asfixiei mecanice (15,1%, 95% IC 13%, 18%). Este de menționat că, comprimarea organelor gâtului cu mâna agresorului poate avea consecințe fatale în cazul dezvoltării asfixiei mecanice, motiv pentru care această acțiune este privită în calitate de un factor înalt de repetare sau escaladare a actului de violență.

La fel de grav este considerată și folosirea de către agresor a obiectelor ascuțite, circumstanță atestată în cadrul studiului în 11,1% (95% IC 9,1%, 14%) de observații. Printre acestea se enumeră: obiecte tăietoare (64,7%), înțepător-tăietoare (36,4%), înțepătoare (3,5%) și despicătoare (2,4%). În toate cazurile în care au fost înregistrate leziuni cauzate de obiecte ascuțite, actele de violență au avut loc la domiciliul victimei, cuțitul de bucătărie fiind folosit în majoritatea cazurilor. Utilizarea obiectelor ascuțite este corelată direct cu severitatea leziunilor și crește riscul de vătămare gravă sau chiar de deces, subliniind astfel gravitatea actului de agresiune ( $p < 0.001$ ) (Figura 18).

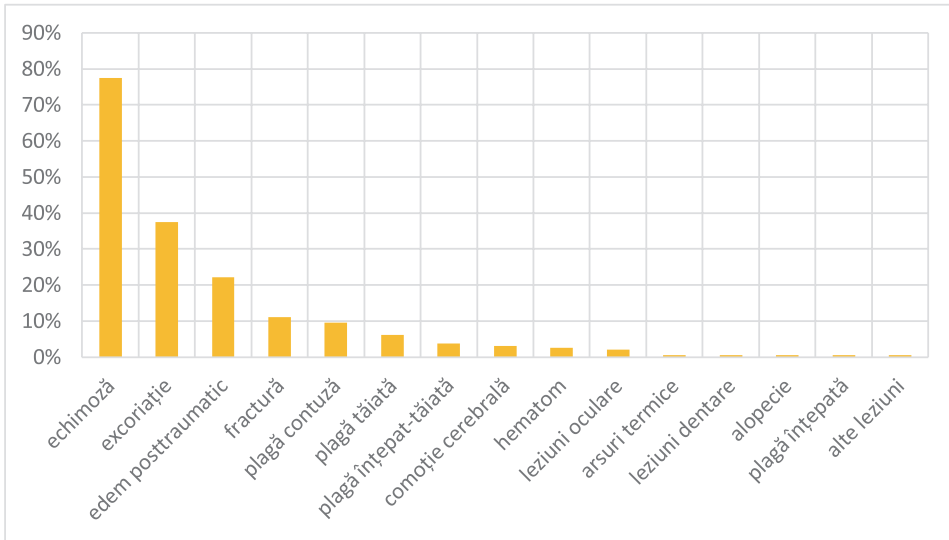


**Figura 18.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și utilizarea unui obiect ascuțit în actul agresiunii

Factorul termic a fost utilizat în cazuri unice (5 cazuri) în actele de violență fizică sub formă de flacără sau obiecte fierbinți, probabil din cauză că necesită o intenție și o pregătire prealabilă și, prin urmare, este mai puțin specifică violenței domestice. În cadrul prezentei cercetări nu s-a constatat niciun caz de utilizare a armelor de foc în actul agresiunii, fapt explicat probabil prin asocierea lor obișnuită cu consecințe letale, în timp ce studiul s-a axat exclusiv pe examinarea cazurilor nonletale.

Din perspectiva morfologiei s-a constatat că, cel mai frecvent au fost provocate leziuni ale țesuturilor moi reprezentate de echimoze (77,5%, 95% IC 74%, 80%), excoriații (37,0%, 95% IC 34%, 40%) și edem posttraumatic (22,2%, 95% IC 19%, 25%). Mult mai rar au fost identificate leziuni mai severe, cum ar fi plăgi (19,4%), leziuni osteo-articulare (11,0%) și viscerale (2,1%) (Figura 19). Calculul numărului leziunilor prezentate arată că pe corpul victimelor adulte ale violenței domestice au fost constatate în jur de 4 leziuni (Me=4).





**Figura 19.** Tipul leziunilor corporale constatate, %

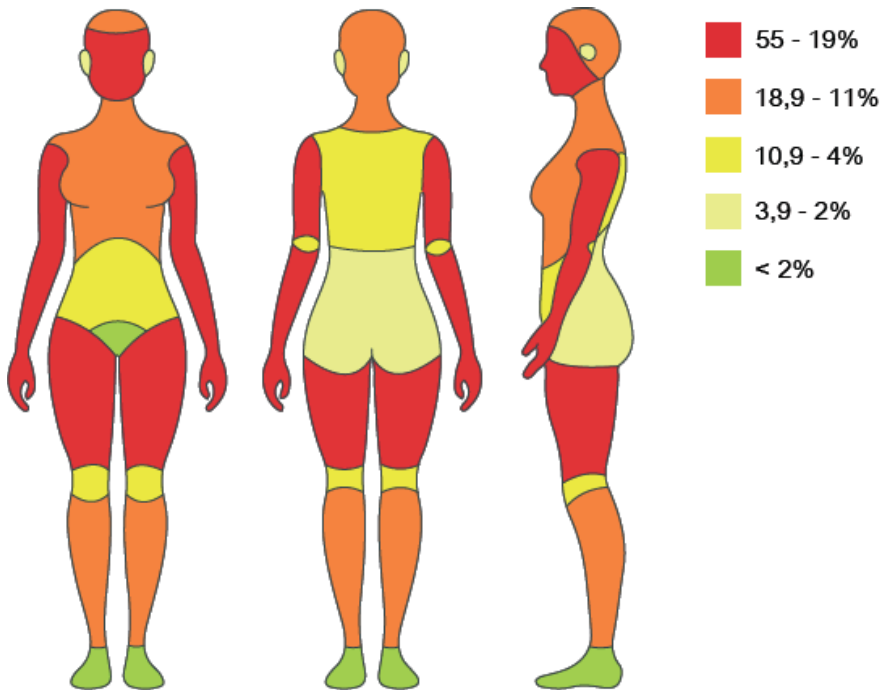
Studiul caracteristicilor topografice ale leziunilor a evidențiat o distribuție asimetrică și multipolară (53,9%) a acestora, caracterul unipolar fiind atestat doar în 36,7% (95% IC 33%, 40%) de cazuri, determinat în mare parte de existența doar a unei singure leziuni. Acest fapt exclude formarea leziunilor ca rezultat al căderii directe a victimei din poziție verticală, circumstanță invocată frecvent de victimele ce încearcă să ascundă adevăratele condiții de traumatizare.

Conform localizării anatomice, în majoritatea cazurilor (54,9%, 95% IC 51%, 58%), leziunile corporale au fost constatate la nivelul feței victimei. Această topografie poate fi argumentată prin faptul că extremitatea cefalică este una dintre cele mai expuse părți ale corpului uman, fiind totodată neacoperită de haine, ceea ce sporește șansele de a suferi leziuni în cazul unei agresiuni fizice. În opinia lui S. Dourado și coautorii (2015) [32], localizarea leziunilor la nivelul feței afectează onoarea și demnitatea victimei, afectându-i imaginea de sine, relațiile sociale și starea emoțională, ceea ce probabil urmărește agresorul.

Localizarea leziunilor la nivelul membrelor superioare, și anume a brațelor (38,1%, 95% IC 35%, 42%), antebrățelor (25,3%, 95% IC 22%, 29%) și mâinilor propriu-zise (19,2%, 95% IC 17%, 22%) ale victimei, s-a remar-

cat, de asemenea, printr-o frecvență înaltă în cazurile de violență în familie. Această distribuție a leziunilor poate fi explicată prin particularitățile anatomice ale acestor segmente ale corpului, care sunt accesibile pentru agresori în timpul unor acțiuni de apucare brutală sau de imobilizare, și sunt, de asemenea, implicate în reacțiile de autoapărare.

