Dosarul nr. 1-70/2023 (PIGD 1-23075008-09-1-25052023)

S E N T I N Ț Ă

În numele Legii

10 decembrie 2024 **orașul Fălești**

Judecătoria Bălți (sediul Fălești), instanța în componența:

Președintele ședinței, judecător Radu HOLBAN

Grefier Cătălina RARANCEAN,-

cu participarea:

acuzatorului de stat, procurorul ȚĂRNĂ Leonid;

inculpatei SPÎNU Elena;

apărătorului inculpatei, avocatul FRECĂUȚANU Iuri;

succesorului părții vătămate și parte civilă MARCOCI Marina;

a judecat în ședință de judecată publică, în limba de stat a Republicii Moldova, **conform procedurii generale**, cauza penală privind-o pe inculpata:

SPÎNU Elena Vladimir, născută la *****, originară din *****, domiciliată în *****, IDNP *****, studii superioare, căsătorită, persoane la întreținere nu are, activează în calitate de medic obstetrician-ginecolog în cadrul secției consultative a Spitalului raional Fălești, nu are grad de dizabilitate, nu are distincții de stat, grade de calificare sau titluri speciale, anterior condamnată, cu antecedentele penale stinse, reținută și arestată în prezenta cauză nu a fost, posedă limba de stat a Republicii Moldova,-

învinuită de săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 213 lit. b) Cod penal,-

Procedura de citare legală executată.

Cauza a fost examinată în Judecătoria Bălți în perioada 25 mai 2023 (data înregistrării cauzei în instanță) – 10 decembrie 2024 (data pronunțării sentinței).

Acuzatorul de stat, procurorul ȚĂRNĂ Leonid, a pledat pentru recunoașterea inculpatei SPÎNU Elena vinovată de săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 213 lit. b) Cod penal, iar pe motivul intervenirii termenului de prescripție a o libera de răspundere penală.

Ațiunea civilă de admis integral.

Încasarea de la SPÎNU Elena în beneficiul statului, cheltuielile judiciare în mărime de *19.200* lei.

Mijloacele materiale de probă de păstrat la dosar pe toată durata păstrării acestuia.

Apărătorul FRECĂUȚANU Iuri, a pledat pentru pronunțarea unei sentințe de achitare în privința inculpatei SPÎNU Elena, pe motivul lipsei elementelor constitutive ale infracțiunii.

Potrivit probelor administrate în ședință de judecată, instanța,-

C O N S T A T Ă :

1. **SPÎNU Elena Vladimir**, activând în baza ordinului de angajare nr. 40 din 01.04.2016 în calitate de medic obstretician-ginecolog al Secției obstretică și ginecologie a IMSP „Spitalul raional Fălești”, având obligația de a ridica nivelul profesional și să implementeze metodele curativ-profilactice moderne în asistența la naștere, de efectua măsurile de urgență gravidei, să cunoască și să aplice în practică metodele contemporane de examinare, diagnostic și tratament, să asigure acordarea ajutorului medical efectiv și să îmbunătățească calitatea tratamentului bolnavilor, atârnându-se neglijent faţă de obligaţiunile sale de serviciu, contrar prevederilor Legii nr. 411- XIII din 28.03.1995 „cu privire la ocrotirea sănătăţii”, Legii nr. 264 din 27.10.2005 „cu privire la exercitarea profesiei de medic”, art. 17 pct. c) conform căruia „*medicul are obligaţia să asigure tratamentul până la însănătoşirea pacientului sau până la trecerea lui în îngrijirea unui alt medic*”, contrar cerinţelor prevăzute în fişa de post a medicului secţiei obstetrică şi

ginecologie pct. 6.1 care prevede „*ridicarea nivelul profesional şi implementarea metodelor curativ-profilactice moderne în asistena la naştere*” şi pct. 6.3 care prevede ”*cunoaşterea şi aplicarea în practică metode contemporane de examinare, diagnostic şi tratament*”, precum şi contrar prevederilor Ordinului Ministerului Sănătăţi nr. 185 din 18.06.2003 „cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pentru anii 2003-2007”, prin care a fost aprobat Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie” la pagina 89 a căruia se regăsește „Protocolului de administrare a oxitocinei”, la data de 15.05.2018, fiind încadrată în serviciu, aflându-se în sala de naștere a Secției obstetrică și ginecologie a IMSP „Spitalul raional Fălești”, nu a determinat existența bazinului strâmtat la MARCOCI Marina *****, născută la *****, ca urmare având loc o naștere obstructivă din cauza disproporției feto-palviene, complicată cu distocia de col, insuficiența forțelor de contracție, angajarea asiniclinică a căpșorului, situație care în conformitate cu prevederile „Ghidului C Național de perinatologie”, necesita transportarea gravidei la o instituție de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicație pentru transportarea gravidei, fiind necesară operația cezariană în perioada I a travaliului, a luat decizia incorectă de administrare a Oxitocinei încălcând regulile de conduită a travaliului în cazul bazinului strâmtat cu disproporție cefalo-pelviană prevăzute de prevederile „Ghidului Clinic Național de Perinatologie”, conform căruia stimularea cu oxitocină a travaliului în bazinul strâmtat este contraindicată, iar ca rezultat a purces ca conduita nașterii de a fi terminată pe cale naturală, tot în cadrul primirii aceleiași nașteri apărând o altă situaţie obstetricală în care la data de ***** ora 23:15, din motivul că căpşorul fătului se afla în cavitatea bazinului mic cu stoparea progresiei de travaliu şi cu colul uterin deschis complet, circumstanțe ce serveau drept indicaţii pentru rezolvarea naşterii prin aplicarea ventuzei, acțiuni prevăzute de punctul C.2.1 din Protocolul clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum-extracţia fătului” aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţi nr. 58 din 24.01.2013, acțiuni care la fel au fost de ultima neglijate, continuând conduita nașterii de a fi terminată pe cale naturală fără utilizarea extracției pneumatice a fătului cu aplicarea ventuzei obstreticale (vacum extractor obstretic), ca urmare a abaterilor admise la ora 23:55 s-a născut copilul ***** în stare gravă, cauzată de asfixie obstetricală gravă, fiindu-i provocate leziuni corporale sub formă de cefalohematom în regiunile parietale (bilateral) cu dimensiuni până la 8X2 cm,

care au fost cauzate în timpul travaliului prelungit prin mecanism de compresie în căile de naștere cu deformarea oaselor craniului și ruperea unor vase, în rezultatul căruia ulterior, la data de 05.06.2018 ora 02:40, în IMSP „Spitalul clinic Municipal nr.1.” a survenit decesul nou-născutului ***** în urma asfixiei obstetricale severe, complicate cu encefalopatie hipoxico-discirculatorie și tulburări anoxice urmate de hemoragii intracerebrale de etiologie mixtă (postraumatică și anoxică) leucomalacie (necroza cerebrală în focar), soldate cu edem și angajarea trunchiului cerebral, fapt confirmat prin concluziile raportului de expertiză judiciară nr.201904X0162 din 07.11.2019.

Probele cercetate în ședință de judecată:

2. Succesorul părții vătămate și parte civilă - MARCOCI Marina, a declarat instanței că, în dimineața zilei de 15 mai 2018, aproximativ la ora 05:30, fiind însărcinată s-a trezit și a observat că are unele scurgeri. Și-a pregătit bagajul și a mers la maternitatea din orașul Fălești, unde a fost internată în sala de primire de către medicul SEICIUC. În urma examinării, medicul a informat-o că, colul uterin este deschis dar nu pentru naștere. I-a fost administrată o pastilă pentru începerea travaliului, apoi a urcat în sala prenatală. În sala respectivă, medicul SEICIUC a analizat cartela medicală de la începutul sarcinii, i-a măsurat burta și a preîntâmpinat-o că bazinul este mic iar burta mare. Acesta i-a zis că este obligat să o întrebe dacă este de acord să decurgă la operație cezariană în caz de necesitate. Dânsa fiind la prima naștere i-a zis că este de acord, doar să fie bine și ea și copilul. Medicul SEICIUC în sala prenatală a supravegheat-o timp de 1,5 ore. Acesta i-a zis că colul uterin se deschide foarte greu. Apoi peste 2 ore i- zis că trebuie să plece și că rămâne cu medicul SPÎNU Elena. Ultima a examinat-o, au mai discutat, i-a zis că colul uterin nu este deschis și trebuie să mai așteptăm. A așteptat procesul timp de o oră, două. Fiind iarăși examinatyă, medicul le-a zis celor două asistente medicale că „aici vom avea de lucru dar va fi totul bine”.Peste 30 minute a fost examinată iarăși de medicul SPÎNU, apoi i-a administrat o injecție în mână. Nu a înțeles pentru ce i-a fost administrată injecția. A început să facă mișcări pe coridor pentru a se deschide colul uterin. A fost examinată după 30 minute, apoi iarăși peste 1-1,5 ore. A urmat indicațiile medicului și continua să facă mișcări timp de vreo 1,5 ore. A fost examinată iarăși de SPÎNU Elena, apoi surorile medicale i-au administrat o picurătoare. Apoi s-a culcat pe o parte, apoi pe

alta așa cum îi zicea medicul. Cu picurătoarea a stat timp de 2-3 ore, apoi a început contracțiile. Peste 30 minute au început contracțiile mai puternice decât cele inițiale. A fost iarăși examinată de Elena SPÎNU și a auzit cum aceasta le-a zis surorilor medicale că o ducem în sala de naștere. Ajungând în sala de naștere cu picurătoarea la mână, a fost urcată pe masa de naștere și din câte a înțeles a început procesul de naștere. SPÎNU Elena era lângă dânsa și îi spunea ce să facă, și anume să facă efort din toate puterile. Fiind pe masă a făcut acele încercări timp de 5 minute. Apoi a coborât de pe masa de naștere și s-a așezat în genunchi și să depună efort, așa cum îi zicea medicul. Asta a făcut vreo 3-4 minute, apoi a urcat iarăși pe masa de naștere, tot cu picurătoarea era. Era ajutată de asistentele medicale, medicul se afla lângă ea și se implica verbal în proces.Aproximativ la ora 23:30, după ce a urcat pe masa de naștere, medicul i-a zis să depună efort că fătul degrabă trebuie să iasă. Medicul și asistentele erau agitate, SPÎNU Elena mai asista o naștere în aceeași sală. Fiind pe masa de naștere a vea contracții, cînd depunea efort a fost apăsată pe burtă în partea de sus cu cotul de către medic. Fătul nu ieșea, după aceasta a venit medicul PACICOVSCHI Tamara. Ultima a examinat-o în prezența medicului Spînu Elena. În acel moment a avut contracții, a depus efort, medicul PACICOVSCHI a zis că situația e gravă, trebuie ceva de făcut. Ea era toată neagră, nu mai avea puteri. Asistentele medicale au luat din geanta sa, uleiul pregătit pentru copil și i-au turnat în colul uterin ca să iasă mai repede copilul.Peste ceva timp a mai avut contracții, a fost apăsată cu cotul pe burtă de către medicul SPÎNU și în final a născut. Nu cunoaște dacă cineva a chemat-o pe PACICOVSCHI Tamara. Când a intrat în sala de nașteri, soțul său era în coridor. După ce a ieșit fătul asistentele medicale căutau aparat cu oxigen. Soțul său auzind forfotă a intrat în sală. A venit lîngă dânsa și a întrebat-o ce se întâmplă, nimeni nu zicea nimic doar căutau aparat cu oxigen. Peste 5 minute dnul Constantin din altă secție a adus aparat cu oxigen și imediat l-au pus copilului. Acesta a încercat ceva să facă dar a zis că e prea târziu și să cheme pe cineva. Cineva din medici a telefonat la urgență la Bălți. În acel moment dânsa era inconștientă. Soțul era alături când a venit ambulanța și au luat copilul pentru a-l transporta la Bălți. Soțul s-a depl,asat cu mașina din urma ambulanței, dînsa a rămat la Fălești. Moașele i-au făcut procedurile după naștere, au cusut-o. Pe SPÎNU Elena nu a mai văzut-o, doar îi auzea vocea. A mai stat pe masa de naștere undeva 1,5-2 ore. În urma cusăturilor avea dureri mari și cu aceste dureri a fost dusă în odoia de după naștere. A rugat asistentele să-i dea ceva pentru dureri,

Acestea i-au adus o sticlă de apă să pună u nde o doare. Dimineața când s-a trezit, soțul i-a zis despre starea copilului, că e grav și trebuie dus cu aviasanul șa Chișinău. A intrat medicul SEICIUC la dânsa și i-a zis că îi pare rău de cele întâmplate. Pe SPÎNU Elena nu a mai văzut-o, aceasta nu a mai fost la dânsa. A stat două zile în spital, când a fost externată, SPÂNU Elena era jos la scară, nu a întrebat-o nimic. Mama sa a jutat-o la externare. Soțul fiind cu copilul la Chișinău. A stat o zi acasă, poi a plecat și ea la Chișinău deoarece medicii au zis că mama trebuie să fie lângă copil. Intrând în secția unde era copiul, acesta era intubat, în stare gravă. A pus mâna pe piciorul copilului, acesta a mișcat puțin și atât.A stat două zile lângă el. apoi circulau. Medicul zicea că inima lui este foarte puternică și nu cedează chiar de toate organele sunt distruse. Acel medic a zis că copilul de va trăi va fi bolnav și nu a văzut ca așa copil sănătos să fie distrus. Cât a stat cu copilul, a făcut și ea un control și a primit tratament. Medicul le-a zis să nu stea acolo, el îi va anunța despre toate. Cît timp copilul s-a aflat în Spital, ei și-au asumat toate cheltuielile, procurau tot ce le zicea medicul. La 04 iunie 2018 dimineața au fost la copil, medicul le-a zis că șanse de supravețuire sunt minime, urechiușele și gurița fiind vinete. Tot în acea zi s-au întors acasă, iar la ora 3-5, i-a sunat medicul și le-a zis că Costel a decedat. S-au dus după copil. Medicul i-a întrebat dacă sunt de acord să facă expertiza la copil. L-au luat pe Costel în sicriu, l-au adus acasă la Fălești. La biserică și la-u înmormântat. Pe parcursul sarcinii nu a avut probleme de sănătate nici ea nici copilul. Analizale au fost făcute la timp, mereu s-a prezentat la medicul de familie. Ultimul sonografie, la 8 luni, când a făcut-o, medicul i-a zis că fătul este deja mare și în depedență de circumstanțe, medicul va decide cum va naște. Medicul SEICIUC când a plecat, i-a zis că a anunțat-o pe dna SPÎNU că nașterea nu va fi una ușoară și posibil va fi cezariană. Susține acțiunea civilă înaintată în cadrul urmăririi penale și anume 50.000 lei cu titlu de prejudiciu material și 100.000 lei cu titlu de prejudiciu moral. În acțiunea civilă a indicat 150.000 lei material și 100.000 lei moral. Prejudiciul material constă în cheltuielile pe care le-a suportat pe perioada cît copilul s-a aflat în spitalul din Chișinău. Prejudiciul moral constă în faptul că a fost prima naștere, copilul a fost mult așteptat, au fost încrezuți și siguri în instituția și medicii unde urma să nască. Acest lucru le-a lăsat în suflet o durere care nu se uită niciodată. După nașterea din 15 mai 2018, a mai avut ulterior încă trei nașteri reușite și în prezent este mama a trei copii: ***** năpscut pe *****, ***** născută pe ***** și ***** născută la *****. Toate nașterile au fost pe cale naturală, în municipiul

Bălți. La nașterile ulterioare nu a fost stabilit diagnoza bazin strâmtat, pe motiv că toți trei copii au cântărit mai puțin ca primul. Primul copil a cântărit 3,480 kg, al doilea 3.400 kg și al treilea 3.380, toți de 51 cm. Ân perioada cât a fost supravegheată de medicul SEICIUC i s-a stabilit diagnoza bazin stâmptat. Atunci a fost preântâmpinată de acest medic că va fi o naștere complicată și posibil va fi necesar intervenție.Atunci i-a zis că este de acord cu cezariana. Ulterior acesta a plecat, i se terminase tura. De la ora 15:00 – 17:00 a fost supravegheată de SPÎNU Elena. Pînă la ora 17:00 nu a fost supravegheată de PACICOVSCHI Tamara, au mai fost medici dar nu le cunoaște numele. Pe perioada sarcinii nu a fost diagnostificată cu infecție heptică și nici nu a urmat tratament. Nu ține minte dacă SPÎNU Elena era cu cineva cînd a intervenit. Pe perioada travaliului aceasta nu era mereu lângă dânsa. Nu-și amintește ca în timpul travaliului să i se fi aplicat masca cu oxigen. Are înălțimea de 1,55 m. Îndeplinea toate indicațiile medicului SPÎNU. S-a externit din Spirtalul raional Fălești în seara de 17 mai 2018, aproximativ ora 16:00 – 17:00 (fila dosarului 155-157, 159-160, volumul III).

3. Martorul MARCOCI Andrei, a declarat instanței că, el este soțul succesorului părții vătămate MARCOCI Marina. Dânsul a asistat la cazul care a fost cercetat în acest dosar. Dimineața, aproximativ la ora 7-8, împreună cu soția care se simțea rău, cu mașina personală, s-au prezentat la maternitatea din raionul Fălești. Toată ziua s-au aflat acolo. Dânsul nu era în sala de nașteri dar la etajul doi pe holul maternității. Mergea tot procesul, apoi au apărut careva complicații. Stând pe hol și neștiind ce să facă în așa situații și fiind primul copil, s-a așezat într-un cărucior. Stând așa, a observat incompetență din partea medicilor. Când au venit medicii de la Chișinău, dânsul stând tot pe hol în acel cărucior, era un bătrân domnul Constantin, nu cunoaște familia acestuia și le-a comunicat domnilor din Chișinău că ,,Stimați colegi iată ce s-a întâmplat” la care domnii au spus că voi nu ne sunteți colegi dacă faceți așa. Asta cunoaște, deoarece era acolo și nu știa ce să facă. S-a deplasat din urma lor la Bălți, de acolo i-au mărit pulsul, l-au mai trezit puțin și a venit Smurdul și l-au transportat în Chișinău la nr.1. Acolo l-au ținut în reanimație vreo 19 zile. Era copil fărâmat. Doamnele de la Chișinău i-au spus că au ucis copilul și că dacă omul nu știe să-și facă serviciul transmite altuia care știe. Era primul său copil. Până la transportarea soției la Spitalul raional Fălești, soția se afla la evidența medicului ginecolog și a urmat toate procedurile. Starea sănătății acesteia era bună. Dimineața când a dus soția la spital, de gardă era

medicul SEICIUC, apoi spre seara SPÎNU Elena a preluat-o spre supraveghere pe soție. Propriu-zisa naștere a început spre seară. SEICIUC Alexandru i-a dat o pastilă și spre seară a zis că va merge la naștere. Nu cunoaște ce pastilă i-a administrat SEICIUC Alexandru soției sale (fila dosarului 165, volumul III).