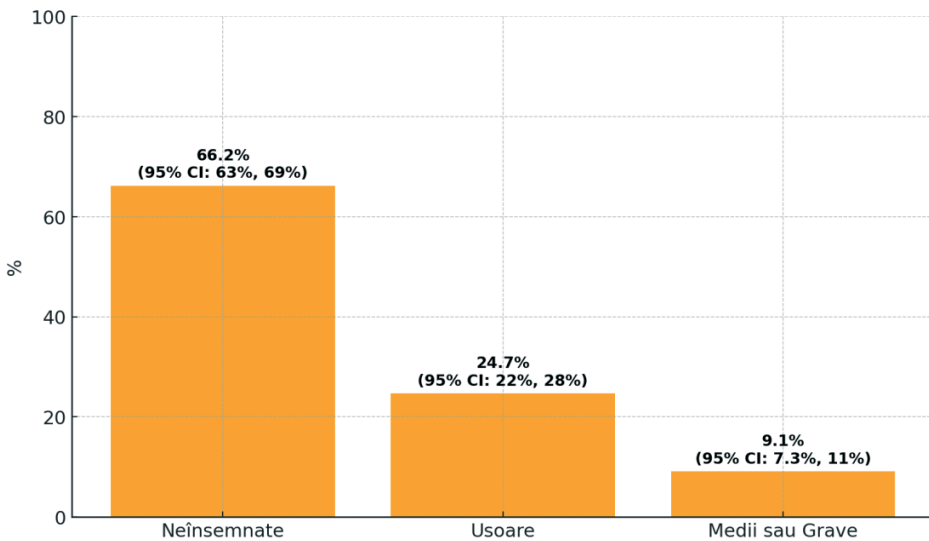
În ceea ce privește membrele inferioare, leziunile au fost cel mai frecvent localizate la nivelul coapselor (21,5%) și gambelor (14,5%), doar în cazuri unice la nivelul labei piciorului (1,1%). Leziunile de la nivelul toraceului anterior (15,4%) și părții piloase a capului (14,5%) au avut o distribuție aproape egală. De asemenea, este de remarcat localizarea leziunilor la nivelul gâtului în 11,7% de cazuri examinate, leziuni ce în mare parte sunt caracteristice tentativelor de asfixiere a victimelor. Semnificativ mai rar leziunile au avut drept sediu toracele posterior (7,4%), abdomenul (4,5%), articulațiile genunchiului (4,1%), regiunea lombară (3,7%), pavilioanele auriculare (3,4%), articulațiile cotului (3,4%), fesele (2,9%) și regiunea inghinală (0,5%) (Figura 20).



**Figura 20.** Reprezentarea grafică a distribuției leziunilor pe corpul victimei adulte a violenței în familie

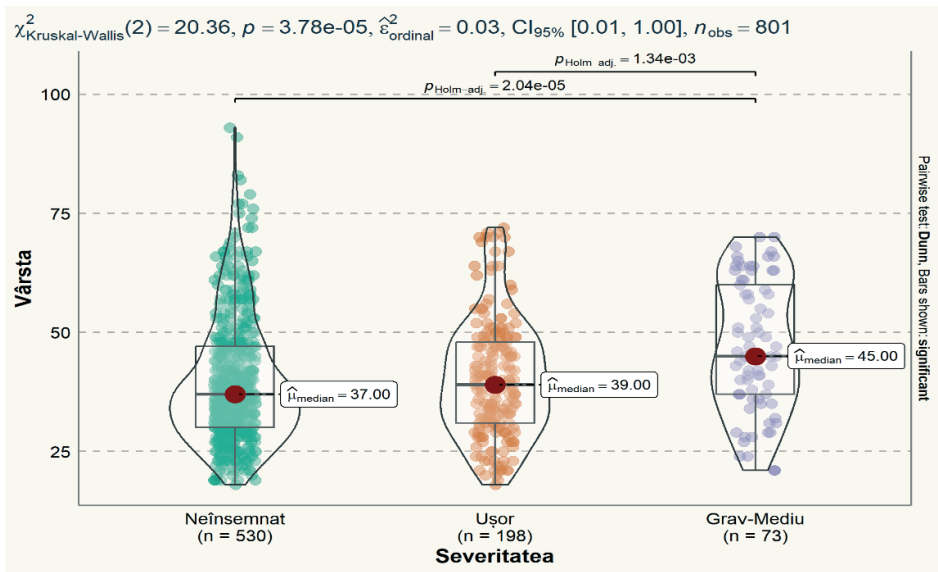
Rezultatele prezentului studiu sunt în consens cu cele ale unor altor cercetări similare [1, 12, 29, 61, 82, 108], care afirmă că localizarea leziunilor corporale la nivelul capului, feței, gâtului și membrilor superioare sunt caracteristice formei fizice a violenței domestice.

Scopul principal al examinării medico-legale a persoanelor vii este evaluarea medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau a sănătății. Prin vătămare a integrității corporale sau a sănătății se înțelege prejudiciu cauzat integrității corporale sau sănătății prin dereglarea integrității anatomice a organelor și țesuturilor sau a funcțiilor acestora, provocate de acțiunea diferiților agenți externi: mecanici, fizici, chimici, biologici, psihici [54]. Gravitatea vătămării corporale reflectă, de fapt, caracterul leziunilor constatate (echimoze, excoriații, edem postraumatic), din care cauză au predominat leziunile de o gravitate neînsemnată (66,2%, 95% IC 63%, 69%). Mai rar, în 24,7% (95% IC 22%, 28%) din cazuri, medicii legiști au atribuit leziunilor un grad ușor, majoritatea dintre ele fiind plăgi contuze, tăiate, fracturi ale oaselor nazale etc. Doar în circa 9,1% (95% IC 7,3%, 11%) leziunile s-au remarcat printr-o severitate mai înaltă, gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății fiind apreciată drept medie sau gravă (Figura 21).



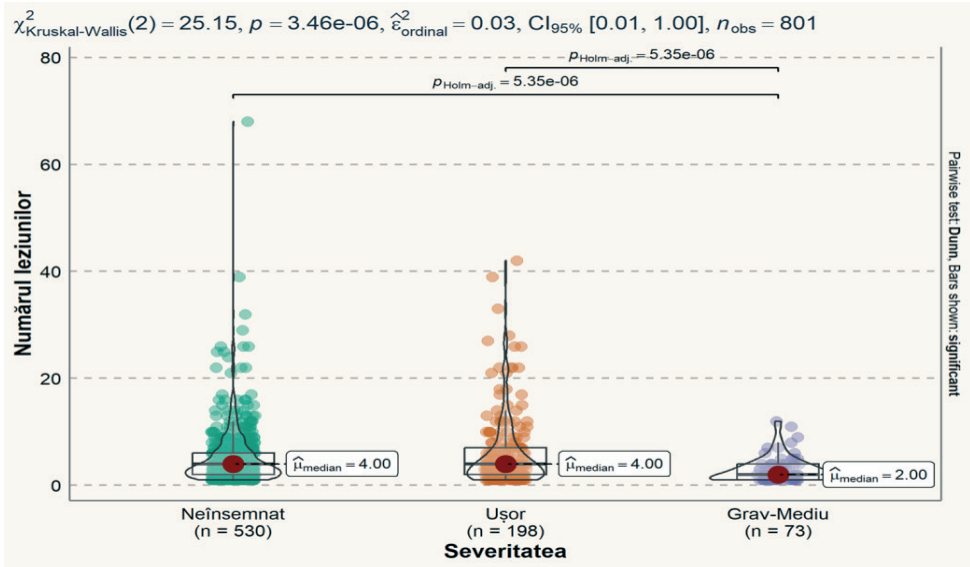
**Figura 21.** Structura leziunilor corporale după gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, %

Rezultatele analizei asocierii dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârstă victimelor, reflectă o corelație direct proporțională statistic semnificativă ( $p < 0.001$ ) ce arată că persoanele în vârstă sunt mai susceptibile de a suporta o vătămare corporală medie și gravă, fapt explicat de vulnerabilitatea înaltă a acestora (Figura 22). Această constatare confirmă repetat vârsta înaintată în calitate de factor de risc major pentru violența în familie.



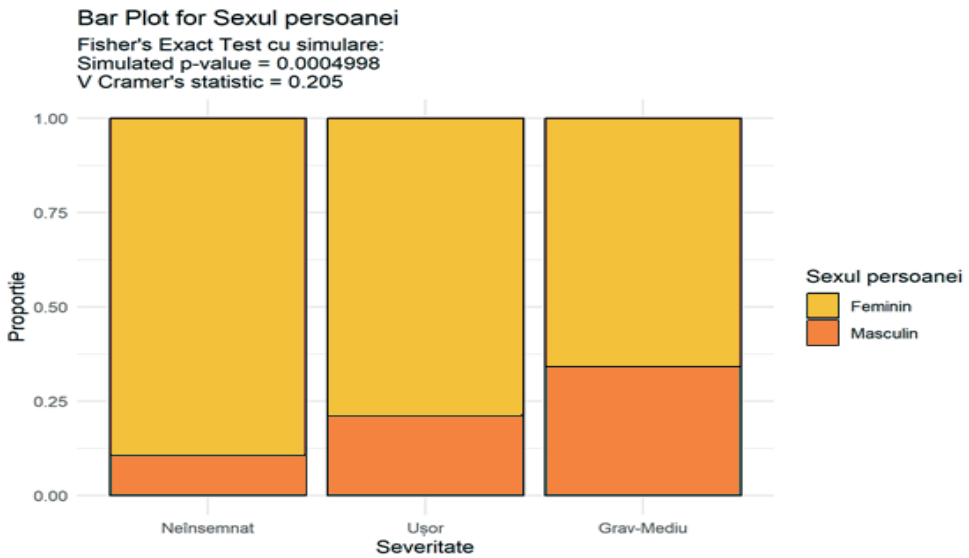
**Figura 22.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și vârsta victimei

De asemenea, s-a observat o semnificație statistică ( $p < 0.001$ ) în studiarea asocierii dintre gradul vătămării și numărul leziunilor constatate în timpul examinării medico-legale pe corpul victimelor. Această analiză a demonstrat că un număr mare de leziuni nu este neapărat un indicator al unei gravități mai mari a vătămării; dimpotrivă, gradul de vătămare mediu și grav este asociat, în general, cu un număr relativ mai mic de leziuni (Figura 23).



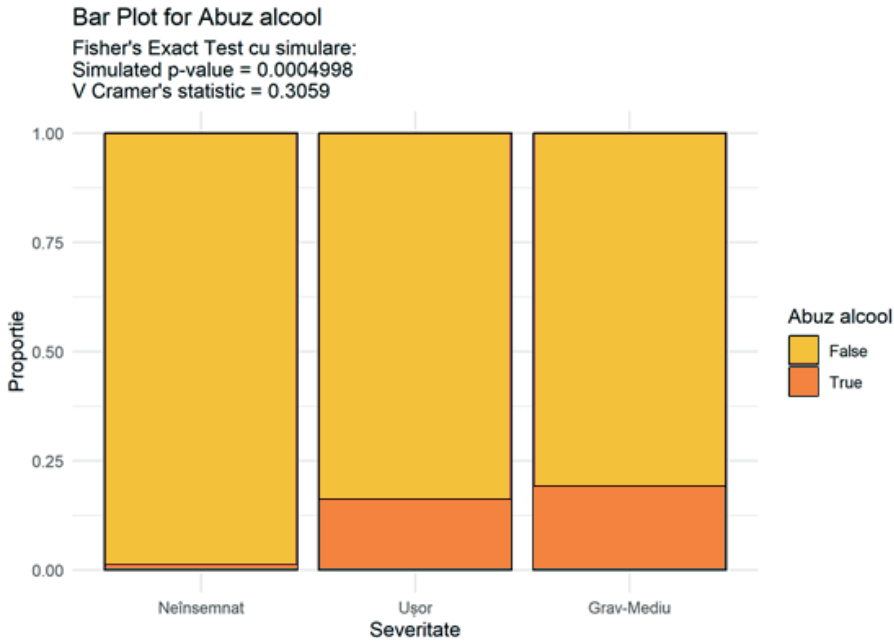
**Figura 23.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și numărul leziunilor

Totodată, a fost luată în considerare și corelația dintre sexul victimei și gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății, fiind constată o incidență mai înaltă a leziunilor mai severe în rândul bărbaților, fapt determinat probabil de statutul agresorilor diferit de cazul femeilor victime. Ținem să menționăm că această corelație este remarcată doar la nivel numeric și nu este caracterizată prin semnificație statistică (Figura 24).



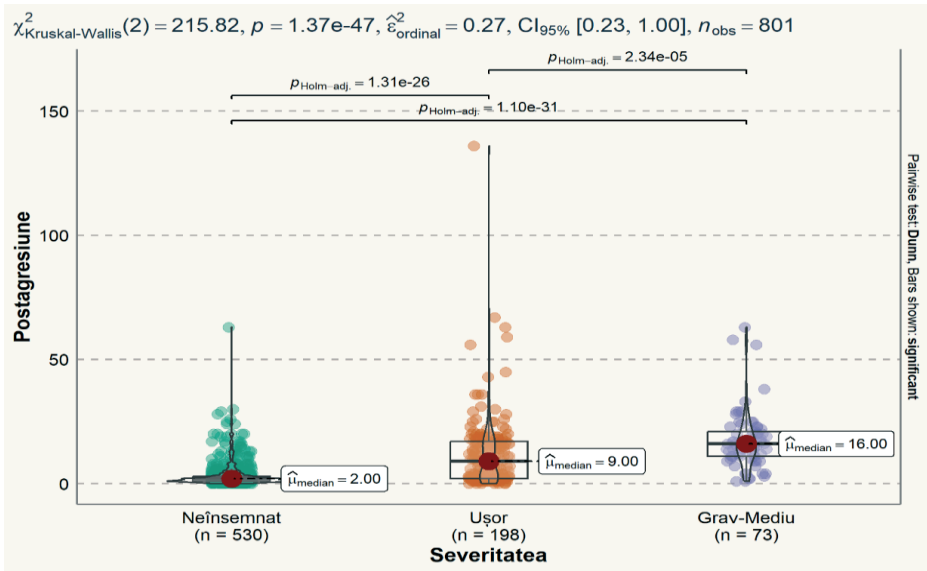
**Figura 24.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și sexul persoanei

O asemenea constatare este valabilă și în cazul corelației dintre gravitatea leziunilor și consumul de alcool, ce arată o creștere a severității gravității vătămării corporale pe fundalul consumului de alcool, ceea ce îl caracterizează în calitate de factor agravant al actelor de abuz domestic. Ținând cont că majoritatea rapoartelor de expertiză/constatare medico-legală nu au inclus informații despre existența acestui factor de risc, rezultatul nu poate fi, însă, considerat statistic semnificativ (Figura 25).



**Figura 25.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și consumul de alcool

În cadrul studiului a fost analizată și existența unei asocieri dintre gravitatea leziunilor corporale și perioada de timp după agresiune în care victima se adresează pentru a fi examinată medico-legal. Astfel, s-a constatat că victimele violenței domestice se prezintă pentru a fi examinate medico-legal la un interval mai mare de timp după agresiune atunci când leziunile sunt mai severe (Figura 26). Această constatare poate fi argumentată prin faptul că leziunile mai severe necesită în primul rând tratamentul acestora, iar accentul intervenției medicale este pus pe prioritizarea sănătății și vieții pacientului. Prin urmare, având în vedere că obiectivarea leziunilor corporale în astfel de cazuri se bazează exclusiv pe informațiile consemnate în documentele medicale, este esențial ca profesioniștii din domeniul medical să conștientizeze importanța unei documentări precise și detaliate. Aceste înregistrări vor fi furnizate ulterior în calitate de dovezi de importanță crucială în procesul judiciar, contribuind la stabilirea faptelor și la asigurarea unei justiții corecte pentru victimele violenței domestice.



**Figura 26.** Corelația dintre gravitatea vătămării integrității corporale sau a sănătății și perioada postagresiune

Rezultatele obținute în acest compartiment al studiului au permis constatarea pattern-ului lezional al violenței domestice fizice neletale, instrument menite să sporească capacitatea medicilor clinicieni și legiști de identificare a victimelor adulte. Astfel, s-a dovedit că pattern-ul lezional al violenței domestice fizice la adulți este reprezentat de leziunile corporale produse preponderent prin obiecte contondente, în special de părțile corpului agresorului, în mediu 4 (Me=4) la număr, cu un caracter multipolar, reprezentate de leziuni superficiale ale țesuturilor moi, apreciate în calitate de vătămare corporală neînsemnată, gravitate dependentă de vârsta victimei, sexul ei și consumul de alcool, leziuni localizate preponderent în regiunea feței, brațului, antebrațului, mâinii propriu-zise și coapsei.



## ÎNCHEIERE

Violenta domestică reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, cu un impact profund asupra drepturilor fundamentale ale membrilor societății, în special dreptului la sănătate, integritate corporală și viață. Această formă de violență este complexă și devastatoare cu impact dăunător important asupra celor implicați direct și este asociată cu numeroase probleme și afecțiuni fizice și psihice dăunătoare pe termen scurt, mediu și lung. Studiile au demonstrat că femeile, copiii și vârstnicii sunt cele mai vulnerabile categorii de persoane în fața violenței în familie. Sectorul sănătății joacă un rol crucial în combaterea violenței domestice, contribuind la identificarea timpurie a abuzurilor, oferirea tratamentului necesar victimelor și referirea lor către alte servicii de suport. Organizațiile internaționale recunosc sistemul sănătății ca fiind un cadru ideal pentru identificarea și abordarea cazurilor de violență în familie.