4. Martorul SEICIUC Alexandru a declarat instanței că, la data de 15 mai 2018 la ora 07^{00} s-a internat MARCOCI Marina cu acuze că s-a scurs acidul amneotic. Activitate de travaliu aceasta nu avea. A fost internată în sala de nașteri unde i s-au făcut toate investigațiile care se fac conform protocolului național și anume: a fost investigată de laborator, i s-a măsurat pulsul, temperatura, i s-a făcut investigația de pervometrie, a fost examinată vaginal, a fost făcută cardiotopograma, astfel în baza tuturor examinărilor făcute la internare s-a stabilit conduita nașterii. Conduita nașterii inițiale a fost stabilită în dependență de situația cu care s-a adresat parturienta, ulterior conform protocolului de naștere cu scurgerea lichidului prematur. Acest protocol constă în aceea că dacă parturienta este internată și toți parametrii sunt normali se ea o tactică expertativă în decurs de 24 ore. Conduita nașterii se poate modifica în dependență de evoluția nașterii, de aceea conform protocolului național orice parturient care este în naștere se examinează la fiecare 4 ore. Situația povestită anterior era la orele 07^{00} dimineața. Următoarea examinare detaliată s-a făcut peste 4 ore, la orele 11^{10}-11^{20} pentru a vedea în dinamică cum evoluează nașterea. Peste 4 ore, toți parametrii erau stabili și a mamei și cardiotocograma fătului, dar și colul uterin a început să se pregătească. În dinamică deja careva schimbări pozitive erau, însă conduita a rămas aceeași. Parturienta a fost monitorizată de către dânsul până la orele 15^{00} cât a durat garda sa. Mai departe a predat parturienta la următorul medic de gardă și anume Tamarei PACICOVSCHI. La întrebările suplimentare: Evenimentele descrise au avut loc în maternitatea din cadrul spitalului raional Fălești. La acel moment dânsa activa în calitate de medic obstretician ginecolog a IMPP SR Fălești. În cazul examinării parturientei, aceasta nu acuza de careva patologii sau careva probleme. Unica acuză a fost aceea că s-a scurs lichidul amneotic. La data de 15 mai 2018, nu a discutat cu SPÎNU Elena cu referire la parturienta MARCOCI Marina. Dânsa activa până la orele 15^{30}, însă SPÎNU Elena s-a prezentat la orele 17^{00} cum începea garda sa. În ziua respectivă a efectuat măsurări parturientei cu ajutorul instrumentului pervometru. Rezultatul nu și-l amintește. Pe parcursul examinării de către dânsul a parturientei nu au existat careva indicații

pentru cezariană. Nici măsurările care le-a făcut nu au dat careva indicații. În ziua respectivă nu i-a administrat parturientei nici un medicament, deoarece nu era necesar. Parturienta a fost predată Tamarei PACICOVSCAIA în jurul orelor 15^{00}. În ziua respectivă a examinat parturienta împreună cu PACICOVSCHI Tamara. În discuția purtată cu PACICOVSCHI Tamara nu a discutat despre o eventuală cezariană. Sala de naștere era aprovizionată cu echipament de asigurare cu oxigen și anume pentru resuscitare (fila dosarului 172, volumul III).

5. Martorul OSOIANU Iurie a declarat instanței că, din data de 01 octombrie 2014 până în prezent activează în calitate de director al IMSP Spitalul Raional Fălești. Din anul 2014 de când este în funcție până astăzi nu a fost nici un apel de la inginerul responsabil că ar există vre-un defect. Din aceste considerente rezultă că aparatul cu ventuză era funcționabil. Un alt moment, nu cunoaște dacă în situația respectivă era necesar utilizarea respectivului dispozitiv medical. În anul 2014 când a intrat în funcția de director, Spitalul Raional Fălești deținea ventuza respectivă. Prin anul 2011-2012 a fost primită ca ajutor umanitar. Din partea angajaților nu au fost solicitări că ventuza ar avea defecte, rezultă că aceasta era funcționabilă. Pe parcursul activității sale, ventuza respectivă a fost aplicată de către specialiști în anul 2019 și anume de către JUNCU Victor-specialist angajat la acel moment. Nu cunoaște de câte ori a fost folosită. Nu cunoaște dacă ventuza a mai fost folosită de către altcineva decât JUNCU Victor. Ventuza se afla în gestiunea Spitalului Raional Fălești, dar sub responsabilitatea secției obstrice-ginecologice, și anume inginerului responsabil. Acces la ventuză aveau direct specialiștii din secția respectivă. În luna mai 2018 Spitalul Raional Fălești, nu avea angajat medic neunatolog. La moment nu pot răspunde dacă funcția de medic neunatolog era îndeplinită de către o oarecare persoană. Șefa secției obstrice-ginecologice era responsabilă de acest domeniu. Referitor exact la luna respectivă nu poate spune nimic. Trebuie să verifice dacă prin ordin, șefa secției a fost împuternicită de a exercita funcția de neunatolog (fila dosarului 174, volumul III).

6. Martorul PACICOVSCHI Tamara, a declarat instanței că, până în anul 2021 a activat în maternitatea Spitalului Raional Fălești în calitate de șefă a secției obstretice ginecologice. La moment nu activează, deoarece s-a pensionat. Cazul dat a avut loc aproximativ cu 5 ani în urmă, în mai 2018. A fost un caz de naștere cu probleme, s-a terminat cu nașterea unui copil grav, care apoi a decedat. Gravida

MARCOCI Marina s-a internat dimineața cu scurgerea lichidului amniotic, nu era travaliu. De serviciu atunci era medicul SEICIUC Alexandru, acesta a primit-o și a socotit că nu era travaliu, au fost apele scurse, lichidul amneotic scurs. Conform protocolului, femeia a fost internată în staționar și acolo sunt diferite etape, cât timp se așteaptă, când începe declanșarea travaliului. Până la orele 15^{00} MARCOCI Marina a fost condusă de către medicul de gardă, medicul din sala de naștere SEICIUC Alexandru. După asta medicul de gardă SEICIUC Alexandru a plecat, iar dânsa a stat cu gravida până la orele 17^{00}, până a venit SPÎNU Elena. La acel moment, la gravidă s-a început travaliul și era sub supraveghere. Nu era nici un moment atunci ca să-i pună în gardă, fiind scurs lichidul amniotic gravida a început să primească antibiotic. Când a venit SPÎNU Elena, a transmis paturienta în travaliu. După asta s-a ocupat de ea SPÎNU Elena. Împreună cu SPÎNU Elena au elaborat verbal și am prescris conduita nașterii. A zis că dacă la paturientă nu se intensifică travaliul vor începe să activeze activitatea de travaliu prin metoda intravenoasă, de a introduce intravenos oxitocină cu soluție fiziologică, conform protocolului. Dânsa a plecat la orele 17^{00}. După orele 17^{00} cu paturienta MARCOCI Marina nu a mai avut careva tangențe. A fost apelată pe la orele 23^{00} de către SPÎNU Elena pe motiv că, în cadrul nașterii au apărut complicații, nu progresează travaliu cum trebuie și a fost invitată la maternitate. La orele 23^{20} pacienta a fost examinată, era în perioada de expulzie, sfârșitul perioadei de expulzie, era obosită, au depus efort ca să facă nașterea pe cale naturală, nu erau condiții de pus forceps, deoarece fătul nu permitea, dar ventuza era cu defecte și nu o puteau folosi. Cu atât mai mult că fătul cât a mers, a obosit. De la diferența de presiune pe capul fătului se formează o bosă și dacă bosa este mare, ventuza nu se pune deoarece se agravează foarte tare starea copilului. Când a venit, copilul se auzea, erau bătăile inimii, nașterea era sub monitor. Anume în ultima perioadă și a fost toată nenorocirea, copilul s-a născut grav. De când a venit dânsa acolo, în 20 minute s-a născut copilul. După naștere starea copilului era gravă bine-înțeles, a chemat îndată reumatologul, nu era nici neunatolog-pediatru și nici anestiziolog care să se ocupe de copii în așa cazuri. Au chemat anesteziologul local. Copilul a fost intubat, a sunat imediat la sanaviație. A sunat mai întâi la Bălți, dar acolo mașina reanimobil a nimerit în accident cu o zi înainte și nu a putut veni. Ulterior a sunat la Chișinău, dar dacă nașterea a fost la ora 23^{50}, neunatologul de la Chișinău a venit dimineața aproape de orele 05^{00}. Până la acea oră făceau ceea ce le recomandau ei prin telefon. De la orele 17^{00} până la orele 23^{00} nu a fost apelată

de către SPÎNU Elena ca să îi ceară sfaturi sau să-i comunice cum decurge travaliul paturientei. Poate se putea de decis mai înainte și de a efectua operația de cezariană. Această decizie trebuia luată de către brigadă și anume de către dânsa și SPÎNU Elena și poate dacă se afla acolo lua această decizie. S-a conectat a doua porție de oxitocină și poate atunci și trebuia luată această decizie, însă atunci era dinamică în travaliu, căpușorul a început să progreseze, deschiderea era bună și s-a hotărât dacă o să se continuie picurătoarea cu oxitocină el va merge. Decizia de a se administra picurătoarea cu oxitocină a fost luată pe la orele 21^{00} de către medicul de gardă (SPÎNU Elena). Ventuza putea fi aplicată anume după dinamică, sunt anumite condiții când poate fi aplicată. La orele 23^{20} ventuza nu mai putea fi aplicată, deoarece pe cap era bosa mare, când a venit aviasanul de la Chișinău a întrebat dacă nu au aplicat ventuza că de obicei de la ea se formează bosa asta pe cap. Nu erau condiții de a fi aplicată ventuza. În genere ventuza nu putea fi aplicată, deoarece lipsea un tub care face diferența dintre presiune. De către angajații secției a fost aplicată ventuza prin anii 1980 de către CERCAȘ. În anul 2019 dânsa activa în calitate de șefă de secție. JUNCU Victor în anul 2019 a găsit ce lipsește la ventuză, a reparat-o și a folosit-o. Când a venit dânsa în funcție ventuza era, dar era defectată. Nimeni nu o folosea fiindcă era defectată. A primit-o FINCIUC când era șef de secție, a primit-o cu defect deodată. Aceasta se afla în depozit defectată. Personal nu a făcut nici un demers către administrație că ventuza este defectată și necesită reparată, deoarece nu a avut necesitate de a o folosi. În anul 2007 dânsa nu activa în secția respectivă. În anul 2009 a revenit de peste hotare și ventuza era deja. Din anul 2003 până în anul 2009, a activat în calitate de medic ginecolog în Țările Arabe. În momentul supravegherii de către dânsa, starea paturientei era ca la toate, erau contracții, era epuizată din punct de vedere psihologic. La predare Elenei SPÎNU, a examinat paturienta împreună cu aceasta. A început deschiderea, căpușorul progresa, au început contractiile. Atunci la examinare nu erau careva indicații pentru cezariană. În fișa gravidei, a văzut o analiză care a depistat o infecție la parturientă. Asta a fost la evidență de către medicul de familie. Erau schimbări în frotiu. Operația cezariană în așa cazuri se indică dacă riscul neefectuării este mai mare decât riscul de a naște natural. Atât timp cât mergea nașterea nu erau indicații pentru cezariană. Indicații au apărut în ultima perioadă de travaliu. Personal, nu a făcut măsurări la bazinul paturientei. În fișa medicală era o concluzie că bazinul paturientei este strâmtat. Conform măsurilor era un bazin strâmtat, era mai mic undeva cu 1,5-2 cm. Conform

măsurilor respective nașterea putea continua pe cale naturală. Masa copilului permitea ca el să se nască natural. De la orele 15^{00} până la orele 17^{00} nu au existat careva indici de a transporta paturienta la o instituție de nivel mai înalt. Când a revenit la orele 23^{30} paturienta era în travaliu, la sfîrșitul perioadei de expulzie, era obosită, epuizată. Tensiunea era normală. Paturienta se stăruia să respecte indicațiile medicilor. În luna mai 2019 funcția de neunatolog nu o îndeplinea nimeni. Dânsa ca șefă de secție s-a adresat nu numai odată la șeful spitalului, dar și la vice-ministru dar i s-a răspuns să nu aștepte neunatologi că nu sunt medici și dacă sunt careva probleme, Bălțul este sub coaste. În cazul în care era neunatolog, situația putea să fie alta, deoarece să fi fost neunatolog lângă copil după naștere era să fie bine. Dacă era să vină aviasanul de când s-a născut copilul avea să fie altceva. Bălțul era mereu receptiv și e chiar aproape, dar atunci așa a fost să fie. Dacă se pune programul în travaliu cu oxitocină, se pune 1 ml sau 5 unități de oxitocină la 500 ml de soluție fiziologică. Se începe tot asta cu 8-10 picături pe minut intravenous, după aceea la fiecare 20 minute se mărește cu 5-10 picături. Toată soluția asta este predispusă pentru cel mult 2 ore. Dacă după două ore ea nu merge, nu face efect, ea sau se scoate sau dacă se ea în considerație situația obsetricală și se vede ce va fi mai departe se poate de pus a doua porție de oxitocină. A doua porție de oxitocină a fost administrată la ora 21^{00}. În perioada orelor 21^{00}-23^{00} dacă paturienta era să fie internată într-o instituție de alt nivel, situația avea să fie tot asta dar poate avea să fie decizia de a merge la cezariană. Altă metodă de a îndemna nașterea. Decizia de a administra a doua porție de oxitocină a fost luată de către medicul de serviciu SPÎNU Elena. La sfârșitul primei porții de oxitocină era dinamică, mergea căpușorul, se mișca (fila dosarului 176-177, volumul III).

7. Martorul BĂDĂRĂU Liubovi a declarat instanței că, ea nu ține minte ce a fost 5 sau 6 ani în urmă. Cazul dat este legat de serviciu și anume la acel moment dânsa activa în calitate de moașă în cadrul maternității raionului Fălești. Despre cazul care se examinează nu cunoaște nimic și nici nu ține minte nimic. A avut loc o naștere, în calitate de moașă a asistat la naștere. Medicul care a primit nașterea a fost SPÎNU Elena. Nu ține minte numele și familia persoanei care a născut. Medicul decide dacă nașterea a fost una normală sau cu complicații. Dânsa nu poate spune, deoarece nu știe răspunsul. Nu ține minte dacă la acea naștere a fost folosită ventuza sau nu. În perioada în care activa nu cunoaște dacă

maternitatea dispunea la acea perioadă de ventuză. Când a dat declarații la faza de urmărire penală le ținea minte mai bine. La moment nu ține minte ce a zis atunci (fila dosarului 183, volumul III).

8. Martorul BĂDĂRĂU Aurel a declarat instanței că, după 5 ani de zile situația dată în detalii nu o mai memorizează, dar activând în calitate de medic anesteziolog-reanimatolog în Spitalul raional Fălești fiind în gardă a fost telefonat despre starea unui pacient. Cum a acționat și ce a făcut, la ce oră totul este trasat în fișa medicală. La maternitate s-a născut un copil care era supra grav. A aplicat respirația-oxigen dirijată, a extras tot ce se conținea în plămâni pe dreapta, pe stânga nu a avut posibilitate. Văzând că copilul e grav și trebuie resuscitat mai departe, a făcut apel la Aviasan care a venit și l-a preluat. Copilul a fost dus la reanimarea din Bălți, iar ulterior transferat la Chișinău. A fost chemat în a doua jumătate a nopții. În fișă este indicat. La acel moment maternitatea nu dispunea de medic neunatolog. Problemele organizatorice nu intrau în funcția sa, dar știe că un astfel de medic la acel moment nu era. Îi pare că asta era impus pentru medicul ginecolog-obstretician. Când era nevoie intervenția unui alt specialist, acesta îl chema. Dânsul nu a asistat la nașterea propriu-zisă. Copilul era deja născut, dar cum a derulat nașterea nu poate spune. Au fost cazuri când a fost chemat de către medicul ginecolog-obstretician pentru a asista la intervenții chirurgicale. 50 de ani de serviciu anesteziologic a acordat ajutor specific anesteziologic. A fost specializat pentru vârstnici, nu pentru copii (fila dosarului 184, volumul III).

9. Fiind audiat în ședință de judecată, expertul judiciar TIGHINEANU Sergiu, a declarat instanței următoarele: A apreciat că travaliul pacientei a început la data de 15.05.2018, la ora 07:10 min după faptul că, conform fișei medicale a bolnavei de staționar nr.2826 a IMSP SR Fălești rezultă că la momentul internării și anume la data de 15.05.2018 ora 07:10 de către medicul care a primit-o s-a constatat că membranele amniotice au fost rupte și a fost revărsat lichidul amniotic și plus lungimea colului uterin era de 25 cm de la care 1 cm, adică sunt niște criterii care indică la acest fapt. Concluziile că lipsesc înscrierile perioadei dintre orele 21:10 până la orele 23:15 au fost bazate pe înscrierile din partogramă. Mereu se ține cont de înscrierile din partogramă. Totul ce este în partogramă trebuie să fie reflectat și în partea descriptivă a fișei. La concluziile respective s-a ținut cont de datele din partogramă. În cadrul unei nașteri tot timpul se ține cont de partogramă,

doar că nu în toate cazurile aceasta este informativă din cauza ca nu este completată cum trebuie. În cazul acestei spețe, datele din partogramă puteau fi reținute ca date, dar ca fiind veridice, se uită din mai multe părți care trebuie să fie. Ele trebuie să fie analizate și prin prisma părții descriptive nu doar separat. Tot ce examinează medicul trebuie să consemneze în scris. Partograma este așa un document schematic în care se fac niste mențiuni. În fișa după fiecare vizită medicul este obligat să semneze și să pună ștampila, în partogramă asta nu se conține doar la urmă este menționat cine a fost medicul. Obligă medicul să consemneze și semneze la sfârșit de fiecare vizită un ordin, dar acum nu este gata să îl numească care anume este. Asta este o regulă generală pentru medici și este aplicabilă în toate cazurile. Sunt niște cerințe generale în activitatea unui medic. În raportul de expertiză din 01 aprilie 2021 se indică că infuzia cu oxitocina a început la orele 19:10 și până la 21:10 nu s-a declanșat travaliul adecvat. Prin travaliu adecvat se subînțelege faptul că deschiderea colului uterin cu 1cm pe oră. La orele 21:10 conform fișei medicale era o deschidere premiabil la 6 cm. De la orele 19:10 până la 21:10 deschiderea era în creștere, dar nu era în perioada totală de 12 ore, nu era una suficientă. Insuficiența a apreciat după datele din partogramă. Din partogramă rezultă că a fost de 6 cm. Principalul trebuie de relatat că persoana a fost cu bazin strâmtat unde oxitocina nici nu se acceptă. Aici oxitocină a fost făcută mai departe și după 21:10, încă prelungit și cu o doză mai mare, ceea ce este absolut contraindicat. Se referă la protocolul din ghidul C. Noțiunea de bazin strâmtat și noțiunea de disproporție fetopelvină nu sunt identice. Este situația clinică și anatomică. Disproporția poate fi una clinică în cazul în cazul în care este un făt macrosom în cazul unei femei cu bazinul anatomic normal. Acestea sunt două situații diferite, dar în ambele cazuri va fi disproporția feto-maternă din considerente dimensiunile fătului și dimensiunile bazinului. În cazul lui MARCOCI, a fost bazinul anatomic strâmtat deja care pune multe, multe semne de exclamare pentru a decide conduita pacientului în așa caz și mai ales că fătul s-a dovedit a fi macrosom. În așa cazuri, toate situațiile trebuie să fie conduse și rezolvate la nivelul 2 sau 3 de maternitate nu la nivelul 1 în Fălești. Este scris că în caz dacă timp de 2 ore nu se rezolvă nu merge travaliul de sine stătător trebuie de oprit și reeșind din ce poziție se află fătul de venit la cezariană sau de transferat la instituția de gradul 2 sau 3. Așa este scris în ghidul C. Acea perioadă de 2 ore dintre orele 19 și 21 a fost o situație care trebuia să fie decizia primită. Dacă vedea ca nu merge și medicul peste 2 ore nu putea să treacă încă la o procedură de