Pentru asigurarea unui răspuns eficient al personalului medical la cazurile de abuz domestic, algoritmul intervenției medicale trebuie să fie bine definit și clar structurat. Identificarea victimelor supuse violenței este o condiție premergătoare obligatorie a unei intervenții medicale corespunzătoare și poate fi realizată la oricare nivel al asistenței medicale. Același principiu este valabil și în cadrul expertizei medico-legale, ce reprezintă o importantă sursă de probe judiciare în toate infracțiunile îndreptate împotriva sănătății, integrității corporale, inviolabilității sexuale și vieții, inclusiv cele consumate în mediul familial. Pentru o identificare eficientă, medicii clinicieni și legiști trebuie să fie echipați cu instrumente practice cu suport științific, menite să consolideze capacitatea acestora de identificare a victimelor adulte, chiar și atunci când acestea sunt reticente de a raporta un abuz.

Drept urmare, ne-am propus drept scop să identificăm profilului victimei adulte și pattern-ul lezional al violenței domestice fizice neletale prin intermediul unui studiu de tip cantitativ, observațional, retrospectiv, descriptiv prin analiza detaliată a rapoartelor de expertiză și constatare medico-legală privind victimele adulte ale violenței domestice fizice neletale.

Rezultatele prezentului studiu sunt comparabile cu alte cercetări ce evidențiază femeia ca fiind principalul subiect pasiv al violenței în familie.

Studiul profilului social a relevat aceasta are o vârstă de 37 ani, afectată indiferent de mediul său de reședință, angajată în câmpul muncii, agresată preponderent de partenerul său de viață, la domiciliu, în lunile de ianuarie, iunie și iulie, sâmbătă și duminică, în intervalul orelor 17:00-22:00. Analiza aprofundată a perioadei postagresiune a arătat că victimele solicită un examen medico-legal la 2,6 zile de la incident, iar corelația acestuia cu mediul de reședință demonstrează o adresare mai tardivă (2,9 zile) a victimelor din comunitățile rurale față de cele din mediile urbane (2,3 zile). Mai prompte în acest sens sunt și victimele ce sunt abuzate în afara domiciliului. Cercetarea profilului bărbatului victimă a identificat diferențe minore, astfel că vârsta acestuia este de 42,5 ani, este mai probabil membru al unei comunități rurale, mai predispus de a fi agresat de copii și frați decât de partenera de viață.

Cercetarea a fost de asemenea axată pe dezvoltarea pattern-ului lezional al violenței domestice fizice neletale, ce s-a demonstrat a fi caracterizat prin leziuni corporale produse preponderent prin obiecte contondente, în special de părțile corpului agresorului, în mediu 4 la număr, cu un caracter multipolar, reprezentate de leziuni superficiale ale țesuturilor moi (echimoze și excoriații), apreciate în calitate de vătămare corporală neînsemnată, gravitate influențată de consumul de alcool, vârsta și sexul victimei, localizate preponderent în regiunea feței, brațului, antebrățului, mâinii propriu-zise și coapsei. Studiul a evidențiat utilizarea de către agresori inclusiv a obiectelor ascuțite, iar în toate cazurile în care au fost înregistrate asemenea leziuni, actele de violență au avut loc la domiciliul victimei, cuțitul de bucătărie fiind folosit în majoritatea cazurilor.

Cunoașterea profilului social al victimei violenței în familie și a pattern-ului lezional facilitează identificarea victimelor, chiar și atunci când acestea nu reclamă asemenea abuzuri, asigurând furnizarea probelor de natură medicală și medico-legală pentru actul de justiție. Această primă acțiune permite demonstrarea violenței în familie, încadrarea juridică a faptelor agresorului, tragerea acestuia la răspundere și asigurarea dreptului victimelor la o justiție echitabilă.

---

## BIBLIOGRAFIE

1. Afandi, D., Indrayana, M., Nugraha, I. [et al.]. Prevalence and pattern of domestic violence at the Center for Forensic Medical Services in Pekanbaru, Indonesia. In: Medical Journal of Indonesia. 2017, nr. 2 (26), pp. 97–101. ISSN 2252-8083.
2. Alhusen, J.L., Ray, E., Sharps P. [et al.]. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. In: Journal of Women's Health. 2015, nr. 1 (24), pp. 100–106. ISSN 1540-9996.
3. Australian Bureau of Statistics (2021-2022). Personal Safety, Australia. ABS Website. Disponibil la: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/personal-safety-australia/latest-release> [accesat la 08.02.2024].
4. Avdibegovic, E., Brkic, M., Sinanovic, O. Emotional Profile of Women Victims of Domestic Violence. In: Materia Socio Medica. 2017, nr. 2 (29), pp. 109-113. ISSN 1512-7680.
5. BACIU, G. Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei (Ghid practic). Chișinău: CEP Medicina, 2008. 178 p.
6. Bahaa Shawkat, M. Medical Protocol/Guidelines for Management of Victims of Gender Based Violence (including sexual violence), 2014. Disponibil la: <https://egypt.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/latin.pdf> [accesat la 21.01.2024].
7. Bazargan-Hejazi, S., Kim, E., Lin, J. [et al.]. Risk Factors Associated with Different Types of Intimate Partner Violence (IPV): An Emergency Department Study. In: The Journal of Emergency Medicine. 2014, nr. 6 (47), pp. 710–720.
8. Benebo, F.O., Schumann, B., Vaezghasemi, M. Intimate partner violence against women in Nigeria: a multilevel study investigating the effect of women's status and community norms. In: BMC Women's Health. 2018, nr. 1 (18), pp. 136. ISSN 1472-6874.
9. Beydoun, H.A., Williams, M., Beydoun, M. [et al.]. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in

- the Nationwide Emergency Department Sample. In: *J Womens Health (Larchmt)*. 2017, nr. 2 (26), pp. 141–151.
10. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. *Violența față de femei în familie în Republica Moldova*. Chișinău: Nova Imprim SRL, 2011.
  11. Bornstein, R.F. The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. In: *American Psychologist*. 2006, nr. 6 (61), pp. 595–606. ISSN 1935-990X.
  12. Boyle, A. Domestic violence in emergency medicine patients. In: *Emergency Medicine Journal*. 2004, nr. 1 (21), pp. 9–13. ISSN 1472-0205.
  13. Campbell, J.C., Pugh, L., Campbell, D. [et al.]. The influence of abuse on pregnancy intention. In: *Women's Health Issues*. 1995, nr. 4 (5), pp. 214–223. ISSN 1049-3867.
  14. Campbell, J.C. Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet*. 2002, nr. 9314 (359), pp. 1331–1336. ISSN 0140-6736.
  15. Cárdenas-Castro, M., Salinero-Rates, S. The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. In: *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2023, (37), pp. 100-109. ISSN 1877-5756.
  16. Carneiro, J.B., Gomes, N., Estrela F. [et al.]. Domestic violence: repercussions for women and children. In: *Escola Anna Nery*. 2017, nr. 4 (21), ISSN 1414-8145.
  17. Carneiro, J.B., Gomes, N., Estrela F. [et al.]. Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. In: *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2022, (59), pp. 004695802110641. ISSN 0046-9580.
  18. Carolin, P.A., Xavier, G.G. Impact of domestic violence on children: causes and preventive space measures. In: *Educere-BCM Journal of Social Work (EBSW)*. 2020, nr. 1 (16), pp. 32–42.
  19. Chattopadhyay, S., Sukul, B. Pattern of defence injuries among homicidal victims. In: *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2013, nr. 3 (3), pp. 81–84. ISSN 2090-536X.

20. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva, 2019.
21. Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova nr. 122/2003. Monitorul Oficial nr.248-251 din 05.11.2013.
22. Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985/2002. Monitorul Oficial nr.72-74 din 14.04.2009.
23. Cokkinides, V.E., Coker, A.L. Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates. In: Family & Community Health. 1998, nr. 4 (20), pp. 19–37. ISSN 0160-6379.
24. Contreras Ochoa, I.J., Portillo Vilardy, E.M., Rodríguez, M.J. Prevalence of maxillofacial injuries in women who have experienced physical violence reported at a house of justice in the metropolitan area of Bucaramanga (Colombia). In: Revista Facultad de Odontología. 2019, nr. 1–2 (31), ISSN 2145-7670.
25. Cookson, T.P., Fuentes, L., Kuss, M. [et al.]. Social norms, gender and development: a review of research and practice. UN-Women, New York, 2023.
26. Corcea, N. Calificarea juridico-penală a violenței sexuale asupra femeilor ca formă distinctă a violenței în familie. In: Studia Universitatis Moldaviae. Seria „Științe Sociale”. 2015, (11), pp. 30–38.
27. Costello, K., Greenwald, B.D. Update on domestic violence and traumatic brain injury: a narrative review. In: Brain Sciences. 2022, nr. 1 (12), pp. 122. ISSN 2076-3425.
28. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Disponibil la: <https://rm.coe.int/168008482e>. [accesat la: 07.02.2024].
29. Curca, G.C., Dermengiu, D., Hostiuc, S. Patterns of injuries in domestic violence in a romanian population. In: Journal of Interpersonal Violence. 2012, nr. 14 (27), pp. 2889–2902. ISSN 0886-2605.
30. Das, T., Basu Roy, D.T. More than individual factors; is there any contextual effect of unemployment, poverty and literacy on the domestic spousal violence against women? A multilevel analysis on Indian context. In: SSM - Population Health. 2020, (12), pp. 56-63. ISSN 2352-8273.

31. Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. [et al.]. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. In: *Int. J. Fam. Med.* 2013, pp. 1-15.
32. Dourado, S.M., Noronha, C.V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. In: *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015, nr. 9 (20), pp. 2911–2920. ISSN 1413-8123.
33. Dowrick, A., Moira, K., Feder, G. Boundary spanners: negotiating connections across primary care and domestic violence and abuse services. In: *Social Science & Medicine.* 2020, (245), pp. 518–527.
34. Esbec, E., Echeburua, E. Violence and personality disorders: Clinical and forensic implications. In: *Actas españolas de psiquiatría.* 2010, nr. 5 (38), pp. 249–261.
35. European Women’s Lobby. Women more prone to disability than men, and particularly vulnerable to discrimination and violence. Disponibil la: <https://www.womenlobby.org/Women-more-prone-to-disability-than-men-and-particularly-vulnerable-to>. [accesat la: 14.01.2024]
36. Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J. [et al.]. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. In: *Global health action.* 2016, (9), pp. 29890. ISSN 1654-9880.
37. Finn, V. The Path to Justice: Migrant and refugee women’s experience of the courts. 2016. Disponibil la: [https://jccd.org.au/wp-content/uploads/2021/06/JCCD\\_Consultation\\_Report\\_-\\_Migrant\\_and\\_Refugee\\_Women.pdf](https://jccd.org.au/wp-content/uploads/2021/06/JCCD_Consultation_Report_-_Migrant_and_Refugee_Women.pdf). [accesat la: 23.02.2024]
38. Frawley, P., Dyson, S., Robinson, S. [et al.]. What does it take? Developing informed and effective tertiary responses to violence and abuse of women and girls with disabilities in Australia: State of knowledge paper. ANROWS Landscapes, Sydney, 2015.
39. García-Moreno, C., Guedes, A., Knerr, W. Understanding and addressing violence against women. World Health Organization, 2012. Disponibil la: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77431/WHO\\_RHR\\_12.43\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77431/WHO_RHR_12.43_eng.pdf) [accesat la: 02.03.2024]

40. García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. [et al.]. The health-systems response to violence against women. In: *The Lancet*. 2015, nr. 9977 (385), pp. 1567–1579. ISSN 0140-6736.
41. Gear, C., Koziol-McLain, J., Wilson, D. [et al.]. Developing a response to family violence in primary health care: the New Zealand experience. In: *BMC Fam Pract*. 2016, nr. 17(1), pp. 112-125.
42. George, A., Harris, B. Landscapes of violence: Women surviving family violence in regional and rural Victoria. Deakin University Australia, 2014. Disponibil la: [https://www.deakin.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/287040/Landscapes-of-Violence-online-pdf-version.pdf](https://www.deakin.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/287040/Landscapes-of-Violence-online-pdf-version.pdf) [accesat la: 18.02.2024]
43. Ghandour, R.M., Campbell, J.C., Lloyd, J. Screening and counseling for intimate partner violence: A vision for the future. In: *Journal of Women's Health*. 2015, nr. 1 (24), pp. 57–61. ISSN 1540-9996.
44. Ghid pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor. Disponibil la: [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/15342-Ghidul20Specialistii20Sistemul20de20Sanatate\\_interventia20in20cazurile20de22violenta28129.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/15342-Ghidul20Specialistii20Sistemul20de20Sanatate_interventia20in20cazurile20de22violenta28129.pdf). [accesat la: 07.03.2024]
45. Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, S. [et al.]. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: a cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. In: *Journal of interpersonal violence*. 2011, nr. 8 (26), pp. 1503–1523. ISSN 1552-6518.
46. Hamberger, L.K., Larsen, S.E. Men's and women's experience of intimate partner violence: A review of ten years of comparative studies in clinical samples; Part I. In: *Journal of Family Violence*. 2015, nr. 6 (30), pp. 699–717. ISSN 0885-7482.
47. Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G. [et al.]. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020, nr. 7 (2020), ISSN 1465-1858.
48. Hegarty, K., McKibbin, G., Hamed, M. [et al.]. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. In: *PloS one*. 2020, nr. 6 (15), pp. 67-75. ISSN 1932-6203.

49. Hegarty, K., O'Doherty, L., Chondros, P. [et al.]. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. In: *J. Interpers. Violence*. 2013, nr. 2 (28), pp. 273–294.
50. Heron, R.L., Eisma, M.C., Browne, K. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the UK Health Service. In: *Journal of Family Violence*. 2022, nr. 3 (37), pp. 533–543. ISSN 0885-7482.
51. Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. In: *Child abuse & neglect*. 2008, nr. 8 (32), pp. 797–810. ISSN 0145-2134.
52. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 173/2023 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la activitatea Centrului de Justiție Familială al Poliției și a Standardelor minime de calitate.
53. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 508 din 19.07.2023 cu privire la pilotarea Serviciului integrat regional pentru victimele violenței sexuale.
54. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 534 din 26.07.2023 pentru aprobarea Regulamentului privind aprecierea medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau sănătății.
55. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 708 din 27.12.2019 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Centrului regional de asistență integrată a copiilor victime/martori ai infracțiunilor și a Standardelor minime.
56. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270/2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului
57. Huecker, M.R., King, K., Jordan, G. [et al.]. Domestic violence. *StatPearls*, 2024.
58. Huff, A.J., Burrell, D., Aridi, A. [et al.]. Domestic violence is a significant public health and a health administration issue in the U.S. In: *International Journal of Health Systems and Translational Medicine*. 2022, nr. 1 (3), pp. 1–21. ISSN 2691-9176.



- 
59. INCADVA. The importance of early intervention when responding to domestic abuse: An integrated health care response. Disponibil la: <https://publications.parliament.uk/pa/cm5801/cmpublic/DomesticAbuse/memo/DAB57.htm>. [accesat la 21.02.2024].
  60. Interagency gender-based violence case management guidelines. Providing care and case management services to gender-based survivors in humanitarian settings. First edition. Disponibil la: [http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines\\_Final\\_2017.pdf](http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf). [accesat la 24.01.2024]
  61. Isailă, O.M., Hostiuc, S., Curcă, G.C. Relationship between injury pattern and domestic violence in a romanian population. In: *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*. 2022, nr. 1 (43), pp. 28–32. ISSN 1533-404X.
  62. Joosten, M., Vrantisidis, F., Dow, B. *Understanding elder abuse: a scoping study*. Melbourne: University of Melbourne and the National Ageing Research Institute, 2017.
  63. Kafka, J.M., Moracco, K., Taheri, C. [et al.]. Intimate partner violence victimization and perpetration as precursors to suicide. In: *SSM - Population Health*. 2022, (18), pp. 101-115. ISSN 2352-8273.
  64. Kalmuss, D.S., Straus, M.A. Wife's marital dependency and wife abuse. In: *Journal of Marriage and the Family*. 1982, nr. 2 (44), pp. 277. ISSN 0022-2445.
  65. Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S. [et al.]. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021, nr. 5 (2021), ISSN 1465-1858.
  66. Keynejad, R., Baker, N., Lindenberg, U. [et al.]. Identifying and responding to domestic violence and abuse in healthcare settings. In: *BMJ*. 2021, pp. 1047. ISSN 1756-1833.
  67. Khurana, B., Raja, A., Dyer, G. [et al.]. Upper extremity fractures due to intimate partner violence versus accidental causes. In: *Emergency Radiology*. 2022, nr. 1 (29), pp. 89–97. ISSN 1070-3004.
  68. Klein, L.B., Chesworth, B., Howland-Myers, J. [et al.]. Housing interventions for intimate partner violence survivors: A systematic review. In: *Trauma, Violence, & Abuse*. 2021, nr. 2 (22), pp. 249–264. ISSN 1524-8380.

69. Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J. [et al.]. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002. Disponibil la: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1). [accesat la 21.03.2024]
70. Laslett, A., Mugavin, J., Jiang, H. [et al.]. The hidden harm: Alcohol's impact on children and families. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, 2015.
71. Legea Republicii Moldova nr.263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. În: Monitorul Oficial nr.176-181/867 din 30.12.2005.
72. Legea Republicii Moldova nr.411/1995 ocrotirii sănătății În: Monitorul Oficial nr.34 din 22.06.1995.
73. Legea Republicii Moldova nr.45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie. În: Monitorul Oficial nr.55-56 din 18.03.2008.
74. Legea Republicii Moldova nr.68/2016 cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar. În: Monitorul Oficial nr.157-162 din 10.06.2016.
75. Lewis, N.V, Dowrick, A., Sohal, A. [et al.]. Implementation of the identification and referral to improve safety programme for patients with experience of domestic violence and abuse: A theory-based mixed-method process evaluation. In: Health & Social Care in the Community. 2019, nr. 4 (27), ISSN 0966-0410.
76. Llano-Suárez, A., Lana, A., Gasch-Gallén, A. [et al.]. Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. In: PLOS ONE. 2021, nr. 11 (16). ISSN 1932-6203.
77. Macdonald, M. The role of healthcare services in addressing domestic abuse. 2021. Disponibil la: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9233/CBP-9233.pdf>. [accesat la 15.02.2024]
78. Magić, J., Kelley, P. LGBT+ people's experiences of domestic abuse: a report on Galop's domestic abuse advocacy service. London, 2018.
79. Mayshak, R., Curtis, A., Coomber, K. [et al.]. Alcohol-involved family and domestic violence reported to police in Australia. In: Journal of interpersonal violence. 2022, nr. 3-4 (37), pp 1658-1685. ISSN 1552-6518.

- 
80. Misail-Nichitin, D., Istrate-Burciu, L. Nevoile femeilor afectate de violență în familie, violență în bază de gen și răspunsul sistemic la cazurile de violență în familie în contextul crizei COVID-19. 2020. Disponibil la: [https://lastrada.md/pic/uploaded/RAPORT\\_VIOLENTA\\_COVID\\_2020.pdf](https://lastrada.md/pic/uploaded/RAPORT_VIOLENTA_COVID_2020.pdf) [accesat la 27.01.2024]
81. Moreira, D.N., Pinto Da Costa, M. The role of family doctors in the management of domestic violence cases – a qualitative study in Portugal. In: BMC Health Serv Res. 2023, nr. 23, pp 158-164
82. Mussabekova, S.A., Mkhitarian, X.E., Abdikadirova, K.R. Domestic violence in Kazakhstan: Forensic-medical and medical-social aspects. In: Forensic Science International: Reports. 2024, (9), pp. 348-356. ISSN 2665-9107.
83. National Coalition Against Domestic Violence (NCADV). Fact Sheet: Domestic Violence and Pregnancy. Disponibil la: <https://vawnet.org/material/fact-sheet-domestic-violence-and-pregnancy>. [accesat la 23.02.2024]
84. National Domestic and Family Violence Bench Book. 2022. Disponibil la: <https://dfvbenchbook.aija.org.au/purpose-and-limitations/or>. [accesat la 05.01.2024].
85. Notă informativă a MAI privind starea infracționalității ce atentează la viața și sănătatea persoanei și celor comise în sfera relațiilor familiale pe parcursul a XII luni ale anului 2022. Disponibil la: [https://politia.md/sites/default/files/nota\\_informativa\\_privind\\_violenta\\_in\\_familif\\_12\\_luni\\_2022\\_0.pdf](https://politia.md/sites/default/files/nota_informativa_privind_violenta_in_familif_12_luni_2022_0.pdf) [accesat la 11.04.2024].
86. Notă informativă a MAI privind fenomenul violenței în familie anul 2023. Disponibil la: [https://politia.md/sites/default/files/nota\\_informativ\\_privind\\_fenomenul\\_violentei\\_in\\_familie\\_12\\_luni\\_2023.pdf](https://politia.md/sites/default/files/nota_informativ_privind_fenomenul_violentei_in_familie_12_luni_2023.pdf) [accesat la 18.05.2024].
87. Oliveira, P.P., Viegas, S., Santos, W. de [et al.]. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. In: Texto & Contexto - Enfermagem. 2015, nr. 1 (24), pp. 196–203. ISSN 0104-0707.
88. Ordinul Centrului de Medicină Legală nr.62 din 20.09.2021 cu privire la implementarea Instrucțiunii privind răspunsul Centrului de Medicină Legală la cazurile de violență în familie, inclusiv ca formă de violență împotriva femeilor.

89. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 908 din 30.09.2021 cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Standardizat Managementul clinic al cazurilor de viol.
90. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1167 din 15.10.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie.
91. OSCE. Bunăstarea și siguranța femeilor. 2019. Disponibil la: [https://www.osce.org/files/f/documents/%0Ae/f/425867\\_0.pdf](https://www.osce.org/files/f/documents/%0Ae/f/425867_0.pdf). [accesat la 01.03.2024].
92. Othman, S., Goddard, C., Piterman, L. Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations. In: *Journal of Interpersonal Violence*. 2014, nr. 8 (29), pp. 1497–1513. ISSN 0886-2605.
93. Pădure, A. Valoarea fișei medicale a bolnavului de staționar în demonstrarea calității intervenției chirurgicale. In: *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*. 2010, nr. 11 (2), pp. 308–313.
94. Pădure, A. Examinarea medico-legală a copilului-victimă a violenței fizice și sexuale (ghid metodic și didactic). Chișinău: Bons Offices, 2021. 66 p. ISBN 978-9975-166-32-4.
95. Pădure, A., Bondarev, A., Glavan, P. [et al.]. Impactul psihosocial al violenței în familie și în bază de gen. In: *Legea și Viața*. 2022, (Ediție specială), pp. 118–122.
96. Pădure, A., Țurcan-Donțu, A. *Violența în familie și în bază de gen (suport de curs)*. Chișinău: Bons Offices, 2022. 179 p.
97. Park, C.W., Lee, S., Choi, D. [et al.]. Victimization characteristics and severity of physical injury by domestic violence. In: *Korean Journal of Family Practice*. 2018, nr. 2 (8), pp. 244–251. ISSN 2233-9116.
98. Parsons, L., Goodwin, M.M., Petersen, R. Violence against women and reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. In: *Maternal and child health journal*. 2000, nr. 2 (4), pp. 135–140. ISSN 1092-7875.
99. Patra, P., Prakash, J., Patra, B. [et al.]. Intimate partner violence: Wounds are deeper. In: *Indian J Psychiatry*. 2018, nr. 4 (60), pp. 494–498.

- 
100. Peek-Asa, C., Wallis, K., Harland, K. [et al.]. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. In: *Journal of women's health* (2002). 2011, nr. 11 (20), pp. 1743–1749. ISSN 1931-843X.
  101. Peterman, A., Bleck, J., Palermo, T. Age and intimate partner violence: An analysis of global trends among women experiencing victimization in 30 developing countries. In: *Journal of Adolescent Health*. 2015, nr. 6 (57), pp. 624–630. ISSN 1054-139X.
  102. Petersson, J., Thunberg, S. Vulnerability Factors among Women Victimized by Intimate Partner Violence and the Presence of Children. In: *Journal of Family Violence*. 2022, nr. 7 (37), pp. 1057–1069. ISSN 0885-7482.
  103. Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E., Martinez, M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. In: *Journal of Family Violence*. 2008, nr. 7 (23), pp. 577–588. ISSN 0885-7482.
  104. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. [et al.]. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. In: *The Gerontologist*. 2016, nr. Suppl 2 (56), pp. 194–205. ISSN 0016-9013.
  105. Porter, A., Montgomery, C.O., Montgomery, B.E. [et al.]. Intimate partner violence-related fractures in the United States: an 8 year review. In: *Journal of Family Violence*. 2019, nr. 7 (34), pp. 601–609. ISSN 0885-7482.
  106. Programul național privind prevenirea și combaterea Violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023-2027. Disponibil la: [https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/03/Programul-VFF-si-VF\\_-15.03.2023\\_final.pdf](https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/03/Programul-VFF-si-VF_-15.03.2023_final.pdf) [accesat la 04.01.2024].
  107. Public Health Agency Of Canada. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2016: a focus on family violence in Canada. 2016.
  108. Reijnders, U.J.L., Ceelen, M. 7208 Victims of domestic and public violence; an exploratory study based on the reports of assaulted individuals reporting to the police. In: *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2014, (24), pp. 18–23. ISSN 1752-928X.