oxitocină înseamnă ca trebuiau să fie făcute alte proceduri - cezariană sau transfer. Dinamica pozitivă în deschidere care a fost de 3 cm la o pacientă cu bazinul anatomic strâmtat nu rezolvă situația benefic pentru făt sau pentru mamă. În cazul bazinului anatomic strâmtat deja este vorba despre disproporția din start. În unele situații poate fi făcută încercarea când nu sunt date certe despre gradul de disproporție și asta este posibil de încercat. Sunt situații un pic mai greu când nu s-a identificat bazinul anatomic strâmtat se putea și se dădea această încercare de 2 ore cu oxitocina care pe urmă trebuia să fie rezolvată de sine stătător așa este scris și în caz dacă timp de 2 ore nu se rezolvă este contraindicat să revină mai departe cu oxitocină. Asta se primește mai departe că copilul forțat medicamentos a fost băgat prin căile de naștere, ce nu se admite. Pentru a preveni traumatismele sau situații de asfixie din cauza unei nașteri prelungite. În concluziile raportului este scris și în Ghidul C este stipulat nivelul de obligație ce trebuie de făcut. S-au condus după un protocol și ghid, însă deja modul sunt niște documente mai ierarhic mai inferioare care spune cum să fie făcut. Ghidul respectiv reglementează ce trebuie de făcut în domeniul respectiv, dar ordinele deja stipulează ca exemplu cu a cui mașină trebuie de făcut, spitalul care primește sau spitalul care trimite, adică procese organizatorice. Ghidul este un document de specialitate în domeniu. Ghidul C pagina 89 ce ține de protocolul de administrare cu oxitocină este indicat ca indicație disproporție făt bazin. Din start este contraindicație disproporție făt-bazin. Nu s-a stabilit de la început disproporție și acum se vorbește de altă procedură care în general nu poate fi aplicată. În cazul în care este disproporție în genere este contraindicată administrarea cu oxitocină. Nu se discută situația despre o naștere normală, dar despre o situație când deja nașterea este una complicată, deja patologică. Orice naștere care nu merge fiziologic se numește deja patologică și de asta și este stipulat tot în protocol în cazul de disproporție care se numește naștere distructivă ce trebuie de făcut și din start dacă la internare se vede acest factor de transmit la nivelul 2,3. Din start trebuia transferată la alt nivel, dar cum a mai spus se poate de încercat, fiindcă nu se știe cât este de mare disproporția asta. Acolo s-a indicat ca fătul are 3,200 kg, nu cunoaște de unde s-a luat asta. Fătul are 3,700 kg. Pentru o femeie care naște cu talia de 153 cm și cu așa făt el este macrosom care poate deja fi problematic și la persoanele cu bazinul normal. În cazul lui MARCOCI s-a dovedit a fi după dimensiunile indicate în fișele medicale bazinul anatomic strâmtat din cauza că o dimensiune deja era mai mică de 2 cm decât norma. Conform literaturii de

specialitate este stipulat că destul unul dintre repere să fie mai mic de 2 cm acest bazin se socoate deja anatomic strâmtat și după această fixare toată această conduită trebuia să fie văzută prin prisma pacientei cu bazin anatomic strâmtat. Ea a fost dusă ca o pacientă fiziologic normală care nu s-a diagnosticat că este situația unei nașteri complicată, patologică. În cazul în care se vorbește despre ruperea prenatală acolo sunt niște situații că în cazul în care până la 37 de săptămâni tot trebuie să fie transferată dacă mai mult deja și depinde dacă este pregătit colul, el trebuie să fie pregătit asta este vorba de inducție dacă este membranele rupte deja trebuie să fie careva acțiuni din partea medicilor pentru a provoca travaliul. Iată persoana a venit fără semne că travaliul a fost pornit și aici sunt niște acțiuni, prima trebuie să fie de văzut pornirea cu oxitocina, oxitocina se face numai când este punga amniotica ruptă sau apele curg, asta este prima condiție altfel nu se face. Dar până a face oxitocina este nevoie de văzut să fie colul uterin maturizat, dacă acesta nu este maturizat se fac niște lucruri pentru ca să îl maturizeze altfel oxitocina tot nu se face. Dacă faci oxitocina îl rupe, rupe uterul, rupe tot, de asta sunt pași. În concluzii a avut în vedere toată această situație clinică și care protocoalele sunt unice, iar fiecare ordin care este trebuie să fie prin prisma acțiunilor corect sau nu. Nu are importanță câte ordine sunt ele trebuie să una și aceeași acțiune. Ce ține de acțiuni ele sunt toate una și aceeași și chiar în situațiile în care prin o redacție mai nouă sunt niște lucruri care nu se schimbă și aceste prevederi ele nu se schimbă, se schimbă denumirea instituției, denumirea Ministerului Sănătății care este motivul pentru a modifica un ordin deoarece s-a schimbat instituția, dar prevederile care sunt situații cheie ele rar când se schimbă. Se schimbă ceva la general precum și în legislație. Aceste schimbări despre care a vorbit, nu s-au schimbat și nu pot fi schimbate or, acestea sunt niște lucruri de bază. Fiecare medic alege după care document se conduce pentru a rezolva careva întrebări înaintate lui. Dar acest document după care el se conduce trebuie să fie unul obiectiv. Nici nu au de unde să cunoasă despre toate ordinele Ministerului care se emit. Chiar sunt multe ordine care reglementează activitatea medicului legist și poate să nu cunoască despre existența acestora, dar în toate cazurile dânșii trebuie să se conducă de un document care este plasat pe site-ul oficial al Ministerului Sanatății. În raportul de expertiză, peste tot a indicat sursa, pagina. Orice medic în activitatea sa este obligat să se conducă după acte normative existente. În raportul de expertiză la concluzia ce ține de aplicarea ventuzei s-a ținut cont de prezența bosei la făt, da asta este un impediment, dar s-a scris când

nașterea nu se rezolvă trebuie aplicat. Da, asta este un moment care poate să fie clinic, pentru aplicarea ventuzei corecte, iarăși este scris ca trebuie să fie finisat sau prin cezariană etapa a 2 sau prin aplicarea ventuzei în faza a 2. În cazul în care fără a fi problemă ca căpușorul nu-și schimbă poziția acolo timp de 10 minute asta este situația când trebuie să fie aplicată și mai ales nu am văzut datele cardiotopogramei. Nu sunt datele care iarăși ar reflecta starea fătului. Chiar și lucrurile făcute de domnul CARAUȘ au fost niște declarații, fără să fie pus pe ce se bazează. În cazul acesta SPÎNU Elena spune că nu a scris, dar trebuie să se bazeze pe ceva. Chiar și aici este o încălcare când este o naștere obstructivă și sunt careva complicații, cardiotopograma trebuie să fie permanent cu fixare. În fișă nu este indicat. Referitor la starea fătului, acesta s-a născut cu abgar 33. Din ce cauză dacă a fost tot ok, fătul în 10 minute s-a născut în asfixie serioasă, adică acolo a fost ceva, dar dânsul și nici medicul nu poate demonstra, nu au cu ce demonstra și ramân la acest fapt că căpușorul nu se cobora și vorbind așa ruptura s-a oprit și trebuia de ajutat ca să fie finisată nașterea, asta se face prin ventuza însă în asemenea situații și atunci când este cefalohematom trebuie de făcut nu cu ventuza dar cu forceps, adică altă procedură că sunt două. Este diferența dintre bosă si cefalohematomă. Bosa apare cam permanent în toate cazurile și dispare într-o formă fiziologică de sine stătător și nicidecum nu afectează sănătatea copilului. Cele mai complicate sunt hemoragiile și pot avea și complicații și pot duce și la traume. Pentru a pune punct cu ventuza, este și altă cale de rezolvare, în limba rusă asta se numește ,,щипцы” atunci nu este nevoie de pus pe locul acela unde s-a spus că este aceasta problemă, dar ea se pune pe lateral care ocolește această bosa și finisează nașterea normal fără probleme. SPÎNU Elena este specialist și cunoaște diferite formule pentru a calcula greutatea probabilă a fătului. Cum dânsa a făcut calculul și a primit 3,200 kg. Formula Jordan - înălțimea fundului uterin pe circumferința abdomenului, el are 95 și 39 se primește 3,705. Trebuie de făcut aici calcule. De ce nu a făcut un lucru care trebuie să fie făcut la toate mamele, mai ales la talia de 153 cm, asta este o talie alarmă trebuie de făcut, de văzut. Toate persoanele și mai ales SPÎNU Elena o ea în altă parte, el face obiectiv datele care le-a avut la mână. Persoana de 153 cm, cu înălțimea fundului uterin 39, coeficientul dacă mai puțin de 120 asta deja arată la bazinul strâmtat, de ce nu a luat în considerare acest lucru. La internare 33 și deja după ce s-a scurs apele, acolo este scris ca pot fi divergențe 22 și încă depinde cum se măsoară aceasta pe linia mediană, trebuie totul corect și aici corect a zis inculpata că, trebuie de văzut

coeficientul de pe data de 8, de văzut cât este până ca lichidul amniotic să fie scos, el se coboară dar această examinare se face până la ruperea apelor amniotice, adică sunt și alte date. Toate datele dânsul le-a luat din fișele care SPÎNU Elena le-a prezentat. A făcut calculul și la dânsul se primește 95 pe 39 și iese 3,705. Condițiile trebuie să fie cu apele amniotice păstrate. Este scris cum corect și când se face această măsură și în cazul în care nu este la moment nu sunt apele scurse dar persoana are 153. Când este 150, în general toți medicii fac cezariană și dacă 153 cu un făt care devine macrosom, adică cu 3.700 este masă normală, dar în condițiile în care mama este mică, copilul pentru acestă mămica este mare și de asta deja trebuie de făcut calcule, trebuie de luat niște date corect la punctul respectiv da nu deja după o perioadă când s-au schimbat toate datele. Ele gata nu sunt veridice. Aceste acțiuni din raport nu vizează medicul obstetrician-ginecolog. Aceasta nu vizează acțiunile medicului. Partea descriptivă asta tot ce este din documente. Pagina 6 a raportului din 2019, nu el scrie aceasta, este scris din fișa medicală, ei transcriu tot ce este scris în fișa medicală. Rezultă ca nu s-au făcut măsuri de resuscitare, lipsește fișa care să reflecte ca acest lucru s-a făcut. Aici s-a spus așa ca să făcut, dar nu s-a demonstrat unde, prin ce. Aceste acțiuni după cum ține minte s-au făcut peste 17 minute, însă acest lucru trebuia să fie făcut din primul minut. În partea descriptivă a raportului se introduc toate datele din fișa medicală. Neunatolog trebuie să fie obligatoriu prezent, dar dacă nu-i, atunci nu trebuie să se apuce, deodată trebuia transferat la nivelul 2 și 3. De aceasta și este prevăzut ca cazurile complicate să fie unde este pregătit și secția respectivă și specialiști respectivi și în cazurile complicate să fie rezolvate. La nivelul 1 se fac numai nașterile fiziologice normale. Aici iarăși a încălcat prevederile protocoalelor care spun că, în cazurile nașterilor obstructive trebuie la nivelul 2,3, de ce s-a apucat? Revenind la reanimație. Citește și are o întrebare: 23:55 de către cine o fost făcută resuscitarea asta. Ce resuscitare ați făcut? Adrenalina a fost făcută cu ce scop, el a avut stop cardiac? SPÎNU Elena ca medic obtretician-genicolog nu face această resuscitare, o depășește competențele. Rezultă că renimatologul a fost solicitat și a venit peste 17 min. Persoana competentă să efectueze aceste acțiuni, el răspunde de acest lucru. Și anume din aceste considerente ca în așa situații trebuie să fie prezent neunatolog în sala de naștere. Unde e protocolul de resuscitare, acestea sunt consemnări, trebuie demonstrat. Aceaste consemnări sunt niște date subiective. Când medicul introduce niște preparate, chiar și oxitocină și în partogramă el indică că s-a făcut

toate lucrurile, acestea sunt reflectate și în fișa de indicare a preparatelor. Ce ține de resuscitare, este un document, protocol de resuscitare care trebuie să fie completat, s-a făcut asta, s-a indicat asta. Toate datele trebuie să fie consemnate în cazul partogramei, dar trebuie sa fie și un suport care demonstrează acest lucru. Expertizele se fac pe probe și dovezi, nu pe declarații. Da, putea infecția uterină genera complicații. Ele pot aduce și la stare gravă și nu. Infecția prenatală la făt tot timpul este, dar nu înseamnă că prezintă contraindicații pentru a face anumite acțiuni și în cazul în care este pericol pentru viața mamei sau a fătului acțiunile acestea trebuie făcute obligatoriu fără să fie situația că este o infecție să fie un impediment. Infectia la mamă putea să fie un impediment la cezariană dar și nu. Pâna în anii 1993, a fost această problemă majoră, în ziua de azi cu tratamentul antibacterian, nu prezintă un impediment pentru a face cezariană, decât să faci un tratament antibacterian care rezolvă această problemă. Nașterea trebuie să fie un lucru coerent între mama și medic. Poate fi orice în linii generale, dar asta nu duce la ceva concret când în cazul dat, fătul se naște cu greu, au avut loc defiscienție la bazin, adică aici așa durere nustiu cine ar putea rezista. În cazul durerilor masive este greu să corelezi. Putea ca timp de trei ani bazinul Marinei MARCOCI să se mărească. Dânsul este specializat și în obstetrică. Este în drept și este licențiat și asta este unica instituție medicală din medicină legală care evoluează calitatea asistenței medicale în toate domeniile. A discutat cu CARAUȘ Iurie de asta acesta a și dat concluzie separată, așa prevede Legea 68. În cazul în care comisia nu întrunește viziunea vizavi de elaborarea concluziilor, orice participant sau membru al comisiei este în drept să scrie opinie separată. A indicat că, concluzia domnului CARAUȘ a fost mai mult declarativă decât bazată pe probe. Ofițerii de urmărire penală nu s-au condus de prevederile art 89 CPP care prevede în aliniatul (4) că persoana care anterior a participat ca specialist într-un act de control nu are dreptul să fie expert ad hoc, prin asta rezultă că procedura a fost încălcată. Ofițerii de urmărire penală, când i-a informat și când le-au prezentat un act confirmativ al Ministerului, trebuiau să se conducă de asta. CARAUȘ Iurie este în conflict de interese în această cauză deoarece a participat într-o comisie și a susținut poziția lui anterioară. Nu au luat în considerație opinia separată a acestuia, însă au discutat și au întocmit raportul de expertiză. Acolo sunt niște momente în care acesta confirmă bazinul atomic strâmtat (fila dosarului 192-194, volumul III).

10. Fiind audiat în ședință de judecată la cererea părții apărării, expertul *ad-hoc* - CARAUȘ Iurie, a declarat că, este angajat în calitate de vicedirector la Institutul Mamei și a Copilului din Chișinău din 22 aprilie anul curent. În domeniu activez din anul 1989. După specialitate este obstetrician-ginecolog din 1889 la Institutul Mamei și a Copilului. Când a participat în calitate de expert ad hoc tot acolo era numai că în calitate de șef al Centrului Prenatal al Maternității din 2013. A fost comisie formată de Ministerul Sănătății în legătură cu cauza respectivă în 2018. Au fost în comisie cu 4 sau 5 doctori. Când se întâmpla o tragedie se formează o comisie. Nu poate spune concluziile comisiei în tocmai, dar este scris de toți membrii cazul a fost inevitabil a decesului. Adică nu se putea de prevenit. Din câte își amintește, dânsul a scris variantele de analiză a cazului în maternitate. Din fișa medicală rezultă că, travaliul a început la ora 11 dimineața la data de 15 mai 2018 după ce a fost internată în maternitate. În prezența bosei ventuza nu se aplică. Exact cum a calificat comisia, dânsul a fost membru al comisiei, asistența medicală a fost calificată ca la gradul 2, posibil dacă Aviasanul pentru nou-născut venea mai repede. Posibil dar merge vorba că atunci au menționat neunatologul nu a fost dar a fost chemat anesteziologul raional din spitalul care a resuscitat copilul. Iaca acolo trebuia repede. Aviasanul de la Bălți în primele patru ore e de dorit, înainte de asta copilul trebuie să fie resuscitat stabilizat și în primele patru ore de echipa specializată. Posibil era alt efect de la tratament. În fișă, unica analiză și tot nu-i clar dacă după aceasta au făcut unele concluzii specialiștii din maternitatea Fălești care au examinat cazul au scris ca în frotilul care l-au avut din carnetul prenatal, un singur frotiu ca mulți coci. Cu toate ca leucocitele sunt în limitele normei. Acel frotiu nu arată că este o infecție vădită. Însă pe parcursul ulterior al sarcinii alte investigații ale florei vaginale în carnetul prenatal nu au fost și la starea gravă a copilului care a fost deja la spitalul 1 conectat la analizele bacteriologice și în urma analizei morfopatogice, acolo este scris expres ca este infectare și sunt analizați microbii după câte ține minte și schimbările care sunt în ficat, rinichi, creier, ele denotă în viziunea specialistului morfo-patolog în expertiza care a făcut-o acesta ca sunt afectate toate organele, practic și creierul vitale de infecții, însă el mai probabilizează prezența infecției intrauterine însă din cauza ca nu a fost placenta prezentată la expertiza, placenta după ce se naște copilul. Placenta este o informație foarte vastă dacă o examinezi ce fel de infecție a fost ascendentă adică prin căile de naștere sau prin prin sânge. Expertiza scrie ca a fost o infectare intrauterină până la naștere este descris în nota medicului din

cadrul spitalului. Așa și au descris cu comisia și neunatologul și obstreticienii și morfopatologul. Un copilaș intrauterin dacă este practic sănătos, în timpul nașterii el trece canalul de naștere sub acțiunea forțelor vecalice, este dovedit că „un copilaș compromis” de către infecție el decompensează anume când trece prin canalul de naștere. Aici copilul depune un efort. Atunci când copilul a trecut prin bazinul mic al pacientei s-a produs drama, în baza infecției intrauterine care nu a fost depistată. Evident, dacă operația cezariană se face și dacă este infecție intrauterină, în cazul dat concret a fost infectarea plăgii pe perineu, așa ține minte că a fost stipulat și la primul spital care a fost spitalizată, a fost dehiscienta plăcii pe perineu, asta și vorbește ca a fost o infecție intrauterină și plaga s-a desfăcut, însă mai puțin vădit la mame căci ele sunt organisme mature care au imunitate și au posibilitatea de a recupera după infecție dar riscul este evident. Dacă nașterea este cât de cât normală iar în timpul nașterii ne impune să mergem la o naștere prin cezariană, riscuri sunt după operația cezariană sută la sută sunt și comparativ cu o naștere naturală ele sunt de 10 ori mai mari de avea complicații infecțioase sau ne infecțioase. A căutat și până la moment nu a găsit unde sunt indicate dimensiunile bazinului. De asta trebuie să se ocupe medicul de familie de sector, medicul obstetrician. Deja după atâția ani, este nevoit să zică, conform literaturii, că această doamnă a născut după prima naștere cu 3,680 cu bazin strâmtat și cum scriu medicii legiști cu disproporție feto-pelvina, ulterior a mai născut trei copilași, astfel este sigur că în acest caz, la prima naștere bazin clinic disproporționat nu a avut. Ea a născut de trei ori, bazinul nu se modifică, țesuturile doar sunt mai distinse. A avut părerea personală și a scris ca a fost disproporție fato-pelvina la acel moment, dar după ce a mai născut de trei ori, 100% nu a fost disproporție. După cum a studiat, bazin strâmtat de gradul 1 da, este. Documentul special în medicina și anume în obstretică care îl apără pe medic și pe pacient este fișa medicală. În fișă este scris detailat tot ce se referă la acest caz. Fișa nu-i ideală, cum nici una nu poate fi. După fișă vede că nu sunt datele despre suferința fătului. Ceea ce s-a întâmplat complicația la copilaș în timpul nașterii și bătăile inimii au fost în limitele normei. Asta nu depinde de mamă sau de doctorul care conduce nașterea. În fișă și documentația prezentată este scris că a fost un comportament neadecvat. Acesta este pacient și medicii mereu se străduie repede să respecte toate cerințele, însă e foarte greu când pacientul nu este în stare să respecte. Asta nu a influențat nicidecum, ea repede a născut. În perioada de expulzie când s-a scremut nu au fost suferințe. La stabilirea greutății, în cabinetul prenatal sunt niște

date stabilite la intrarea și la ultima naștere sunt cu totul alte date la bazin, dar nu are importanță înălțimea fundului. La intrare în maternitate dacă se măsoară dimensiunile bazinului atunci se ea în calcul sau medicul citește carnetul prenatal, vede medicul care a condus gravida și atunci când intră staționarul în maternitate vede citește, dovedește să măsoare. Dacă medicul în sala de naștere are unele dubii el încă odată va măsura. În rest, medicii se uită după carnetul prenatal, acesta este documentul de bază oficial în țară. Formulele care sunt folosite în stabilirea greutății fătului sunt Jordane și Iacubova. Înălțimea fundului uterin se înmulțește la circumferința abdomenului, la a doua aduni cântarul cu înălțimea fundului uterin înmulțit la 100 și împărțit la 4. Ele sunt scrise în fișă și ele sunt cele mai corecte și cele mai vehiculate. Dacă masa apreciată la examenul ecografic este de +/-500 grame tot ajută dar este pe rândul trei după aceste formule. Nu în toate maternitățile de nivelul 1 sunt neunatologi. După legislația Republicii Moldova tot ce se referă la sistemul perinatal în țară și maternități în special de nivelul 1, 2 și 3 nu mai zic că evident că sunt. Neunatolog trebuie să fie, dar dacă nu este de resuscitare se ocupă anesteziologul și pediatrul care este în cadrul spitalului, care trebuie să treacă și perfecționare în acest domeniu. În stare de urgență se acordă resuscitare copilului nou-născut. Nu sunt anesteziologi-pediatri atunci obstreticianul și moașa la fel au dreptul să participe la resuscitarea nou-născutului. Dar anesteziologul generalist în caz de urgențe este obligat să resusciteze și un copil nou-născut. Părerea medicilor legiști este una unanimă. Atunci când a văzut că părerea sa este diferită de a medicilor legiști, și-a exprimat separat părerea. Absolut nu este de acord cu decizia lor. În primul rând nu sunt specialiști în domeniul obstreticii, sunt medici, sunt colegii săi, dar categoric să afirme că la 6 cm după cum a scris acolo că medicul a făcut operație cezariană, nu veți convinge nici un medic de pe planetă cu așa ceva, că trebuia de făcut, nu-i corect. La 6 cm medicul nu a avut nici o treabă să facă operație cezariană, ca să spun că la 6 cm trebuia categoric de făcut operație cezariană că a fost disproporție, asta nu-i absolut nici logic, nici cărturar. Cu aceasta nu este de acord și le-a spus-o în față. Față de Ministrul Sănătății cu echipa de medici legiști, i se spune că este brutal, dar nu este așa, le-a spus că ,,nu aveți dreptate”. În cazul acesta concret prevalează infecția în primul rând cauza scurgerii lichidului amniotic fără activitate de travaliu, al doilea că la bazinele strâmtate la fel poate să se întâmple când se începe perioada, când trebuie să nască, dar prevalează infectarea uterină. Medicul obstretician trebuie să fie foarte atent ca să nu scape semnele disproporției. Aceste

semne apar atunci când se deschide complet uterul cu perioada de expulsie. Nici la 3 nici la 6 cm semnele de disproporție nu pot fi incluse în obstretică. De la 8-9 cm posibil poți aprecia. La cazul dat, ventuza nu era binevenită și este contraindicată deoarece era bosa, atunci când copilașul s-a coborât în cavitatea bazinului mic poate să fie numai în circumstanțe. Personal poate să aplice ventuza, și încă vreo două-trei persoane de la Centrul Mamei și a Copilului, dar în cazul dat, din măiestrie trebuie să găsești o bucățică de os la căpușor ca să ai de ce apuca, dar în rest pe bosa sangvină nu se aplică. Depinde unde era capul, dacă copilul era coborât și la cezariană poți să îl traumezi încă și mai tare. Trebuia mai repede să nască. Conform nașterilor ulterioare, se constată că nu a fost bazin strâmtat. Bazin strâmtat de gradul I în cazul în care este insuficiența contracțiilor uterine se permite de a administra oxitocina, numai că contracțiile trebuie să fie dirijate în așa fel de către medic ca să fie conform protocolului pentru administrarea oxitocinei, adică nu mai des de 1 minută și nu mai des de 40-50 de secunde durata și dacă este respectat, atunci da. Dacă picuri mai des atunci oxitocina provoacă activitate foarte excesivă și expulsivă. Protocoalele și stadardele medicale au caracter recomandabil, și din 2003, 2006, tot ce nu a fost abrogat și ghidurile. Acolo nu că ele se contrazic, dar dacă în ansamblu ele permit administrarea oxitocinei. Sunt mai multe protoacle și ghiduri și acum sunt și protocoale instituționale la nivel de catedră și repartizate în țară și aici nu este încălcat protocolul de administrare a oxitocinei. Protocoalele la care a făcut referire sunt recomandate, nu obligatorii. Se discută cu colegii din România să fie elaborate protocoale obligatorii, dar mai este de lucrat. Concluziile raportului de expertiză judiciară în prezenta cauză se bazează pe ceea ce a fost prezentat comisiei. După fișa medicală care este în față, medicul a considerat că trebuie de administrat oxitocina și corect a făcut, iar în dependență de conduita nașterii odată ce a început perfuzia acesta are dreptul de a prelungi perfuzia până la sfârșitul nașterii, numai dacă nu apare excesivă. Dacă contracțiile devin mai dese de 50-60 de secunde, dacă este o activitate excesivă atunci perfuzia se stopează. Aici așa semne nu au fost. 13 ore a durat nașterea, absolut normal pentru prima naștere, aici nu este nici o reținere. A fost desemnat în calitate de expert ad-hoc de către Ministerul Sănătății, nu din propria inițiativă. Pe SPÎNU Elena o cunoaște de când este medic obstretician-ginecolog, nu ține minte de când. Nu au învățat împreună. Alte relații mai apropiate, de afinitate cu inculpata nu are. Cunoaște medicii doar în legătură cu activitatea profesională. Dacă este fișa și partograma pozitivă și

totul merge bine atunci dinamica este pozitivă. În cazul de față nu a fost dinamică. Ce a făcut în sala de naștere nu cunoaște, dar este fișa. În comisie au fost și medici de familie. Practic MARCOCI Marina a făcut toate vizitele care s-au cerut. Suferința care a avut loc în timpul sarcinii este foarte greu de apreciat, la fel ca infecția intrauterină, de aceea au scris și juridic răspund pentru ce au scris, frotilul, leucocitele au fost în limitele normei, apoi ceva s-a petrecut, după ce a trecut acest frotiu și nu a mai dat, a fost posibil o infecție sau virală sau bacteriană, cel mai des vaginală. Înainte de a face concluzia, comisia așteaptă expertiza și acolo medicul morfopotolog scrie infecțiile anterior nașterii, din timpul sarcinii. Medicul de sector la fel poate să nu vadă infecția, la ecografie poate să vadă semne care nu sunt sugestive. Conform analizelor de sânge și urină, la prima vedere ele sunt în normă. Dacă mai aproape de naștere s-a scurs lichidul amniotic, asta este un semn. Dacă la prima sarcină a zis că trebuia să fie efectuată operația cezariană și că copilul a fost traumat, atunci cele trei nașteri ulterioare care le-a avut la Bălți, trebuia efectuată cezariana, cu atât mai mult, că medicii au știut care a fost istoricul. Cartea scrie că, după prima tragedie, următorul care primește nașterea, dacă era să fie el, era să o opereze 100 %. Dar infecția în timpul sarcinii, medicul de sector trebuia să o identifice și să-i dea un tratament, sau dacă nu era clar și el intuia atunci trebuia să o trimită la Bălți la nivelul II sau Institutul Mamei și a Copilului pentru un examen mai minuțios. Peste tot și în Fălești și în Besarabca și în Bălți, de când lucrează, poziția mamei este prioritară, ea alege nu medicul. Alta e că, nu sunt condițiile de naștere aproape verticală. Când este mai mare durata de scremere și bazin strâmtat atunci este cu mult mai oportun ca femeia să fie în pirostrei sau pe masă. Da, așa cu picurătoare. Pentru asta este moașa ca să vadă copilul când iese apoi se urcă pe pat, nimeni nu cade jos (fila dosarului 201-203, volumul III).

11. Acceptând de a fi audiată în ședință de judecată, **inculpata SPÎNU Elena a pledat nevinovată și a declarat instanței că**, activează în Spitalul raional Fălești de la 01 august 1990, iar în rechizitoriu este marcat 01 aprilie 2016, în calitate de medic obstretician-ginecolog. La 01 decembrie 2013 a fost numită în funcția de specialist în asistența mamei și a copilului în cadrul Spitalului raional Fălești. Din februarie 2016 funcția dată a fost transferată la Centrul medicilor de familie, astfel la 01 aprilie 2016 a fost transferată ca specialist principal la Centrul medicilor de familie. De la 01 aprilie 2016, la spital a rămas asigurând urgențele,

atât gărzile, cât și urgențele la domiciliu și probabil că ceea ce este scris în rechizitoriu că activează din anul 2016 la spital este ordinul care au angajat-o prin cumul. În anul 2018, dânsa activa la locul de bază, Centrul medicilor de familie ca specialist principal în asistența mamei și a copilului. Din 2017 i s-a atribuit categoria superioară de calificare, care a fost confirmată în 2022. Referitor la cazul nașterii Marinei MARCOCI. Dânsa activa la Centrul medicilor de familie, ziua de muncă era până la orele 17:00. La data de 15 mai 2018 în gardă a intrat la ora 17:00, a primit parturienta de la medicul PACICOVSCHI Tamara, care i-a comunicat următoarele, MARCOCI Marina a fost internată la ora 07:10 de către medicul SEICIUC, cu dureri, dar nu contracții, cu acuze la scurgerea lichidului amniotic de la ora 05:30. Pe prima pagină a fișei de naștere scrie că colul este scurtat la 2 cm închis, contracții nu sunt și starea pacientei satisfăcătoare, bătăile cordului fetal normale și s-a făcut un plan, adică în planul lui SEICIUC era scris că nașterea monitorizare și supravegherea dinamicii activității de travaliu, din punctul activității de travaliu nașterea a dedus conservativ. În discursul său va folosi diferiți termeni care se folosesc la diferite etape cum se numesc gravidele în travaliu. Deci, dacă nu avea dureri, dânsa încă nu era în travaliu și era gravidă. Gravida a intrat cu colul nepregătit, fără activitate de travaliu. În acest caz medicul s-a condus după Protocolul Clinic Național de ruptura membranelor fetale la termen, adică fiind la 39 de săptămâni care este recomandat de Ordinul 57 din 2013. Deci, ce prevede acest protocol monitorizare, pregătirea colului și inducția travaliului. S-au efectuat măsurările necesare, adică înălțimea, greutatea, circumferința abdomenului, greutatea era de 65 de kg, înălțimea de 1.55 m, circumferința abdomenului 95, înălțimea fundului uterin 33 și i s-a făcut pelvimetria 24, 26, 28, 18 și 5 sunt valorile la bazin. În urma analizei examinărilor conform datei literaturii în obstretica practică, la pagina 114, este scris că în urma analizelor datelor date se stabilește diagnosticul clinic se calculează greutatea probabilă a fătului, se exclude dizproporția feto-pelvină, se estimează gradul de risc, se face prognosticul nașterii și se înfăptuiește un plan. Deci, conform planului, gravida se supraveghează. După patru ore i se administrează mezoperestrol, pastila de care a spus MARCOCI Marina că i s-a administrat. Aceasta se dă cu scop de pregătire a colului uterin, s-a debutat travaliul încet, s-a început partograma și desigur că deja intrând în travaliu este parturientă. Parturienta se monitoriza în continuare, a fost supravegheată de SEICIUC până la ora 15:30 cum a menționat și acesta, ulterior la 15:30 o preia PACICOVSCHI.

Ceva schimbări în col erau, colul era deja permiabil la 1 cm. Ca atare în travaliu parturientele se examinează din 4 în 4 ore, însă având în vedere că a intrat în tură, trebuia să cunoască care este situația, a examinat-o vaginal împreună cu medicul PACICOVSCHI și a constatat la ora 15:30 când a primit-o PACICOVSCHI de la SEICIUC, colul era scurtat la 1 cm permiabil la 3 cm. Când a văzut-o ea (inculpata) practic aceeași situație, colul la 1 cm - 3 cm deschidere. Se continuă supravegherea, dureri la 7-8 minute, se urmărește mai departe. Conform protocolului, standardele și algoritmele de care se conduceau la acea etapă sunt, dacă timp de 4,6,8 ore nu se activează activitatea de travaliu se trece la inducția travaliului sau la stimularea travaliului și având în vedere că a văzut-o la ora 17:00, ulterior la ora 19:00, ca să facă comparație dintre patru ore, la ora 19:00 practic era aceeași situație, adică durerile la 5-6 minute câte 20 de secunde, colul scurtat la 0,5 cm premiabil la 3 cm, căpușorul fixat la intrare, curg ape fetale curate. Deci, în algoritm este stipulat ce trebuie să faci, adică trebuie să stimuleze activitatea de travaliu, dânsa a analizat activitatea de travaliu slabă, rară, monotonă. Practic dureri la 7-8 minute câte 15-20 secunde, lipsa dinamicii la ștergerea și dilatarea colului uterin. Dacă de la 15:30 până la 19:30 în patru ore, s-a dilatat cu 1 cm. Normal ar fi trebuit 1 cm pe oră să fie, dar la ea asta a fost timp de 4 ore. A analizat fișa de naștere, a calculat personal greutatea probabilă a fătului și după cum a spus că și este stipulat în literatură că i-au datele de la internare, nu date anticipate la care s-a referit legistul atunci când a fost în ședință. A folosit formula Iacubova, circumferința abdomenului se adună cu înălțimea fundului uterin, înmulțit cu 100 și împărțit la 4 este egal cu 3,200 kg. A mai luat altă formulă cu 20 din greutatea mamei, adică având aceasta 65 de kg, 20 asta e 3,240 kg. Dar, potrivit datelor literaturii se spune că metode comparative care ar fi mai eficace în aprecierea greutății probabile a fătului și s-a constatat că examenul ultrasonor este mai eficace. A luat datele pe care MARCOCI Marina spune că le-a executat la 35 de săptămâni și 2 zile și după acele date tot la termenul de 39 de săptămâni i-a ieșit 3,400 kg - 3,500 kg. Un moment este că, dacă s-ar fi suspectat făt macrosom, ea trebuia să adauge în greutate mai mult de 13 kg, însă a adăugat pe tot parcursul sarcinii 8 kg. S-a luat la evidență cu 57 de kg, la momentul nașterii avea 65 de kg. Nu a suspectat un făt macrosom nici dânsa, nici colegii săi. În acele condiţii a spus că copilul dat poate să se nască natural. Desigur, a văzut că și la bazin sunt niște valori puțin mai mici decât un bazin normal, dar nu cu atât de mult. La bazin distanța spinală normală este de 25 la ea era 24, adică -1cm, dacă

tristarm e 28, la ea 26,5 minus 1,5 trunhanteric 1,2 cm și externă dacă normal e 20 la ea era 18,5. Dar, în literatură se spune că, dacă avem conjugata externă mai mică de 18, atunci suspectăm un bazin strâmtat, la ea era 18,5 adică tot ne sugera că nașterea este posibilă pe cale naturală. A estimat maturizarea colului, la internare desigur că colul era imatur. Dar ce înseamnă maturizarea colului, când datele pe care o să le prezinte sunt momentele acestea care ce înseamnă col matur și imatur și în perioadă de maturizare. Colul după maturizare are niște punctaje de șoc. Dacă colul este deschis la 3 cm și mai mult, sunt două puncte, dacă concentrate iar sunt două puncte, dacă este elastic iar sunt două puncte și nivelul căpușorului. Adică avea 8 puncte după bishop și tot în protocol este scris și în literatura de specialitate dacă sunt mai mult de șase puncte după bishop atunci succesul de stimulare este garantat, adică este un rezultat favorabil în stimulare. Analizând toate datele respective, a ajuns la decizia de a stimula activitatea de travaliu cu soluție de oxitocină intravenos de cinci unități pe soluție fiziologică de 500. Toate acestea sunt scrise în fișa de naștere, în partogramă și în fișă. Au stipulat așa în plan, cum este stipulat și în toate datele literaturii lor și în protocol că, dacă timp de două ore nu este activitate de travaliu regulată, nu este o dinamică în deschiderea colului uterin, atunci peste două ore stopează perfuzia și decurg la operație cezariană. Asta este scris și în fișă. Acum, după cum a menționat și doamna MARCOCI, după ce a început perfuzia, practic nu a lipsit de lângă ea, deoarece perfuzia necesită o supraveghere mai minuțioasă, adică trebuie de urmărit după mamă, după contracții, după starea uterului, după starea copilului și respectiv permanent urmărea. Drept că nu de fiecare dată o înregistra, deoarece la cardiotopogramul precedent care l-a avut era deficit de hârtie, dar oricum se uitau, arătau mamei câte bătăi sunt, cum sunt bătăile, urmărea după uter. Pe parcursul perfuziei nu a auzit ceva de la MARCOCI Mariana ca să-i spună că are dureri extraordinare sau ceva o stare neclară. Da, când a început perfuzia era soțul acesteia în sala prenatală și atât aceasta, cât și soțul au întrebat-o pentru ce îi pune perfuzia. Le-a explicat că cheamă nașterea și ca să fie dureri normale. Toată ziua, erau dureri, așa. A picurat conform protocolului care se permite începând de la 8 picături, a picurat încet până a avut dureri normale. Se spune că se oprește titrarea până sunt dureri odată în zece minute câte 40 de secunde, dar nu mai mult de 40 de picături. Desigur că a ajuns la 40 de picături și cu asta s-au oprit. Continuă perfuzia mai departe. La 21:10 adică peste două ore conform planului care l-a făcut, a verificat dinamica. A constatat următoarele: dureri avea, chiar și pe