109. Reno, J., Marcus, D., Leary, M. [et al.]. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. National Violence Against Women Survey. 2000.
110. Rivara, F.P., Anderson, M.L., Fishman, P. [et al.]. Age, period, and cohort effects on intimate partner violence. In: *Violence and Victims*. 2009, nr. 5 (24), pp. 627–638. ISSN 0886-6708.
111. Riviello, R. *Manual of forensic emergency medicine*. London: Jones & Bartlett Publishers, 2010.
112. SafeLives. *A Cry for Health: Why we must invest in domestic abuse services in hospitals*. 2016. Disponibil la: <https://safelives.org.uk/wp-content/uploads/A-Cry-for-Health-full-report.pdf> [accesat la 15.03.2024].
113. Saltzman, L.E., Johnson, C.H., Gilbert B.C. [et al.]. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. In: *Maternal and child health journal*. 2003, nr. 1 (7), pp. 31–43. ISSN 1092-7875.
114. Sandovici, A., Robu, V. Psychosocial dimensions of family violence. In: *Anuarul Universitatii «Petre Andrei» din Iasi Fascicula Asistenta Sociala, Sociologie, Psihologie*. 2017, pp. 89–104. ISSN 2248-1079.
115. Sani, A.I., Pereira, D. Mothers as victims of intimate partner violence: the decision to leave or stay and resilience-oriented intervention. In: *Social Sciences*. 2020, nr. 10 (9), pp. 174. ISSN 2076-0760.
116. Shayestefar, M., Saffari, M., Gholamhosseinzadeh, R. [et al.]. A qualitative quantitative mixed methods study of domestic violence against women. In: *BMC Women's Health*. 2023, nr. 1 (23), pp. 322. ISSN 1472-6874.
117. Sheridan, D.J., Nash, K.R. Acute Injury Patterns of Intimate Partner Violence Victims. In: *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007, nr. 3 (8), pp. 281–289. ISSN 1524-8380.
118. Siltala, H.P., Kuusinen-Laukkala, A., Holma, J.M. Victims of family violence identified in emergency care: Comparisons of mental health and somatic diagnoses with other victims of interpersonal violence by a retrospective chart review. In: *Preventive Medicine Reports*. 2020, (19), pp. 1011-1036. ISSN 2211-3355.

- 
119. Singhal, S., Orr, S., Singh, H. [et al.]. Domestic violence and abuse related emergency room visits in Ontario, Canada. In: BMC Public Health. 2021, nr. 1 (21), pp. 461. ISSN 1471-2458.
  120. Sontate, K.V., Rahim Kamaluddin, M., Naina Mohamed, I. [et al.]. Alcohol, aggression, and violence: from public health to neuroscience. In: Frontiers in psychology. 2021, (12), pp. 699-726. ISSN 1664-1078.
  121. Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package. UNFPA and WAVE, 2014. 346 p.
  122. The Australian domestic and family violence clearinghouse. The impact of domestic violence on children: a literature review. 2011. Disponibil la: <https://earlytraumagrief.anu.edu.au/files/ImpactofDVonChildren.pdf> [accesat la 29.01.2024].
  123. The Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention). Disponibil la: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>. [accesat la 27.01.2024].
  124. The National Council To Reduce Violence Against Women And Their Children. Background Paper to Time for Action: The National Council's Plan for Australia to Reduce Violence against Women and their Children, 2009-2021. 2009.
  125. Thomas, R., Dyer, G., Tornetta, P. [et al.]. Upper extremity injuries in the victims of intimate partner violence. In: European Radiology. 2021, nr. 8 (31), pp. 5713-5720. ISSN 0938-7994.
  126. Toporeț, N., Pădure, A., Bondarev, A. [et al.]. Role of the health system and forensic medical investigations in proving domestic violence. In: Romanian Journal of Legal Medicine. 2022, nr. 4 (30), pp. 200-203.
  127. Torres, A., Garcia-Esteve, L., Navarro, P. [et al.]. Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits. In: Journal of Family Violence. 2013, nr. 4 (28), pp. 369-379. ISSN 0885-7482.

128. Turliuc, M.N., Huțuleac, A.K., Oana, D. *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2009.
129. United Nations Statement on the Elimination of Violence Against Women. Geneva, 1992.
130. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Disponibil la: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch\\_IV\\_15.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch_IV_15.pdf). [accesat la 28.04.2024].
131. United Nations General Assembly. *Situation of women and girls with disabilities and the Status of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Optional Protocol thereto*. 2017. Disponibil la: <https://digitallibrary.un.org/record/1301904?v=pdf> [accesat la 18.03.2024].
132. United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner. *Impactul COVID-19 asupra drepturilor omului în Republica Moldova*. 2021. Disponibil la: [https://moldova.un.org/sites/default/files/2021-08/Impactul COVID-19. Sumarul cercetarii %28OHCHR%29.pdf](https://moldova.un.org/sites/default/files/2021-08/Impactul_COVID-19_Sumarul_cercetarii_%28OHCHR%29.pdf) [accesat la 25.04.2024].
133. United Nations Population Fund. *Young Persons with Disabilities: Global Study On Ending Gender -Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. 2018.
134. *Violence Against Women And Girls. Brief on Violence Against Women and Girls with Disabilities*. 2019. Disponibil la: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/864511600841231218/pdf/Brief-on-Violence-Against-Women-and-Girls-with-Disabilities.pdf> [accesat la 30.03.2024].
135. Walby, S., Towers, J., Francis, B. *Is violent crime increasing or decreasing? A new methodology to measure repeat attacks making visible the significance of gender and domestic relations*. In: *British Journal of Criminology*. 2016, nr. 6 (56), pp. 1203–1234. ISSN 0007-0955.
136. Walters, M.L., Chen, J., Breiding, M.. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation*. Atlanta, GA, 2013.



- 
137. Wendt, S., Chung, D., Elder, A. [et al.]. Seeking help for domestic violence: Exploring rural women's coping experiences: State of knowledge paper. Sydney: ANROWS Landscapes, 2015. 35 p.
  138. What Is Domestic Abuse? United Nations. Disponibil la: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>. [accesat la 23.03.2024].
  139. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, 2003.
  140. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013.
  141. WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021.
  142. WHO Violence against women. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. [accesat la 24.01.2024].
  143. WHO Abuse of older people. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. [accesat la 11.02.2024].
  144. WOMEN'S AID Women's Aid. The Domestic Abuse Report 2024: The Annual Audit. Bristol: Women's Aid, 2024.
  145. World Health Organisation. Expert meeting on health-sector responses to violence against women. Geneva, 2010.
  146. World Health Organisation. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, 2013.
  147. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook. Luxemburg: WHO Press, 2014.

148. World Health Organization. Addressing violence against women in pre-service health training: integrating content from the Caring for women subjected to violence curriculum. 2022.
149. Yakubovich, A.R., Stöckl, H., Murray, J. [et al.]. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. In: American journal of public health. 2018, nr. 7 (108), pp. 1–11. ISSN 1541-0048.
150. Yau, R.K., Stayton, C.D., Davidson, L.L. Indicators of Intimate Partner Violence: Identification in Emergency Departments. In: The Journal of Emergency Medicine. 2013, nr. 3 (45), pp. 441–449. ISSN 0736-4679.
151. Yon, Y., Mikton, C.R., Gassoumis, Z.D. [et al.]. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. In: The Lancet Global Health. 2017, nr. 2 (5), pp. 147–156. ISSN 2214-109X.
152. Youngson, N., Saxton, M., Jaffe, P. [et al.]. Challenges in Risk Assessment with Rural Domestic Violence Victims: Implications for Practice. In: Journal of Family Violence. 2021, nr. 5 (36), pp. 537–550. ISSN 0885-7482.
153. Zieman, G., Bridwell, A., Cárdenas, J.F. Traumatic Brain Injury in Domestic Violence Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. In: Journal of Neurotrauma. 2017, nr. 4 (34), pp. 876–880. ISSN 0897-7151.