partogramă destul de bine este văzut. Dacă avea dureri deja a câte 3 în 10 minute colul s-a șters și erau 6 cm. Nu știe cum domnul legist să spună că nu este dinamică, dacă la 3 cm a ajuns la 6 cm, colul s-a șters, adică mergea normal cum trebuie să meargă și de aceea dacă merge așa cum trebuie deschiderea și tot atunci a decis că merge mai departe pe perfuzie. În protocol scrie că dacă este efect atunci se merge până la naștere și încă o perioadă după naștere cu perfuzia. Parturienta era activă, când o ridica când o culca, deoarece se spune că în poziția verticală activitatea de travaliu este mai activă, chiar poate să aibă și efectul de oxitocină, de asta și medicii recomandă mai mult să fie în mișcare și în poziție verticală decât culcată pe pat. Adică careva obiecții atât din partea MarineiMARCOCI și a fătului intrauterin nu a observat. La ora 23 îi comunică că o apasă la dos. Acestea sunt niște expresii din literatură. Adică apare senzația de scremăt, senzația de scremăt este debutul perioadei de expulzie, adică copilul s-a angajat și se pornește să iasă prin bazin afară. Dar, ca să știe care este situația și ce este cu colul, a examinat-o iarăși vaginal, desigur că colul era deschis complet, capul angajat cu segmentul mare la intrarea în bazinul mic, structura sagitala în diametru oblic, promotoriu nu îl distinge că tot la analiză când fac examenul pelvimetric făcând tactul vaginal se străduie să vadă ajungem sau nu ajungem promotoriu și tot este stipulat că, dacă noi nu se ajunge promotoriu înseamnă ca capacitatea internă a bazinului permite o naștere naturală. A urmărit după vastem, pe parcursul supravegherii de câteva ori a examinat-o ca să se convingă că capul va trece în bazin și s-a convins ca vastemul este negativ, totul este bine și a transferat-o în sala de naștere, adică în sala de naștere au intrat la ora 23:10 - 23 și ceva. Referitor la perfuzie: În dependență de poziția pe care o avea, culcată sau ridicat, regula picurătoarea ca să fie 40 de picături. Scremăturile sunt involuntare și în afară de contracțiile uterine aici se asociază și contracțiile musculaturii abdominale și a diafragmei și a întregului organism, este necesar și un efort din partea mamei și medicii în așa caz dirijează cu parturienta, îi spun ce și cum să facă, cum să facă efortul de împingere. Aici este necesar de efort fizic din partea mamei. Atât în literatura de specialitate cât și în altele sunt descrise că la o scrematură trebuie să facă trei eforturi, adică să inspire, să rețină inspirația și să facă efortul de împingere. Și iată, aici dânsele cumva nu se înțelegeau. Îi spunea să inspire, aceasta expira, adică cumva lucra nu în acel ritm cu care o rugău să lucreze. Pentru a facilita progresia capului, deoarece capul intră în bazin și nu în bazin nu este linie dreaptă dar bazinul este curbă și are diferite locuri adică partea

de sus este este mai larg dar are la mijloc partea îngustă și atunci toate problemele care apar într-o naștere este aceea că de multe ori se blochează anume în partea îngustă a bazinului. Pentru a facilita nițel expulzia, mai de departe, se ridică pacienta, se așează și vertical și semișezute și în cirostrei adică nițel ca unghiul bazinului pentru a facilita progresia capușorului. A văzut ca toate eforturile sale sunt în zădar și a văzut vaginal că căpușorul este în cavitate ca anume în partea de mijloc deseori se rețin căpușoarele. Deja la acest moment a apărut bosa pe căpușor. Când a văzut-o inițial, nu era bosa. A văzut toate momentele, după ce le urmărește, după structura sagitală, după fanatanele, dar când apare bosa, deja nu se poate orienta după structura sagitala. Dânșii observă numai că este bosa și capul și atât și dacă a văzut ca nu o ascultă parturienta și că căpușorul s-a blocat în bazin, a chemat-o pe șefa secției PACICOVSCHI Tamara. Aceasta a venit și a văzut că situația este aceeași, că căpușorul este în bazin, perfuzia lucra și a spus că mergem mai departe conservativ. Odată ce căpușorul a trecut de declanșeul intrării în bazin și între cavitate, el face un unghi de 45 de grade, adică deja trebuie să îl răsucești înapoi și asta este imposibil. Desigur ca a mers natural, la ora 23:55 se naște un băiețel viu, la termen, în stare gravă cu abgar 33 puncte cu bosă sero-sangvină cu greutatea de 3,680 grame, lungimea 51, craniu 33. Adică, după datele copilului căpușorul e admisibil 34 ca să treacă prin bazin adică 33 el trebuia să treacă liber. Odată ce s-a născut copilașul grav imediat a început măsurile de resuscitare. Nu este descris cum peste tot ca a început peste 17 minute. Acestea sunt stipulate și sunt datori să le facă, atât în fișa de post cât și în protocolul encifalopatia hepoxică la resurse umane la nivelul 1 neavând neunatologi, sunt ei, medicii obstrecieni să facă resurcitarea inițială. Au făcut dezobstrucția căilor respiratorii, a pus volume espander, vitamina K, adrenalină i-a dat 0,3 ml și a inițial respirația cu balonul. Reanimatologul scrie că atunci când a sosit dumnealui, copilul era asistat cu balonul de către lucrătorii medicali, adică ei îi dădeau oxigen cu balonul ambulator, deoarece oxigenul la dânșii este centralizat, este permanent în sala de naștere, în sala prenatală, în sala de copii și nu trebuia de nicăieri de adus. Văzând starea copilului, respirația era superficială și ineficientă, desigur ca au apelat la reanimatolog pentru intubare. Așa copii sunt foarte rar în naștere, în marea majoritate se isprăvesc singuri, dar când până la urmă nu pot aduce respirația normală apelează la reanimatolog. Totodată a chemat reanimatologul pentru intubare și a făcut apelare la neunatolog pe linia aviasan, având în vedere că nu este neunatolog în secție de zeci de ani. În cazuri mai complicate, când copiii sunt

într-o stare care nu este de nivelul lor, atunci apelează la neunatolog. În marea majoritate venea neunatolog cu mașina de la Bălți. În acea zi mașina era avariată și a venit neunatolog de la Chișinău. Desigur că, de la Bălți vine într-o oră iar cel de la Chișinău a venit în trei ore, e diferență în timp. Au asistat copilașul, i-au pus și punga la căpușor și între timp pe la două și ceva a apărut și respirația desinestatatoare, dar și cât a fost posibil și la nivelul lor să îi facă, chiar acea medicație, dânșii au făcut-o, dar mai mult nu au putut să-i facă nimic. Să fi fost neunatologul de la Balți, în timp, poate avea să fie alt final al copilașului. Au sosit pe la 3:40-3:45, cam așa ceva, a fost examinat copilașul și s-a luat decizia întâi să îl transfere la Bălți, ca apoi să îl transfere la Chișinău. Personal urmărea după traseul copilului, cât copilul s-a aflat la Chișinău zilnic sau practic în fiecare zi o suna pe doamna ROTARU Dorina și se interesa de starea copilului și tot de la aceasta a aflat și de decesul copilului cu mare regret, desigur. MARCOCI Marina a rămas la maternitatea din Fălești și pe data de 18 a fost externată în stare satisfăcătoare. Asta e tot ce poate comunica privitor la copilaș, la naștere. Referitor la acuzările aduse dânsei. În primul rând, nu a diagnosticat bazin strâmtat. Chiar dacă da, a fost bazin strâmtat, dar bazinul strâmtat în obstretica, și conform datelor literaturii în bazin strâmtat de gradul întâi, doi, nașterea se permite natural și cu atât mai mult că MARCOCI Marina are trei nașteri ulterioare care practic are ultima naștere tot de 3.600 care a mers destul de normal, fără excese. Bazinul ei a fost funcțional normal pentru nașterea dată, adică se permitea să nască natural. Scheletul osos la femei se termină în dezvoltare la vârsta de 21 de ani, adică el mai departe nu se mărește, nu se îngustează, e același. Unica ce, în naștere sunt modificări, căpușorul copilașului are structuri și atunci când dacă chiar se spune că capul copilului se adaptează după forma bazinului și atunci când puțin poate nu încape, atunci aceste structuri se îngustează, dar nu bazinul se mărește sau se micșorează. Încă un moment important, în literatura de specialitate este scris ca bazinul anatomic strâmtat reflectă particularitățile anatomice, dar nu permite prognozarea și evoluția unei nașteri, adică nimeni nu poate să știe chiar și o naștere normală cum va decurge. Da, medicii de asta și sunt acolo ca să urmărească să decurgă totul normal. Și nu s-a diagnosticat disproporția feto-pelvină, adică atât colegii săi pe parcursul zilei cât și ea nu a observat semne clinice că disproporția cranio-pelvina are niște disproporții clinice și nu a fost nici un semn clinic care să le permită suspectia măcar a disproporției. Referitor la argumentul domnului legist în ședință, când a primit întrebarea, dacă femeile cu

bazinul strâmtat au disproporție, și atunci acesta a spus ca da, toate femeile cu bazinul strâmtat sunt cu disproporție. Nu-i chiar așa, după definiție bazin strâmtat este micșorarea uneia sau a tuturor dimensiunilor cu 1,5-2 cm, pe când disproporția feto-pelvina este necoincidența dimensiunilor capului fetal cu dimensiunile bazinului indiferent de dimensiunile bazinului, adică la bazin normal tot poate să fie cu disproporție feto-pelvina și tot conform datelor literaturii disproporție în caz de bazin strâmtat da, cel mai des poate să se întâmple în cazuri de bazin strâmtat dar în 20-25%, dar 75% de femei cu bazin strâmtat, nasc natural. Cunoaște un șir de istorii care poate să le arate cu aceleași date, au născut copii de 4 kg, adică acesta nu este un indice că gata este bazin strâmtat și este disproporție. Disproporția are anumite semne clinice care nu le-a observat la MARCOCI Marina. Deaceea a fost exclusă disproporția. După datele literaturii sunt mai multe puncte, dar cel mai cert este stoparea căpușorului timp de 2 ore. Însă perioada de expulzie toată a fost de 45 de minute, adică nici o oră nu a avut. A doua, edemul vulvei și edemul colului uterin nu l-a avut, contracții foarte dureroase, da, fiecare are pragul ei de durere, dar oricum când este exces de durere atunci se observă, însă la ea pe tot parcursul travaliului și supravegherii, era negativ, adică nu au avut suspecți la o disproporție. Au exclus disproporția și de aceea a mers după planul care au mers și încă în date literaturii mai scrie chiar și în ghidul C, la care se referă domnul legist, că nu disproporția dar gradul de disproporție și la un grad neînsemnat nașterea naturală la fel este posibilă. Referitor la capătul învinuirei privind adminstrarea oxitocinei. Crede că este cea mai mare învinuire care îi este adusă. Până la urmă consideră că decizia a fost una corectă, la fel cum a menționat și specialistul și bazată pe următoarele: în cartea de obstretică practică la pagina 204 este scris - se referă la bazin strâmtat, dacă contracțiile rămân slabe în lipsa insuficienței funcționale a bazinului se indică stimularea nașterii prin administrarea oxitocinei, adică chiar în caz de bazin strâmtat l-i se permite perfuzia cu oxitocina, dar în toate cazurile trebuie exclusă disproporția. După cum a exclus-o, a avut cale deschisă pentru a perfuza oxitocina și cu atât mai mult în Protocolul Clinic Național inducția travaliului din 2012, sunt stipulate atât indicațiile, contraindicațiile, unde nu se regăsește bazinul anatomic strâmtat. Chiar și în Ghidul C, pagina 89, la care se referă legistul, dar dumnealui pune bazin strâmtat în paranteze disproporție, adică dumnealui pune semne de egalare în bazin strâmtat, însă bazin strâmtat este o nozologie, dar disproporția este cu totul o altă nozologie, adică sunt două nozologii diferite și nu trebuie să se pună semn de

egalitate între ele. După cum a mai spus, în caz de bazin strîmtat, 20% de femei pot avea disproporții dar în cazul dat cum a spus și specialistul bazin strâmtat a fost dar disproporție nu a fost. Referitor la capătul de învinuire că, nu a aplicat ventuza. După protocolul aplicării ventuzei pe primul loc este stipulat condițiile pentru evaluarea și estimarea gradului de risc materno-fetal, adică atât din partea copilului cât și din partea mamei. Ventuza este o operație foarte traumatică și pentru copilaș cât și pentru mama, dar cel mai important, era prezentă bosa. Legistul a declarat că, prezența bosei este un impediment de a pune, doamna PACICOVSCHI a comunicat că era contraindicat de a pune, dar domnul CARAUȘ a declarat că pe bosă este imposibil de a pune ventuza. Deci, concluzionând, ventuza era imposibil de a fi aplicată la acel moment. Referitor la complicațiile care puteau fi, la mamă sunt foarte diferite rupturi de vagin, rupturi de uter, rupturi de ale sfincterului anal, adică traumatism major, pe când mama practic nu a avut nici o traumă post natală, în afară decât incizia făcută de fiziotomie care în cazurile se fac în marea majoritate a nașterilor. La copii poate să apară fracturi de craniu, hemoragie de diferite origini, paralizie nervului optic, adică e foarte traumatic operația, da, este operație de disperare. Referitor la ridicarea nivelului profesional, toate reciclările și tematicile care sunt stipulate conform regulamentului Ministerului, le are. La ordinul de angajare din 1 aprilie a explicat, probabil că la spital era ordinul de angajare prin cumul, de transfer la Centrul Medicilor de Familie. Referitor la declarațiile Marinei MARCOCI date în ședința de judecată și câte ceva referitor la raportul de expertiză, cu care nu este de acord. Doamna MARCOCI a declarat că, dânsa a preluat-o de la domnul SEICIUC și dumnealui i-a transmis că nașterea va fi complicată și este nevoie de operație cezariană. De operație cezariană absolut nimeni nu a vorbit, absolut deloc. Unica dată când s-a pomenit de operație cezariană, a fost inscripția sa la 19:30, în rest pe parcursul zilei nimeni nu discutat. Personal nu a primit-o de la domnul SEICIUC dar de la doamna PACICOVSCHI. MARCOCI Marina a comunicat că, la uzi i-a spus că copilul este mare și că trebuie operație cezariană. A explicat că, după toate formulele de calcul a greutății probabile a fătului și după toate evaluările admisiunilor și a capacității și funcționalității bazinului și a tot, ea se încadra că trebuie să nască natural. Un moment, că nu a ieșit să o petreacă când s-a externat, dar stătea la masă. Personal nu a putut să fie la masă din motiv că după fișa de naștere, externarea este scris la ora 14, în ședință când a întrebat-o la ce oră s-a externat, a zis la ora 16. Deci, nici la ora 14 nici la ora 16, în acea zi

dânsa nu putea să fie la maternitate deoarece nu era în gardă, iar chiar și dacă era în gardă, atunci de la ora 17, deoarece activa la locul de muncă de bază, la Centrul medicilor de familie, unde activează până la ora 17, poate a confundat-o cu cineva. Că nu a mai văzut-o prin maternitate. În ziua și la ora când a transferat copilul, a fost la ea în salon, dimineață înainte de a da tura a fost în salon, cu atât mai mult a preântâmpinat-o să aiba grijă de sâni că trebuie sa plece la copil și să-l hrănească. La data de 17, la externare, a fost și a trecut examenul tresonor care este scris în fișă, pagina 11 și a examinat-o și desigur tot a vorbit. Dar în maternitate ca medic ordinator dânsa nu era deoarece nu activa în maternitate. Dacă dânsa a examinat fișa, atunci ca medic ordinator era doamna PACICOVSCHI și aceasta trebuia să supravegheze zilnic să facă vizite în salon. Conform protocoalelor, la 18 ore în perioada lichidiană se inițiază profilactica cu antibiotice, dânsa a prescris ampicilină de patru ori pe zi, deci în zilele următoare ea urma să primească de patru ori pe zi acele injecții și în fiecare zi trebuia să intre moașa în salon. Ce era pe parcursul zilei nu poate să spună deoarece nu era în maternitate. Întrebarea, de ce nu a fost diagnosticată infecția pe parcursul sarcinii. Conform rezultatului analizei din fișa gravidei, rezultatul frotiului și microflora coci abundentă și a urinei leucacitoza are un rezultat al urinei al blocului leucocite care necesitau ambele tratament, dar nu s-a efectuat și care au pus amprenta infectării intrauterine a fătului și care, ca urmare a dus la deficiența plăcii de pe perineu, această infecție a fost un impediment în realizarea operațiilor cezariene. Dacă s-a afectat plagă de pe perineu ce putea să se întâmple cu plaga la cicatriciu, asta era foarte neplăcut și putea să sufere atât fertilitatea cât și reproductivitatea mamei dar nașterea naturală a evitat toate aceste complicații și Slavă Domnului că dumneaei nici la un an, naște un copilaș și după aceea încă doi natural. Referitor la argumentul Marinei MARCOCI că chipurile a fost agresivă, nu consideră că a fost agresivă cu ea. În prima perioadă de travaliu pe parcursul perfuziilor chiar era o atmosferă normală, liniștită, calmă. În general nu este o persoană agresivă de felul său. După cum s-a exprimat, că a avut dureri infernale. Dacă comparăm durerile care le-a avut pe parcursul zilei, cu durerile care au apărut după perfuzia cu oxitocină desigur că e diferență și sunt mai puternice. Fiind la prima naștere și necunoscând ce înseamnă durere de naștere, crede că așa le-a catalogat, apreciat. Referitor la declarațiile domnului expert pe raport. Prima, că trebuia transferată la alt nivel. Pentru transferul la alt nivel sunt stipulate ordinele în raportul de expertiză a domnului CARAUȘ, că nu s-a încadrat în ordinul 62 și

327. Desigur, în ordinul 62 cât și în cel 327 nu este stipulat nici bazin strâmtat, nici ruptură de membrane, nici disproporție, nici statură mică dar pe dumneaei nu o încadrăm în statură mică, căci statură mică este de la 1,50 m în jos, dar aceasta are 1,55 m. Aceasta deja iese din statură mică, și nu poate fi catalogată ca statură mică. Nu a fost eligibilă pentru transfer conform ordinului în vigoare, de asta nu a fost transferată. Cu atât mai mult că nu sunt corecte și sunt contrare protocoalelor și algoritmelor medicale care sunt ulterior adoptate în activitatea respectivă din 2013. Dumnealui mai mult s-a axat pe Ghidul C. Dar Ghidul C, dacă se analizează unele protocoale deja sunt revizuite în altele și întrebându-l, a răspuns că nu este de datoria lui să le cunoască și pe acestea mai recente. Consideră că, nu este corect să se conducă după acelea vechi și să le omită pe acestea mai recente. Dumnealui nu a analizat cazul prin prisma cazului obstretical, adică MARCOCI Marina s-a internat cu scurgerea lichidului amniotic, fără activitate de travaliu, colul nepregătit, adică aici este protocol pe ruperea membranelor fetale la termen dar dumnealui absolut nu s-a referit pe caz de cum ar fi normal de condus așa naștere. Dumnealui s-a axat pe bazin și încă din start a spus că bazin strâmtat este disproporție și asta a fost, dar dânsa consideră că nu este corectă această afirmație. După cum a mai explicat că disproporția este una și bazinul strâmtat este alta și practic 75% de femei cu bazin strâmtat nasc pe cale naturală, adică nu trebuie să le punem pe toate pe un cântar. Privitor la aprecierea greutății probabile a fătului, atunci dumnealui puțin s-a agitat când i-a spus că la internare se fac toate măsurările și conform măsurărilor la internare se fac estimările care și sunt. Dumnealui a luat niște valori cu o săptămână mai înainte, dar a scăpat faptul că conform datelor literaturii, spre sfârșitul sarcinii, înălțimea fundului uterin se coboară, deoarece colul se angajează dar și se reapsoarbe o cantitate de lichid și volumul uterului se micșorează. Încă o afirmație greșită că, trebuie de estimat înălțimea fundului uterin pe punga întreagă, asta tot este greșit deoarece conform literaturii, materialelor, la internare se apreciază prezența pungii este nu este, este plată, este multă, puțină apă și dacă femeia a fost cu o lună în urmă la medic și intră azi cu apa ruptă, apoi se vor calcula valorile de o lună în urmă sau valorile care sunt astăzi. Se fac estimările examinării valorilor de astăzi. Al treilea, că copilașul nu se află în atât de multă apă fetală ca să scadă cu mult înălțimea fundului uterin. Maximal este un litru de lichid amniotic și se scurge numai lichidul anterior, undeva 100 ml de lichid, deoarece copilașul odată ce s-a coborât în bazin, adică s-a fixat, între capul copilașului și bazin se formează (inculpata a

arătat cu mâinile). Apa care a fost înainte aceea se scurge, apa care după cap încolo rămâne și se naște odată cu copilașul adică nu putea să se scurgă atâta apă ca să se facă mare diferență dintre. A căutat multă literatură care la catedră au făcut niște comparații între diferite metode care ar fi mai eficace într-un travaliu. S-a ajuns la concluzia că, metoda Iacubov este cea mai veridică, adică acea de care s conduce, dar metoda Jordania care ne-a spus-o domnul legist are cea mai mare eroare de greș. Încă un moment important că formula Jordania se folosește atunci când capul este sus, dar când deja capul s-a angajat de acum, dă erori și de aceea formula care a folosit-o domnul legist practic nu se leagă în situația respectivă. Dacă se suspectă, de exemplu, un făt voluminos, sunt și alți monitori, dacă se măsoară chiar și la acea vizită precedentă, dar se suspectă un făt voluminos atunci când circumferința abdomenului mai mare este de 100 și înălțimea este mai mare de 40. Însă nu au fost așa valori, adică din toate câte le-a analizat, făt macrosom nu s-a putut constata. A mai zis că nu a fost dinamică în deschiderea colului uterin, nu înțelege cum nu a fost dacă a spus că 3 cm apoi 6 cm apoi deschiderea totală, contracții de la 5 a ajuns la 3 minute, a ajuns la scremete de 1 minut - 2, adică dinamică era vădit. Nu știe din care considerente dlui consideră ca nu a fost dinamică în activitate. Încă un moment că diagnosul de disproporție nu se pune la deschiderea de 3 cm, cel puțin se poate suspecta la deschidere mai mult de 6 cm, adică el având 3 cm la ora 17, având 3 cm la ora 19, adică trebuia ceva de întrepris ca să ajungă undeva și diagnosticul de disproporție se pune pe parcursul travaliului nu ei i-a trăsnit, a pus diagnosticul de disproporție, dar urmărind cum se angajează cum merg durerile, cum este uterul, cum sunt contracțiile, dacă ar fi fost o disproporție atunci uterul nu se relaxa între contracții, dar uterul ca o naștere normală, contracție, relaxare, contracție, relaxare și tot asa. Dumnealui lămurește apariția bosei ca un fel de presiune, adică cum dă dumnealui lămurirea bosei este incorectă. Bosa practic apare la toți copilașii și este o stare fiziologică și de ce apare bosa, deoarece capul se angajează aici, aici în uter este o presiune, în vagin adică dacă el stă. Atât timp cât este punga întreagă, aici nu se vorbește despre punga întreagă, dar capul este protejat de pungă, nu se formează nimic, el este păstrat. Dacă de acum se scoate punga sau femeia intră fără ape, atunci capul intrând în partea asta de vagin și în vagin e altă presiune. Și iată diferența de presiune care este intrauterin cu presiunea din vagin face un edem, asta nu este nimic așa ieșit, dar este o stare fiziologică care apoi peste una, două zile trece de la sine și practic la toți copilașii, numai dacă el iese așa ca din pușcă, adică fără mare

reținere prin bazin, atunci poate să formeze bosa, dar dacă nu merge conform nașterii normale, practic bosa apare la toți copilașii. Dumnealui a declarat că, dacă se duce partograma și tot ce a însemnat trebuie să fie transcris, nu este corect deoarece pe au fost învățați cum să completeze partograma și oricărui obstretician îi dați partograma, o să zică ce este acolo. Adică fiecare obstretician se descurcă în partogramă. Partograma este un mecanism de urmărire a delatării colului și a coborârii craniului fetal și poate face profilactica la nașterile îndelungate, complicate și tot de felul acesta. A transcris la acea etapă, deoarece dacă s-a implicat cu oxitocina, atunci trebuie sa scrie, dar dacă nașterea mergea fără oxitocină, dânsa mergeam pur și simplu pe grafic și fiecare obstretician o să descifreze partograma, că dumnealui nu înțelege cum să o descifreze asta deja este altă problemă. Cel mai este că două locuri anatomice diferite le-a egalat, cum să spun. Atât în raportul de expertiză, cât și în ședința de judecată a spus că a fost dehiscență de oase a bazinului, pe când dehiscențe de oase a bazinului nu a fost, dar a fost dehiscența structurii pe perineu, adică aici sunt două locuri anatomice diferite și sunt două mecanisme diferite, două clinici diferite. Nici nu a auzit ca să fie dehiscență de oase de bazin, a auzit de dehiscența structurii sefizii, dar aici lăuza trebuia să stea la pat, are o mișcare caracteristică, nici nu poate merge, nu să se scoale din pat, însă femeia a doua zi s-a sculat, a treia zi se duce acasă. Au făcut epiziotomia și în urma infectării care a avut-o aceasta, s-a inflamat și structurile acelea care le-au pus, ele s-au desprins. Asta a fost ce a fost. La întrebările adresate, inculpata a comunicat că, Nașterea a fost condusă după protocolul conform ordinului 57 și ordinul 311 Protocolul de inducere a travaliului. Protocoalele după care s-a condus sunt din anul 2012. Infecția intrauterină la făt putea să genereze complicații. După datele literaturii, însăși la o naștere normală copilul trece printr-un șoc, dar și în marea majoritate dacă copiii nu sunt afectați, sunt practic sănătoși, atunci ei trec cu brio peste șocul dat. Un făt care are careva probleme atunci el poate să facă unele decompensări în perioada de expulzie și atunci îl primesc nu chiar bun. Însăși oxitocina de la sine nu face dereglări a fluxului placentar, tot în caz dacă fătul nu are careva probleme intrauterine, adică atât infecția putea să provoace unele probleme în naștere și anume în perioada de expulzie. Anume perioada de expulsie este cea mai importantă în perioada de naștere. Atât cât copilul se află în burtică la mama și este bine lui, atunci când se începe a mișca și intră în bazin, sunt oase care nu se dilată, atunci el trebuie să își caute calea cum să iasă, atunci desigur că șă pentru el este problemă și pentru

mamă trebuie să-l ajute și medicii se străduie să primească un copil sănătos. Logic, după cum este normal se conduc de ordinele și toate protocoalele care vin mai recent, cele din urmă le lăsă. La acel moment când a avut loc această situație Protocolul C nu era aplicabil. El era anulat, că apăruse alte protocoale. Asta este interpretarea sa. Protocoalele respective au ajuns în posesia sa de la Centrul metodic ,,Institutul Mamei și a Copilului" în formă de literatură de specialitate. La orele 17^{00} când a preluat pacienta MARCOCI Marina, personal a examinat-o, inclusiv cu efectuarea măsurărilor anatomice ale acesteia. Măsurările respective le-a fixat în fișa medicală personal. Decizia de administra oxitocina a fost luată de dânsa la orele 19^{10}. Decizia privind prelungirea cu oxitocină a fost luată de dânsa la orele 21^{10}. În perioada dintre 19^{10}-21^{10} când a fost administrate prima dată oxitocina, nu a parcurs la operație cezariană deoarece nu erau indicații pentru cezariană. În Republica Moldova operația cezariană se face după indicații. Dacă nu ar fi fost dinamică în deschidere, dacă rămâneau aceiași 3 cm - 4 cm, înseamnă că oricum nu este dinamică, dar s-a ajuns în 2 ore, 3 cm s-a deschis, înseamnă că dacă normal este 1 cm pe oră, atiunci a fost 1,5 cm pe oră în deschidere. Dinamică a fost. De la 2 dureri în zece minute, a ajuns la 3 dureri la zece minute, asta este normal. Copilul, cardiotopograma îi arăta 126-132 bătăi pe minut, asta este perfect, normal este de la 120 până la 160, adică copilul nu suferea. Mama tensiunea normală, starea generală normală, pulsul normal, temperature normală, uterul după cum a mai spus că, dacă ar fi fost de exemplu un fel de hiperstimulare sau ceva ca uterul acela practic să nu să se relaxeze sau să fie încordat între contracții, adică sunt niște momente. La ora 21 nu a avut absolut nici o suspecție, era o dinamică pozitivă la perfuzia și a continuat mai departe conform protocolului. Spitalul rational dispunea de ventuză la acel moment, dar după cum toți ziceau, era inpracticabilă, nefuncțională. Personal a utilizat în practică ventuza în anul 2018 la sfârșitul anului, după acest caz. Până la cazul dat nu a aplicat ventuza. Aplicarea a fost reușită, dar erau condiţii. În domeniul în care activează nu sunt stabilite anumite niveluri de gravitate a nașterii. După aprecierea sa nașterea lui MARCOCI Marina nu a fost una complicată. Sunt nașteri și mai complicate. Singurul moment care a fost mai dificil a fost acela că nu a fost colaborare între dânsa - medic și doamna MARCOCI. Ceva ieșit din comun nu a fost. Nașteri cu scurgeri de lichid amniotic sunt practic 10 % din toate nașterile, adică această problemă se întâlnește foarte des și au un algoritm bine stabilit ce fac în caz de așa patologii. La o naștere niciodată nu îi poți prognoza finalul. Poate să

se nască copilul bine, să fie tot bine și mama dă o hemoragie sau în perioada postpartum dă o infecție majoră, atunci încă și e mai strașnic. A antrenat-o și pe PACICOVSCHI Tamara și a chemat-o de acasă. Ea s-a pornit ca naștere ordinară, a decurs ca naștere ordinară, dar la un moment dacă apare ceva atunci desigur că ei se consultă și cheamă medicul de acasă. Copilul s-a stopat nițel în bazin, dar este și caracteristic puțin stoparea, adică încetinirea mișcării capului anume în bazin în caz de bazin strâmtat, atunci era și bosa. De asta a invitat-o și pe PACICOVSCHI Tamara. De la orele 21^{00} până la 23^{25} nu a informat-o pe PACICOVSCHI despre conduita nașterii. Toate deciziile privind conduita nașterii de la orele 17 le-a adoptat personal. Le-au adoptat împreună verbal la orele 17, cum urma să fie. Masa fătului a fost 3,680 kg. După toate datele literaturii, făt macrosom se consideră cel care are mai mult de 4 kg. În protocoalele după care se conduc nu este asta nicăieri reglementat (fila dosarului 73-78, volumul IV).

12. Conform procesului-verbal de examinare a documentelor din 11.08.2022 rezultă că, a fost examinată **1.** Copia autentificată a fișei medicale a bolnavului de staționar nr. 2826 pe numele MARCOCI Mariana pe 21 file, fișa dată constitue un formularul tipizat nr. 003/E-2012 aprobat de MS al RM nr. 426 din 11.05.2012 pe prima filă a fișei este indicată denumirea instituției „IMSP SR Fălești" secția „Obstetrico-ginecologie" datele de identitate ale pacientei MARCOCI Mariana, data internării 15.05.2018 ora 07:10 cu diagnoza: Sarcină 39 de săptămâni N 1 în termen. Pe a doua filă este indicat *Diagnosticul clinic*: NI la termen. *Diagnosticul principal la externare*: NI la termen. *Diagnostice secundare la externare*: Naşterea unui făt viu. RPMA. Insuficienţa I a forţelor de travaliu. Naştere cu făt în asfixie. Distocie de col uterin. Data externării 18.05.2018, ora 14:00. Tot în fișa dată se răgește pe a patra filă *Fişa de naştere nr.2826 a IMSP SR Făleşti* pe numele MARCOCI Mariana, vârsta 25 ani fiind indicat un tabel în care sunt indicate personalul medical ce a asistat la naștere, în care este indicat că, la data de 15.05.2018, ora 07:10 până la ora 15:30 gravida s-a aflat sub supravegherea medicului SEICIUC, de la ora 15:30 până la ora 17:00 sub supravegherea medicului PACICOVSCHI, de la data de 15.05.2018 ora 17:00 până la data de 16.05.2018 ora 08:00 sub supravegherea medicului SPÎNU Elena. Data de 15.05.2018 ora 23:25 până la data de 16.05.2018, ora 04:40 medic PACICOVSCHI, data de 16.05.2018 începând cu ora 00:20 medicul anestezilog BĂDĂRĂU. Mai jos de tabelul dat este indicat: *Diagnosticul clinic.* Sarcina 39 săpt. Naşterea I la termen. *Diagnosticul final:* Naşterea I la termen cu PFA 18 ore

35 minute. *Complicaţii:* Ruperea prematură a membranelor amniotice. Insuficienţa I a forţelor de travaliu. Angajarea asinclitică a capuşorului. *Intervenţiile şi manipulaţiile:* Stimularea activităţii de travaliu cu Sol. Oxitocini i/v Epiziotomia; Masa gravidei 65 kg; înălţimea 155 cm; IFU 33 cm; CA 95cm; Bazin: DS 27cm, DO 26,5cm, DI 28cm, CE 18,5cm; TA dr. 100/60 mmHg, stg. 95/60 mmHg. La pagina nr. 8 sunt descrise acțiunile efectuate la asistența inițailă în care este stipulat: gravida examinată în sala de primire pe data 15.05.18, ora 07:10; *Acuze* la scurgere lichidului amniotic de la ora 05:30. *Examinarea generală:* Ps 62 b/min; TA 95/60 mmHg; Temp. 36,6°C; Edeme nu-s. Lichidul amniotic normal. Situsul fetal longitudinal. Prezentaţia craniană. Coborârea 5/5. Statutul fetal normal. *Cervixul:* Poziţia. Consistenţa den. Lungimea 2,5 cm. Delatare 1 cm. *Prezentaţia*: Partea craniană. Nivelul 5/5. Angajarea 0. *Planul adoptat de conduita a naşterii:* în etapa actuală supraveghere atentă durerilor de travaliu, CTG. Cu debutul activităţii de travaliu naşterea de început conservativ. GPF-3200±100. La pagina 14 se regăsește rubrica ,,Pentru Note" în care sunt scrise cu pix etapele cum derulează nașterea și anume: La ora 19:10 TA 110/70 mmHg. Durerile la 5-6 câte 25-30. Căpușorul aplicat la intrarea în b/mic. BCF clare, ritmice, 136/i. Edeme abs. PV: C/u centrat, scurtat la 0,5-1cm, de o elasticitate medie, permiabil la 3cm. Punga amniotică lipseşte. Căpuşorul la intrarea în b/mic. Curg ape fetale curate. Conduita: Având în vedere datele clinice (4 ore fără dinamică în deschiderea colului uterin), este indicat stimularea activităţii de travaliu cu Sol. Oxytocini i/v începând cu 8 pic/min. (5 un/500ml Sol. NaCl). Monitorizarea TA; BCF. în caz de lipsă efectului - oper. cezar. GPF 3200± 100,0. La ora 21:10. Se perfuzează Sol. Oxitocini 40 pic/min. (5un/500 ml. NaCl 9%). Durerile la 3' cÂte 40". Căpuşorul situat la intrarea în b/mic. BCF +, ritmice 124-144/min. Vasten-negativ. PV: C/u centrat, şters, permiabil la 6cm. Punga amniotică lipseşte. Căpuşorul fixat la intrare în b/mic. Sutura sagitală în diametrul obilic. Promontoriul nu se distinge. *D-za: Sar. 39 săpt. I... de travaliu.* Conduita: de prelungit stimularea activităţii de travaliu cu Sol. Oxytocini i/v. Monitorizarea TA, BCF. La Ora 23:25. Se picură Sol. Oxytocini i/v. De la 23:15 scremături la *V* câte 40". Căpuşorul în cavitatea bazinului mic. BCF clare, ritmice 124-132/min (CTG). PV: C/u deschis complet. Căpuşorul în cavitatea bazinului mic, se depistează bara-serosangvină din ce cauză nu se determină sutura sagitală. În timpul scremăturii nu se obsearvă progresarea căpuşorului. Promontoriul nu se distinge. *D-za: Sar. 39 săpt. SI. NI, per de expulzie.* Conduita: pentru a rezolva

sarcina este chemată şefa secţiei PACICOVSCHI T. La data 15.06.18, ora 23:30. Datele obiective aceleaşi. Conduita: naşterea de terminat pe cale naturală conservativ. **2.** Copia autentificată a ***Fişei medicale a bolnavului de staţionar nr. 2845*** din cadrul IMSP SR Făleşti, secţia obst. ginecologie, pe numele MARCOCI în care este indicat că, pacientul a fost internat la 15.05.2018, ora 23.55 cu diagnosticul la internare: *Copil unic născut în maternitate. A fost externat (transfer interspitalicesc) la 16.05.2018, ora 04 cu diagnosticul principal la externare:* Copil unic născut în maternitate. *Diagnostice secundare la externare:* N/n afectat de contracţii anormale ale uterului (s.oxitocin). N/n afectat prin ruptura prematură a membranelor. Asfixie obstetricală gravă. Traumatism obstetrical. Ischemie cerebrală. Din *Foaie de observaţie a nou-născutului nr. 2845*\ Mama: gr. de sânge B(III). Rh+, tata A(II), Rh+. Mama - MARCOCI Mariana, 25 ani. Vârsta tatălui-26 ani. Tata sănătos, relaţie de rudenie între soţi neagă. S-a născut *****, ora 23.55. Externat 16.05.2018 ora 04.20. Transferat în SCM Bălţi cu reanimobil în s/reanimare. g I, NI. Naştere la 39 săpt., monofetală. Ruptura membranelor amniotice a avut loc la 15.05.2018 ora 05.20 acasă, curate. Durata travaliului 12-18 ore. Prezentaţia craniană. Complicaţii la naştere: RPMA. Insuficienţa I a forţelor de travaliu. Angajarea asinclitică a căpşorului. Stimularea activităţii de travaliu cu sol. Oxitocini i/v. Efiziotomie, rafie. Durata naşterii pe perioade: I perioadă-12.15, II perioadă- 40 min. Perioada alichidiană 18.35. Apele fetale curate. S-a născut copil viu, la termen, băieţel, m-3680, t-51, per. craniului-33. Copilul a fost şters, a fost plasat sub o sursă de lumină radiantă, poziţionat. A fost efectuată dezobstruarea gurii, nasului, introducerea sondei endotraheale. Menţinerea respiraţiei prin stimulare tactilă, ventilare cu presiune pozitivă, prin baton cu mască, balo cu sondă endotraheală. La 16.05.2018, ora 00:12 Medicul anesteziolog în gardă. La apel superurgent către nou-născutul care e născut la 23.55, care sinestătător nu respiră. Asistat de cadrele medicale din secţie prin R.D. cu Ambu cuplat la sursa de 02 31/min, umezit. Motivaţia apelului-tubaj endotraheal cu R.D., monitorizare la parametrii vitali. Slab cianotice. Respiraţia spontană, practic lipseşte, rare încercări de inspiraţie. Pupilele D=S cu fotoreacţie redusă, Auscultativ în plămâni respiraţia nu se transmite. La ora 00.15 cu lamă directă, sonda endotraheală N3 - tubal endotraheal, oro-laringo lavaj. Cuplat la pul-oximetru. Parametrii Sa02-63%, Ps-154. Respiraţie dirijată tot prin tub Ambu cuplat la sursa cu O2, frecvenţa 30, volum 100 ml O2. Sa 02-84-88%, pulsul 90-112/min, i/v 0,3 cardiomină, 0,1 adrenalină. Monitoring în continuare. De a trece

copilul la RD prin aparat mecanic; de a determina starea acido-bazică; aprecia ionograma - nu este posibil! din lipsa aparatului necesar. La ora 00:40 medicii obstetricieni au apelat prin telefon la AVIASAN Chişinău pentru consultaţia copilului de specialist neonatolog. P.S. Atrage atenţia la copil pronunţarea a Cefalohematomului ce-mi permite să suspectez un hematom subparietal, edem cerebral. La 16.05.2018, ora 02:10 la copil a apărut respiraţia spontană, Sa02-92%, puls la 100 b/min. Pentru copil am consultat şi programul de reanimare neonatală după AA of PLAHA. Şi totuşi, starea copilului rămâne extrem de gravă. Continuarea măsurilor de posibilă. La 16.05.2018, orele 03:40-04:05 Copilul e examinat, consultat de med. neonatolog-reanimatolog pe linia AVIASAN, care a luat decizia de a transfera copilul în reanimarea spitalului de copii mun. Bălţi cu reanimobilul. Pe *****, ora 23:55 s-a născut copil în stare gravă, cauzată de asfixie în urma distociei de col uterin, insuficienţei travaliului. Îndată s-au început măsurile de reanimare, chemat reanimatologul, pentru intubarea n/n. S-a apelat la AVIASAN, prin consultaţia neonatologului, care din motiv tehnic s-a prezentat la ora 04:05, după examinare cu reanimatologul a fost transferat la CP Bălţi. La transfer starea gravă, intubat. O2 - 85%. Cu reanimobilul în supravegherea med. reanimatolog-neonatolog se transferă la CP Bălti. **3.** Copia autentificată a graficului de serviciual secției obstetrico-dinecologie a IMSP SR Fălești pentru luna mai 2018; **4.** Copia autentificată a fișei de post a medicului obstetrician ginecolog al secției obstetricp și ginecologie aprobată de directorului IMSP Spitalul rational Fălești, V. OSMAN (fila dosarului 183-186, volumul I).