## ANEXE

### Anexa 1. Chestionarul de evaluare a profilului victimelor violenței în familie și de identificare a pattern-ului lezional

**CHESTIONAR**  
de evaluare a profilului victimelor violenței în familie  
și de identificare a pattern-ului lezional

Nr. raportului  Data examinării

Tipul raportului  
 constatare medico-legală     expertiză judiciară     expertiză extrajudiciară

Sexul persoanei  Feminin     Masculin    Vârsta

Statut social  
 Angajat(ă)     Pensionar(ă)     Elev(ă)    Altul   
 Neangajat(ă)     Student(ă)     Copil preșcolar

Mediul de reședință  
 Urban     Rural     Nespecificat

Grupul de risc  
 femeie fără o educație profesională     adolescent     comunitate rurală/îndepărtată     nivel scăzut de alfabetizare  
 femeie gravidă     persoană în vârstă     abuz de substanțe psihoactive     neprecizat  
 persoană cu copii     dizabilități fizice sau psihice     persoană LGBTQI+     nu se atestă  
 copil     familie cultural mixtă     abuz de alcool

Agresorul  
 Concubin(ă)     Mamă     Bunic/Bunică     Frate/Soră     Tutore/curator  
 Soț/Soție     Tată     Fiul/Fiică     Altă rudă     Foști soți/concubini

Ziua agresării  
 Luni     Joi     Duminică  
 Marți     Vineri  
 Miercuri     Sâmbătă

Luna agresării  
 Ianuarie     Aprilie     Iulie     Octombrie  
 Februarie     Mai     August     Noiembrie  
 Martie     Iunie     Septembrie     Decembrie

Data agresării  Ora agresării

Locul agresării  
 domiciliu     locul de muncă     centru comercial    altul   
 ospetie     parc     mașină  
 scara blocului     stradă     instituție de învățământ

Pagina  
1 din 2

<b>Adresare asistență medicală</b> <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu <input type="radio"/> Nu este specificat	<b>Spitalizare</b> <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu <input type="radio"/> Nu este specificat	<b>Violență cronică</b> <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu <input type="radio"/> Nu este specificat
Numărul leziunilor <input type="text"/>		
<b>Tipul agresiunii</b> <input type="checkbox"/> lovire <input type="checkbox"/> tragere de păr <input type="checkbox"/> strangulare <input type="checkbox"/> sufocare <input type="checkbox"/> acțiunea agentului chimic <input type="checkbox"/> împingere <input type="checkbox"/> tăiere/înțepare <input type="checkbox"/> sugrumare <input type="checkbox"/> acțiunea agentului termic    altul <input type="text"/>		
<b>Factorul traumatic</b> <input type="checkbox"/> Corp contondent <input type="checkbox"/> Factor fizic <input type="checkbox"/> Obiect ascuțit <input type="checkbox"/> Agent chimic <input type="checkbox"/> Armă de foc	<b>Corpul contondent</b> <input type="checkbox"/> Obiect contondent <input type="checkbox"/> Părți ale corpului <input type="checkbox"/> Combinat	<b>Leziuni pattern</b> <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu
<b>Factorul fizic</b> <input type="radio"/> Curent electric <input type="radio"/> Agent termic	<b>Obiectul ascuțit</b> <input type="radio"/> înțepător <input type="radio"/> înțepător-tăietor <input type="radio"/> înțepător-despicător <input type="radio"/> tăietor <input type="radio"/> despicător <input type="radio"/> tăietor-despicător	
<b>Tipul leziunilor constatate</b> <input type="checkbox"/> edem posttraumatic <input type="checkbox"/> plagă contuză <input type="checkbox"/> plagă despicată <input type="checkbox"/> leziuni asfixice <input type="checkbox"/> fractură <input type="checkbox"/> echimoză <input type="checkbox"/> plagă tăiată <input type="checkbox"/> plagă împușcată <input type="checkbox"/> arsură chimică <input type="checkbox"/> luxație <input type="checkbox"/> excoriație <input type="checkbox"/> plagă înțepată <input type="checkbox"/> leziuni viscerale <input type="checkbox"/> arsură termică    altele <input type="text"/> <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> plagă înțepat-tăiată <input type="checkbox"/> leziuni oculare <input type="checkbox"/> leziuni dentare		
<b>Localizarea leziunilor</b> <input type="checkbox"/> Partea piloasă a capului <input type="checkbox"/> Torace posterior <input type="checkbox"/> Braț <input type="checkbox"/> Coapsă <input type="checkbox"/> Față <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Articulația cotului <input type="checkbox"/> Articulația genunchiului <input type="checkbox"/> Pavilionul auricular <input type="checkbox"/> Regiunea lombară <input type="checkbox"/> Antebraț <input type="checkbox"/> Gambă <input type="checkbox"/> Gât <input type="checkbox"/> Regiunea inghinală <input type="checkbox"/> Mâna propriu-zisă <input type="checkbox"/> Laba piciorului <input type="checkbox"/> Torace anterior <input type="checkbox"/> Perineu <input type="checkbox"/> Fesă		
<b>Simetria leziunilor</b> <input type="radio"/> Unipolare <input type="radio"/> Multipolare <input type="radio"/> Bipolare	<b>Vechimea diferită a leziunilor</b> <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu	<b>Gradul de gravitate</b> <input type="radio"/> Neînsemnat <input type="radio"/> Mediu <input type="radio"/> Ușor <input type="radio"/> Grav

## Anexa 2. Certificat de inovator



Anexa 3. Diploma medaliei de argint EUROINVENT, ediția 2023

**EUROINVENT**  
EUROPEAN EXHIBITION OF CREATIVITY AND INNOVATION

IASI, ROMÂNIA

15 EDITION

under the patronage of  
MINISTERUL CERCETĂRII  
INOVARII ȘI DIGITALIZĂRII

2023

**DIPLOMA**  
**SILVER MEDAL**

is awarded to:

**Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project**

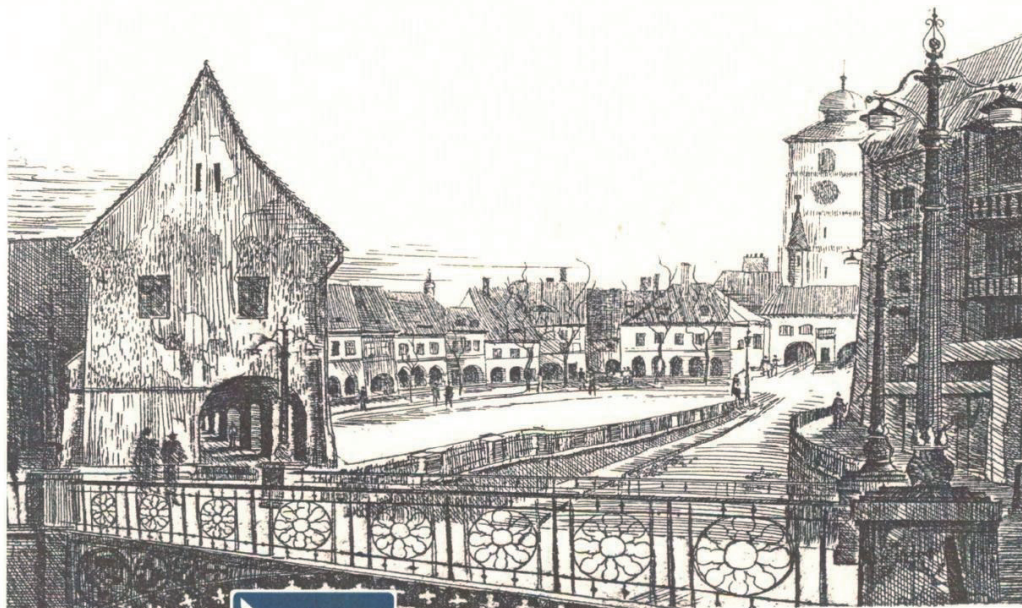
Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev, Larisa Spinei, Doina Cazacu

President of International Jury  
Prof.Dr.Eng. Mohd Mustafa Al Bakri ABDULLAH

President of Scientific Committee  
Prof.Dr. Ion SANDU

May 13, 2023

**Anexa 4.** Special Prize from „Lucian Blaga” University of Sibiu



“Lucian Blaga”  
University of Sibiu

awards  
a Special Prize

as a sign of honor, recognition and appreciation  
of scientific creativity and originality

to

*ANDREI PĂDURE, PETRU GLAVAN, ANATOLII BONDAREV,  
LARISA SPINEI, DOINA CAZACU*

Rector of “Lucian Blaga” University of Sibiu,  
Prof. Sorin RADU, Ph.D., Dr. Habil.



Manager of PATLIB Centre Sibiu  
Prof. Eng. & Ec. Aurel Mihail ȚÎȚU, Sc.D. & Ph.D., Dr. Habil., DHC

Iasi, 11<sup>th</sup> - 13<sup>th</sup> May 2023

15<sup>th</sup> European Exhibition of Creativity and Innovation “EUROINVENT 2023”

Anexa 5. Diploma de excelență EUROINVENT, ediția 2024

**IASI, ROMÂNIA**  
under the patronage of  
MINISTERUL CERCETĂRII, INOVĂRII ȘI DIGITALIZĂRII

**DIPLOMA**  
of  
**EXCELLENCE**  
is awarded to

**EURO INVENT**

**Medico-legal identification of physical domestic violence – Research project results**

**EURO INVENT**

**Andrei Pădure, Petru Glavan, Anatolii Bondarev, Doina Cazacu, Oleg Arnaut**

President of International Jury  
Prof. Dr. Eng. Mohd. Mustafa Al Bakri ABDULLAH

President of Scientific Committee  
Prof. Dr. Ion SANDU

**EUROINVENT**  
EUROPEAN EXHIBITION OF CREATIVITY AND INNOVATION

EUROPE DIRECT IASI

IASI, Romania  
June 8, 2024