13. Potrivit fotocopiei graficului de serviciu al seției obstetrico-ginecologie a IMSP SR Fălești pentru luna mai a anului 2018, pe data de 15.05.2022 medicul SPÎNU Elena a fost implicată în serviciu pe o durată de 7 ore pentru data de 15.05.2018 și o durată de 8 ore pentru data de 16.05.2018 (fila dosarului 226-232, volumul I).

14. Conform fotocopiei fișei de post a medicului obstetrician ginecolog al secției obstetrică și ginecologie aprobată de directorul IMSP ,,Spitalul raional Fălești" V.Osman: este prevăzut următoarele: La funcţia de medic obstetrician ginecolog al secţiei de obstetrică şi ginecologie este numit medic cu specializare sau rezidenţiat în obstetrică şi ginecologie, cu experienţă în domeniul respective. Medicul ostetrician ginecolog al secţiei de obstetrică şi ginecologie este angajat şi

eliberat din funcţie de către directorul spitalului. Medicul obstetrician ginecolog se supune în activitatea sa şefului secţiei, iar în lipsa lui - directorului medical. În activitatea sa medicul obstetrician ginecolog se conduce de regulamentul despre secţia de obstetrică şi ginecologie, prezenta fişă de post şi alte documente oficiale, aprobate de către MS. Funcţia de bază a medicului obstetrician ginecolog al secţiei de obstetrică şi ginecologie este acordarea asistenţei calificate obstetricale spitaliceşti pacientelor din sector. În conformitate cu sarcinile de bază medical obstetrician ginecolog asigură: Nivelul corespunzător de examinare, supraveghere şi tratament al femeilor în corespundere cu principiile curativ-profilactice ale instituţiei şi respectării regulilor deontologiei medicale; Menţinerea sanitaro-igienică a saloanelor; Petrecerea măsurilor sistematice de creştere a calificării personalului medi şi inferior al secţiei; Suportul psiho-emoţional al gravidei în naştere; Petrecerea lucrului educativ cu populaţia,instruirea gravidei şi membrilor familiei în problemele parteneriatului şi alimentaţiei naturale: Iniţierea alimentaţiei naturale în primele 30 minute după naştere şi alimentării naturale ulterioare la sănul mamei; Acordarea măsurilor de reanimare esenţială a nou-născuţilor în lipsa medicului neonatolog. Medicul obstetrician ginecolog este obligat să: Ridice nivelul profesional şi să implementeze metode curativ-profilactice modeme în asistena la naştere; Efectuieze măsurile de urgenţă gravidei indiferent de locul de trai, cu informarea imediată a şefului secţiei sau directorului medical al spitalului; Cunoască şi să aplice în practica metode contemporane de examinare,diagnostic şi tratament; Facă vizite zilnic în saloane cu moaşa, cu informarea lăuzelor despre metodele de profilaxie a hipogalactiei; Participe la vizitele şefului de secţie şi să-.i comunice despre femeile internate; Participe în examinarea gravidelor,partirientelor, lăuzelor şi bolnavelor, internate în secţie în timpul orelor de lucru,indice tratament şi să completeze documentaţia de evidenţă; Transmită medicului de gardă pacientele ce merită atenţie deosebită, participle în elaborarea şi realiuarea măsurilor de pretecşie a sănătăţii femeilor; Comunice rudelor pacientelor despre starea lor de sănătate cu respectarea tainei medicale; Informeze şeful secţiei despre toate complicaţiile sau cazurile de agravare a stării parturientelor, precum şi despre nerespectarea regulilor funcţionării secţiei de către personalul medical; Conlucreze cu specialiştii secţiei consultative şi cu alte instituţii curaţiv-profilacticep; Facă gărzi în maternitate conform graficului de lucru; Participe la conferinţele ştiinţifîco-practice şi clinico-anatomice în centrele perinatologice de nivelul II şi III. Medicul obstetrician ginecolog are dreptul să:

dee instrucțiuni personalului mediu și inferior care i se supune; Verifice corectitudinea executării indicațiilor sale de către moașă; Indice sau să anuleze oricie indicații precedente, reeșinddin modificarea stării pacientelor și posibilităților de diagnostic și tratament; Transmiterea sau să externeze femeile în alte instituții curativ-profilactice cu consimțământul șefului secției și medicul consultant. Medicul obstretician dinecolog este responsabil de exercitarea obligațiunilor sale în strictă corespundere cu prevederile regulamentului despre secția de obstretică și ginecologie și prezenta fișă de post. La sfârșitul fișei este scris cu pix ,,Aluat cunoștință SPÎNU E. și este aplicată semnătura" (fila dosarului 233-234, volumul I).

15. Potrivit procesului-verbal de ridicare din 06.07.2018 de la Spitalul Clinic Municipal nr.1 Chișinău a fost ridicată fișa medicală nr. 28883 împreună cu rezultatul autopsiei și 4 clișeie în privința nou-născutului ***** (fila dosarului 14, volumul II).

16. Conform procesului-verbal de examinare a documentelor din 17.11.2021, a fost examinată **1.** Fișa medicală a bolnavului de staționar nr. 28883/94 pe numele *MARCOCI, din cadrul IMSP SCM nr. 1 Chişinău, secţia reanimare 2 din care rezultă că pacientul a fost internat la 16.05.2018, ora 15.10, adus prin AVIASAN cu diagnosticul la trimitere:* Asfixie obstetricală severă. Şoc hip/v grav. Sindrom detresă respiratorie. *Diagnostic la trimitere:* Encefalopatie hipoxico-ischemică. SARNAT II-III. Edem cerebral. S-m convulsiv. *Diagnostic clinic:* Encefalopatie hipoxico- ischemică. SARNAT II-III. Edem cerebral. S-m convulsiv. Comă cerebrală. Hemoragie intracraniană. Anemie posthemoragică. Şoc hipovolemic. *A fost externat (deces) la 05.06.2018, ora 02.40 cu diagnosticul principal la externare:* Encefalopatie hipoxico-ischemică. SARNAT III. Comă cerebrală gr.III. Insuficienţă poliorganică (septicemie). Cefalohematom bilateral. Edem cerebral difuz. Hemoragie subtotală. Anemie posthemoragică. Insuficienţă respiratorie gr. III. Atrofie optică. Hipotonie reactivă. **2.** ***Investigaţia morfopatologică*****,** efectuată MS-Spitalul Clinic Municipal Nr 1, Secţia Morfopatologie, pe numele defunctului *****. La procesul autopsiei Nr 16 din 05.06.2018 Diagnostic policauzal din 3 patologii asociate şi de fond: Encefalopatie mixta hipoxico-discirculatorie posttraumatică: hemoragie masivă intracerebrală subepindimară inraventriculară bilaterală în rezoluţie, ischemie

cortico-paracorticală cerebrală cu meningită perifcală. Decorticație cerebrală-leucomalacie difuză a encefalului (comă-clinică). Pneumonie interstiţială micro-macrofocală leucocitară lobară inferioară bilaterală cu tendinţa spre abcedare (bacteriologic: S. aureus + K. pneumoniae). 3.Tromboflebită în rezoluţie a venei ombilicale şi ramurilor intrahepatice cu predelecţia lobului stâng asociat cu infarct postischemic în rezoluţie. Maladie de fond: Reziduri a sindromului de aspiraţie intrauterină (focare de scuamă epitelială cheratinizată în sectoarele alveolare). Cefalohematom (8x2 cm) în regiunea parietală pe stânga posttraumatică. Complicaţii: Hematom încapsulat în regiunea pancreo-hilară lienală cu erupere intraabdominală (hemoperitoneum 150 ml). Peritonită reactivă fibrinoasă - adezivă pe stânga. Infarct ischemic a suprarenalelor din stânga în rezoluţie. Nefrita interstiţială focală. Transformarea accidentală a timusului gr 3-4. Emfizem pulmonara lobilor superiori. Sindrom coagulării intravasculare. Diseminate: trombi mixti intravasculari, hemoragii perdiapedeze in organele interne macrofocală medulară renală recentă. Sindrom toxico-distrofic poliorganic. Semnat de medic morfopatolog V. RUSU (fila dosarului 17, volumul II).

17. Potrivit procesului-verbal de examinare a documentelor din 22.06.2022, a fost examinată f***işa medicală a bolnavului de staţionar nr. 71619,*** din cadrul IMSP SCM Bălţi, secţia 64 pediatrie prematuri, pe numele MARCOCI, prin care s-a stabilit că pacientul a fost internat la 16.05.2018, ora 04:45 (transfer interspitalicesc din Făleşti), cu diagnosticul de trimitere: *Asfixie obstetricală.* Diagnosticul la internare: *Asfixie obstetricală.* Diagnostic clinic: *Encefalopatie hipoxico-ischemică.* A fost externat (transferat în IMSP IM şi C) la 16.05.2018, ora 13:00, cu diagnosticul principal la externare: *Encefalopatie hipoxico-ischemică.* Diagnostice secundare la externare: *Asfixie obstetricală gravă. N-N afectat de complicaţiile travaliului şi naşterii. Convulsii neonatale.* La 16.05.25018 Ps-104; FR-60; Sa02-96%; t-34°C. Nou-născutul transportat cu AVIASAN-ul din maternitatea din Făleşti la 5 ore după naştere. Naştere la 39 săptămâni în Asfixie severă. În naştere distocie de col uterin, insuficienţa forţelor de travaliu. A fost plasat la VAP, cateterizată v. ombilicală. Starea extrem de gravă. Capul de forma serosanguinolentă, cefalohematom în regiunea parieto-occipitală stânga, dim. lxl cm la nivelul oaselor. Fotoreacţia pupilelor la lumină abs. Respiraţia spontană ... Se află la VAP cu FiO2-60%. Auscultativ aspră, p...ă. Bătăile cordului ritmice, uşor asurzite. Abdomenul moale. Ficatul sub reb. cost. D-

l clinic: Asfixie obstetricală gravă. Complicaţii: Ischemie cerebrală. SARNAT III. S-m convulsiv. Conduita: Suport respirator VAP; Regim hipotermic 33-34°C; Monitorizarea TA, Ps, în dinamică; Suport inotrop pentru menţinerea TA (dopamină); Tratament recuperator sol. Mg. sulf. 25% ... 60ml; Tratamentul anticoag. sol. liminoli 20mg/kg; Suport energetic. Paraclinic: An. gen. a sângelui; Coagulograma; Trombocite; Glicemia; BAB; Rgfia cut. toracice; USG (fila dosarului 45, volumul II).

18. Conform procesului-verbal de ridicare din 21.07.2021, de la consultatul principal al DPDAMS OLEINIC Lilia au fost ridicate mai mute documente și anume: Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al RM nr. 327 din 04.10.2005, Protocolul de administrare a oxitocinie ce se regăsește la pagina 89 a Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie” aprobat prin Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003, Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 500 din 05.12.2006 „Privind aprobarea ediție II a Ghidurilor Naționale A și B de Perinatologie și volumului 3 al Ghidului C „Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie” (fila dosarului 66, volumul II).

19. Potrivit procesului-verbal de examinare a documentelor din 06.07.2022 au fost examinate: **1.** copia autentificată a Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003 cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova, prin care a fost aprobat Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie” semnat de către Ministrul sănătății Andrei Gherman; **2.** copia autentificată a Protocolului de administrare a oxitocinie ce se regăsește la pagina 89 a Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie” aprobat prin orinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003, în care este decris și indicat: Scopul, Indicațiile și Contraindicațiile, Procedura, cauzele și riscurile administrării oxitocinei la naștere; **3.** copia autentificată a Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 500 din 05.12.2006 „Privind aprobarea ediție II a Ghidurilor Naționale A și B de Perinatologie și volumului 3 al Ghidului C „Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie” prin care a fost aprobat Ediția a II-a revăzută a

Ghidurilor A,B și C (volumul 3) Naționale de Perinatologie (fila dosarului 67, volumul II).

20. Ordinului Ministerului Sănătății al RM nr. 58 din 24.01.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Vacum extracția fătului" (fila dosarului 89-91, volumul II).

21. Conform procesului-verbal de examinare din 23.03.2022, a fost examinat Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al RM nr. 327 din 04.10.2005 prin care au fost aprobate principiile generale de organizare a servicilor maternității prin care maternitățile de nivel I trebue să respecte prevederile Ghidurilor Naționale A,B,C și ale prezentului ordin pentru îngrijirea femeilor și nou-născuților cu evoluție fiziologică a nașterii și a perioadei neonatale precoce, precum și pentru îngrijirea și transferul femeilor și nou-născuților cu complicații. Modalitatea internării gravidelor, parturientelor și lăuzelor în maternitate. Transportarea de la o instituție la alta etc. (fila dosarului 98, volumul II).

22. Potrivit procesului-verbal de examinare a documentelor din 03.02.2022, a fost examinată copia cartelei de inventariere nr. 48 conform căreia la data de 07.05.2007 Maternitatea Spitalului Raional Fălești a primit ca ajutor umanitar din partea Asociației Caritabilă „Elvatip" Ventuza obstreticală (vacum extractor obstetric) care a fost luată la evidență cu numărul de inventariere 123370468, precum și copia scrisorii parvenită din partea Directorului IMSP „Spitalul Raional Fălești" prin care a informat că la data de 15.05.2018 Secția obstetrică și ginecologie dispunea de Ventuza obstreticală, vacum extractor obstetric (fila dosarului 120, volumul II).

23. Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie nr. 201904X0162 din 07.11.2019, în care s-a concluzionat că: conform consemnărilor din fişa medicală a bolnavului de staţionar Nr. 2845 rezultă că la ***** ora 23:55 s-a născut băieţel, cu masa la naştere 3680 gr, talia 51 cm. în stare gravă, cauzată de asfixia obstetricală gravă cu Scorul Apgar 3/3 puncte (frecvenţa cardiacă mai puţin de 100 - 1 punct; respiraţie neregulată - 1 punct; tonusul muscular absent - 0 puncte; reflexele absente - 0 puncte; culoare tegumentelor - roz cu extremităţi cianotice - 1 punct). În urma examinărilor efectuate, la nou-născutul ***** a fost

depistat cefalohematomul în regiunile parietale (bilateral) cu dimensiuni până la 8x2cm, care a fost cauzat în timpul travaliului prelungit prin mecanism de compresie în căile de naştere cu deformarea oaselor craniului şi ruperea unor vase sangvine, prezintă traumatismul obstetrical, din care considerente nu se supune calificării medico-legale. Moartea nou-născutului ***** a survenit în urma asfixiei obstetricale severe, complicate cu encefalopatie hipoxico-discirculatorie şi tulburări anoxice urmate de hemoragii intracerebrale de etiologie mixtă (posttraumatică şi anoxică), leucomalacie (necroza cerebrală în focar), soldate cu edem şi angajarea trunchiului cerebral. Analizele generale de sânge şi urină, examenul la glicemie pe parcursul sarcinii, testele sifilis şi HIV n-au pus în evidenţă anormalităţi din partea gravidei pe parcursul sarcinii. Examenul ecografic uterin a fost efectuat în termenul de 13, 21-22 şi 36-37 săptămâni de sarcină, fiind constatată evoluţia normală a sarcinii. La termenul de sarcină 22 săptămâni, examenul sumar al sângelui a pus în evidenţă Anemie feriprivă gr.I. Medicul de familie corect a recomandat tratament cu preparate de Fe şi a eliberat reţeta compensată. Erori de conduită a gravidei MARCOCI Mariana la etapa Asistenţei Medicale Primare n-au fost depistate. În acelaşi context e necesar de remarcat, că având în vedere talia cet. MARCOCI M. care a prezentat 153 cm, ce de obicei se caracterizează prin modificarea structurii anatomice (osoase) a bazinului, care devine strâmtat, nu s-a efectuat măsurarea bazinului pentru aprecierea datelor de bazin anatomic strâmtat, şi a decide pe viitor pe ce cale va fi naşterea (cezariană, sau vaginală), reieşind din evoluţia travaliului şi datelor antropometrice ale fătului. Pentru a se hotărî modul de conduita, *având si datele de diferenţă sub 120 cm între înălţimea femeii (153cm) si înălţimea fundului uterin (34-39cm),* gravida trebuia internată din timp în maternitate de nivelul II sau III, unde stabilirea gradului disproporţiei între craniu şi bazin este mult mai exactă. Aceasta inacţiune prezintă abatere de la programul de examinare a gravidei, care prevede evaluarea formei şi dimensiunile bazinului (pelvimetrie), responsabil fiind medicul obstelrician-ginecolog, care (inacţiune) în mod direct nu a influenţat la consecinţele survenite, dar a putut se fie o informaţie foarte importantă (decisivă) pentru personalul medical al IMSP SR Făleşti în decizia pentru alegerea tacticei în conduita naşterii. În cazul stabilirii bazinului strâmtat şi existenţei disproporţiei feto-pelviene cu depistarea naşterii obstructive la timpul oportun şi luarea deciziei pentru operaţia cezariană, decesul copilului putea fi evitat. În IMSP SR Făleşti la internare, de către medicul curant, în pofida datelor pelviometriei, la gravida

MARCOCI Mariana nu s-a diagnosticat existenţa bazinul strâmtat. Ca urmare o avut loc naşterea obstructivă din cauza disproporţiei feto-pelviane, complicată cu distocia de col, insuficienţa a forţelor de contracţie, angajarea asinclitică a căpşorului, situaţia care în conformitate cu prevederile Ghidului C Naţional de perinatologie, a necesitat transportarea gravidei la o instituţie de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicație pentru transportarea gravidei, era necesară operația cezariană în perioada I a travaliului. Aceste acţiuni nu au fost întreprinse de către personalul medical implicat în conduita travaliului. Decizia de a iniţia administrarea cu Oxitocină a fost una incorectă, prin ce se constată încălcarea a regulilor de conduită a travaliului în cazuri bazinului strâmtat cu disproporţia cefalo-pelviană, prevăzute de Ghidului C Naţional de perinatologie, din care rezultă că stimularea cu oxitocină a travaliului în bazinul strâmtat - este contraindicat. Persoana responsabilă de conduita naşterii este medicul obstetrician. Ce ţine de masuri de resuscitare a nou-născutului născut în asfixie severă, acestea au fost începute de către medicul anesteziolog cu întârziere la vârsta de 17 min!!! după naştere, ce contravine cu prevederile protocolului existent care prevede începerea resuscitării în primele minute de viaţă în sala de naştere. Aceste abateri de la prevederile actelor normative (protocoale, ghiduri) la nivelul IMSP SR Făleşti, au dus la naştere complicată (dificultăţi apărute în momentul trecerii cutiei craniene a fătului prin filiera pelvigenitală), care s-a finisat cu o asfixie severă a nou-născutului şi progresarea tulburărilor anoxice în dinamică, soldate cu decesul copilului. Aşa dar, reieşind din toate cele expuse mai sus, comisia medico-legală decide că, dintre acţiunile personalului medical (obstetricianul, anesteziologul) din cadrul IMSP IR Făleşti şi decesul nou-născutului *****, se constată o legătura de cauzalitate directă (fila dosarului 135-146, volumul II).

24. Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie cu implicare expertului ad-hoc nr. *202104X0032 din 01.04.2021, conform căruia s-a concuzionat că: conform consemnărilor din fişa medicală a bolnavului de staţionar Nr. 2845 rezultă, că la ***** ora 23.55 s-a născut un băieţel, cu masa la naştere 3680 gr, talia 51cm., în stare gravă, cauzată de asfixia obstetricală gravă cu Scorul Apgar 3/3 puncte (frecvenţa cardiacă mai puţin de 100-1 punct; respiraţie neregulată-1 punct; tonusul muscular absent- 0 puncte; reflexele absente - 0 puncte; culoare tegumentelor - roz cu extremităţi cianotice - 1 punct). În urma examinărilor efectuate, la nou-născutul ***** a fost depistat*

*cefalohematom în regiunile parietale (bilateral) cu dimensiuni până la 8x2cm, hemoragii intracraniene, care au fost cauzate în timpul travaliului prelungit prin mecanism de compresie în căile de naștere, cu deformarea oaselor craniului și ruperea unor vase sangvine, prezintă traumatism obstetrical, din care considerente de obicei, în lipsa încălcărilor în asistența medicală, nu se supune calificării medicolegale. Dar, luând în considerație că în cazul nou-născutului *****, de către comisia medico-legală au fost constatate încălcări a regulilor de acordarea asistenței medicale în conduita nașterii parturientei MARCOCI Mariana, soldată prin situarea îndelungată a copilului într-un plan și progresiei dificile a fătului prin căile de naștere din cauza disproporției cefalopelviene, ce a cauzat dezvoltarea cefalohematomului biparietal, hemoragiilor intracraniene și asfixiei severe soldate cu modificări hipoxice în substratul cerebral, care au prezentat pericol pentru viață și conform prevederilor regulamentului de apreciere a gravității vătămării corporale în vigoare, se califică ca vătămare corporală gravă. Moartea nou-născutului ***** a survenit în urma asfixiei obstetricale severe, complicate cu encefalopatie hipoxico-discirculatorie și modificări anoxice exprimate prin leucomalacie (necroza cerebrală în focar), urmate de hemoragii intracraniene de etiologie mixtă (posttraumatică și anoxică), soldate cu edem și angajarea trunchiului cerebral. Analizele generale de sânge și urină, examenul la glicemie pe parcursul sarcinii, testele sifilis și HIV, n-au pus în evidență anormalități din partea gravidei pe parcursul sarcinii. Examenul ecografic uterin a fost efectuat în termenul de 13, 21-22 și 36-37 săptămâni de sarcină, fiind constatată evoluția normală a sarcinii. La termenul de sarcină 22 săptămâni, examenul sumar al sângelui a pus în evidență Anemie feriprivă gr.l. Medicul de familie corect a recomandat tratament cu preparate de Fe și a eliberat rețeta compensată. Conform fișei personale a gravidei și lăuzei, la termen de 38 săptămâni, cet. MARCOCI Mariana a fost stabilit următorul diagnostic: Sarcina 38 săptămâni. Anemia feriprivă gr. II. Alte maladii (patologii) nu au fost consemnate. Erori de conduită a gravidei MARCOCI Mariana la etapa Asistenței Medicale Primare, în liniile generale n-au fost depistate. În același context e necesar de remarcat, că având în vedere talia cet. MARCOCI M. care a prezentat 153cm, ce de obicei se caracterizează prin modificarea structurii anatomice (osoase) a bazinului, care devine a fi strâmtat, nu s-a efectuat măsurarea bazinului (pelvimetrie) pentru aprecierea datelor de bazin anatomic strâmtat, acțiuni prevăzute de programul de examinare a gravidei, la primul examen*

medical (până la 12 săptămâni) în mod obligator, responsabil fiind medicul de familie și obstetrician-ginecolog. Aceasta inacțiuni în mod direct nu a influențat la consecințele survenite, dar a putut se fie o informație decisivă pentru personalul medical al IMSP SR Fălești în decizia pentru alegerea tacticii în conduita nașterii. În același context e necesar de remarcat că, pentru a se hotărî modul de conduita, având și datele de diferență sub 120 cm între înălțimea femeii (153cm) și înălțimea fundului uterin (34-39cm), gravida trebuia internată din timp în maternitate de nivelul II sau III, unde stabilirea gradului disproporției între craniu și bazin este mult mai exactă. [2.pg96]. Conform aceiași surse de reglementări este stipulat: dacă la centrul perinatologic de nivelul I naşterea durează mai mult de 12 ore sau au apărut alte complicații (cum în cazul cet. MARCOCI) parturienta trebuie transportată la o instituție de un nivel mai înalt. În caz de contraindicații pentru transportarea gravidei, operația cezariană se va efectua la nivelul I deja în perioada I a travaliului. Asistența medicală în cazul dat a fost una greșită. În cazul stabilirii la cet. MARCOCI M. a bazinului strâmtat și existenței disproporției feto-pelviene, cu diagnosticarea naşterii obstructive și tluarea deciziei pentru operația cezariană la timpul oportun decesul copilului putea fi evitat. În IMSP SR Fălești la internare, de către medicii implicați, în pofida datelor pelviometriei, la gravida MARCOCI Mariana nu s-a diagnosticat existența bazinul anatomic strâmtat și estimarea reală a masei fătului, care s-a dovedit a fi în condițiile date, unul macrosom. Conform literaturii de specialitate [7 pg.208] în compartimentul ,,făt macrosom,, este indicat că, același criteriu de făt mare (3600gr. și mai mult) se aplică chiar și în prezentație craniană la femei cu bazin anatomic strâmtat. Ca urmare, o avut loc naşterea obstructivă cu durata mai mult de 12 ore din cauza disproporției feto-pelviane, la parturienta cu bazinul strâmtat, complicată cu ruperea pungii amniotice precoce, distocia de col, insuficiența a forțelor de contracție, angajarea asinclitică a căpșorului, ce prezintă situația care în conformitate cu prevederile Ghidului C Național de perinatologie (pg.97), paturienta trebuia transportată la o instituție de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicație pentru transportarea gravidei, a fost necesară operația cezariană -împerioada I a travaliului. Acestea acțiuni nu au fost întreprinse de către toți medici implicați în conduita travaliului, care au fost obligați se adopte deciziile necesare reieșind din situația existentă, fiind responsabili pe perioadă lor de supravegherea gravidei, conform graficului de serviciu. Conform Ghidului C Național de perinatologie în compartimentul

*„protocolul de administrare a oxitocinei” (pg.89), disproportia făt-bazin (bazinul strâmtat) este contraindicată. Din ce rezultă că, reieşind din situaţia obstetricală existentă dar nediagnosticată, decizia de a iniţia administrarea Oxitocinei a fost una incorectă. Conform Ghidului C Naţional de perinatologie în compartimentul „insuficienţa forţelor de naştere” p. 7(pg.105) este indicat: La insuficienţa forţelor de naştere în perioada de expulsie încă o dată se apreciază corelaţia cefalo-pelviană. La confirmarea disproporţiei cefalo-pelviene când capul se află numai angajat în strâmtoarea superioară a bazinului mic se efectuează operaţia cezariană. In cazul cet. MARCOCI acesta situaţia clinică a avut loc la ora 21:10, când se putea de realizat naşterea prin operatia cezariană. Mai mult ca atât, de către comisia medico-legală s-a stabilit şi o alta situaţia obstetricală în care la 15.05.2018 ora 23:15, căpşorul fătului fiind în cavitatea bazinului mic cu stoparea progresiei de travaliu (lipsa progresării căpşorului aflat în cavitatea bazinului mic de la 23:15 până la 23:25 cu C/U deschis complet), au servit drept indicaţii pentru rezolvarea naşterii prin aplicarea ventuzei (Protocol clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum-extracţia fătului"), dar care nu s-a efectuat. Ce ţine de resuscitarea nou-născutului, născut în asfixie severă, acestea masuri au fost începute de către medicul anesteziolog după naştere (de facto a fost intubat la 19 min de viaţă), ce contravine prevederilor protocoalelor de urgenţa care indică la iniţierea resuscitării în primele minute de viaţă în sala de naştere. Aceste abateri de la prevederile actelor normative (protocoale, ghiduri) la nivelul IMSP SR Făleşti, au dus la naştere complicată (dificultăţi apărute în momentul trecerii cutiei craniene a fătului prin filierea pelvigenitală) care s-a finisat cu o asfixie severă a nou-născutului şi progresarea tulburărilor anoxice în dinamică, în final soldate cu decesul copilului. Aşa dar, reieşind din toate cele expuse mai sus, comisia medico-legală conchide că, dintre acţiunile personalului medical implicat în cazul dat, din cadrul IMSP IR Făleşti şi decesul nou-născutului *****, se constată o legătura de cauzalitate directă. Conform programului de examinare a gravidei, evaluarea formei şi dimensiunilor bazinului (pelvimetrie), care se face la primul examen medical (până la 12 săptămâni) în mod obligator, responsabil fiind medicul obstetrician-ginecolog, care este solicitat de către medicul de familie. La momentul internării în staţionar în secţia Obsetrico-ginecologică, examinarea pacientei (talia mamei, perimetrul abdominal, înălţimea fundului uterin, pelvimetria ş.a.), cu evaluarea datelor obţinute, se face de către obstetrician-ginecolog care preia pacienta. Conduita*

parturientei în cazuri cu disproporţia cefalo-pelviană este reglementată de „Ghidului C Naţional de perinatologie" (pg.93). Dintre semnele de alarmă care au fost prezente la pacienta MARCOCI Mariana şi au indicat la naşterea obstructivă (disproporţia cefalo-pelviană) au fost următoarele: ruperea prenatală a membranelor amniotice, plasarea căpşorului prea sus, la intrare în bazin la începutul travaliului, insuficienţa forţelor de travaliu, angajarea asinclitică a căpşorului, viteza insuficientă a dilatării colului uterin, prezenţa fătului mare (macrosom) pentru persona cu bazin strâmtat (3680gr.). Dintre criteriile clinice care au indicat la posibilă suspiciune de a avea o naşterea obstructivă au fost următoarele: talia cet. MARCOCI M. care conform datelor din fişa personală a gravidei şi lăuzei a constituit - 153cm; diferenţă sub 120cm între înălţimea femeii (153cm) şi înălţimea fundului uterin (34-39cm); la 08.05.2018 datele examinării a Fundului uterin -39cm, CiA-96cm, Dimensiunile bazinului: DS-24 (N-25)•, DC-26,5 (N-28)•, DT-28 (N-3 CE18,5 (N-20) din ce rezultă că bazinul la cet. MARCOCI M era anatomic strâmtat. În acelaşi context e necesar de remarcat că, conform literaturii de specialitate [7 pg.214] semnul Vasten „negativ" nu este o garanţie a lipsei disproporţiei cefalopelviene. În vederea soluţionării problemei în favoarea naşterii prin cezariană, nu este obligatorie prezenţa tuturor semnelor de discordanţă. Sunt suficiente 2-3, pentru ca cezariana să fie oportună, iar rezultatul pentru mamă şi făt — favorabil! În favoare existenţei la parturienta MARCOCI M. a disproporţiei cefalo-pelviene indică şi prezenţa la nou-născut a traumatismului cranio-cerebral sub forma de cefalohematom biparietal cu hemoragii intracraniene, precum şi constatare că în timpul naşterii la cet. MARCOCI M. o avut loc dehiscenţa suturilor oaselor bazinului. Reieşind din p. 12 a concluziilor date rezultă că, de către personalul medical implicat în asistenţa medicala acordată pacientei MARCOCI M., a fost subestimată starea reală a parturientei, ca urmare nu s-au strâmtat şi disproporţia feto-pelviană existentă, s-a adoptat o tactică de conduită a naşterii incorectă, cu încălcarea prevederilor protocolului de administrare a oxitocinei. Conform „Ghidului C Naţional de perinatologie" (pg.89-91), este prevăzut: a) dacă pe parcursul a 1,5-2 ore travaliul nu s-a declanşat adecvat infuzia oxitocinei trebuie oprită şi se va decide asupra asistenţei de mai departe (operaţia cezariana). La cet. MARCOCI M. infuzia cu oxitocina a fost începută la 19:10 şi până la 21:10, în 2 ore nu s-a declanşat travaliu adecvat. Mai mult că atât, la 21:10 a fost adoptată o altă decizie incorectă de a prelungi infuzie cu doza majorată de oxitocină (40 pic/min.)

care până la 23:10 a fost fără progres. b) dacă în cazul insuficienței forțelor de naștere se constată disproporția cefalopelviană, oxitocina este contraindicată, nașterea se termină prin operație cezariană. [2 pg.105] La cet. MARCOCI nu a fost constatată/diagnosticată disproporția cefalopelviană. Prezența disproporției cefalo-pelviene în cazul MARCOCI M., s-a complicat prin dezvoltarea insuficienței forțelor de travaliu, ce a prelungit perioada de travaliu. Conform „Ghidului C Național de perinatologie" (pg.100), prezența infecției la mamă, nu reprezintă contraindicații pentru operația cezariană. Infecția la mamă poate fi și o complicație în urma nașterii prin cezariană, dar care poate fi înlăturată prin aplicarea tratamentului antibacterian, atât cu scop de profilaxie, cât și cu cel curativ. Din aceste considerente, prezența infecției la parturientă nu prezintă contraindicație pentru nașterea prin cezariană. Prezența infecției bacteriologice la mama a fost constatată cu 30 săptămâni până la naștere, și anume la 15.09.2017, în urma primului examen medical la terminul sarcinii de 4-5 săptămâni. La momentul nașterii, în conformitate cu rezultatele analizei eliminărilor din organele genito-urinare din 15.05.2018, cet. MARCOCI M. nu a fost examinată la microflora cocică, fapt care în ansamblu cu lipsa manifestărilor clinice (lipsa febrei) nu poate demonstra prezența la ultima a infecției bacteriologice în perioada nașterii. În cazul dat, infecția stabilită la copil prin examinare morfopatologică, s-a asociat în timpul vieții, care a contribuit la agravarea stării generale a copilului. Moartea nou-născutului MARCOCI C. a survenit din cauza modificări anoxice ireversibile în substanța cerebrală, ca urmarea asfixiei severe și traumei craniocerebrale suportate în timpul nașterii obstructive și nediagnosticate, dar nu în urma infecției (care de fapt a fost o complicație la starea generală extrem de gravă a nou-născutului, de la momentul nașterii). Pentru o bună finalizare a nașterii fiziologice pacienta trebuie se fie coroborativă cu echipa obstetricală, însă în speță aceasta nu putea influența evoluția travaliului. Când are loc o naștere complicată, cum și în cazul parturientei MARCOCI M. cu o prognoza dubioasă, în toate cazurile medicul obstetrician informează medicul neonatolog, medicul din secția de reanimare și terapie intensivă, pentru aplicare la necesitate a măsurilor de reanimare imediat după nașterea. Aceste cerințe sunt prevăzute de protocoalele clinice naționale [2 pg.264], [9 Lit. B partea generală, prevăzută pentru medicii din secțiile de reanimare și terapie intensivă nou-născuți, neonatologie, pediatrie, neurologie], ce indică la prezența obligatorie a unor din specialiști indicați în sala de naștere

pentru cazuri cu naştere complicată, condiţiile care pot fi asigurate în totalmente la o maternitate de nivelul III. Conform Ghidului B Naţional de Perinatologie (examinarea copilului. pg. 105) rezultă, că examinare şi asistenţa imediată a nou-născutului se aplică la toţi nou-născuţii de către medicul neonatolog, care este prezent la naştere. În toate cazurile de naşteri unui copil în asfixie severă, pronosticul rămâne rezervat, dar care poate fi mai benefic în cazul aplicării masurilor de resuscitare la timpul oportun, şi invers, neacordarea ajutorului medical necesar în termeni optimi duce la agravarea stării generale a sănătăţii, situaţie care în cazul nou-născutului MARCOCI C. a contribuit la progresarea tulburărilor anoxice în substanţa cerebrală (fila dosarului 166-175, volumul II).

Anexa la raportul de expertiza judiciară nr. 202104X0032 din 01.04.2021, concluzia cu opinia separată a expertului ad-hoc Iurie CARAUŞ: 1. Copilul Marcoci C. s-a născut în asfixie severă la naştere (stare gravă). **2.** La naştere la nou-născut în perioada scremetelor medicul a observat pe capul fătului o bosă serosangvină iar medicul anestezist - un cefalohematom deja după naştere - ambele formaţiuni fiind leziuni ale ţesuturilor moi ale capului. Aceste leziuni apar în momentul coborârii capului fetal prin canalul de naştere; de obicei la femeile cu bazine strâmtate şi copii cu masa probabilă peste 3000gr (în cazul dat odată cu internarea gravidei în sala de naştere masa probabilă a viitorului nou-născut a fost calculată anticipat la 3100- 3200 gr). Cefalohematomul considerat de medicul inestezist la naştere ca unul mare nu este descris în documentaţie, pe când peste 4-5 ore de la naştere, medicii neonatologi din maternitatea or. Bălti îl descriu ca de 4\5cm. Astfel constat că, nici bosa serosangvină, nici cefalohematomul n-au fost semnificative şi n-au influenţat asupra deteriorării stării generale a copilului Marcoci C. **3.** Din documentaţia prezentată nu pot aprecia cauza decesului nou-născutului (nu am primit materialele din dosar). **4.** În carnetul perinatal şi fişa individuală a gravidei găsim date despre o anemie, infecţie vaginală conform frotiului şi date din extrasul maternităţii SCM N1 „Gh.Paladi", unde se constată dehiscenţa suturilor pe perineu, colpită şi infecţie herpetică? fapt ce ne vorbeşte despre o infectare importanta la gravidă pe parcursul sarcinii. În fişa de naştere la fel găsim date de infectare a mamei prin creşterea leucocitelor iar la copil vedem devieri anormale în formula leucocitară în favoarea unei infecţii posibile. **5.** Având în vedere cele relatate constat că, medicii sectorului primar necătând la multiplele vizite efectuate n-au suspectat şi respectiv n-au efectuat investigaţii cu referire la infecţia intrauterină. Pe lângă aceasta tot la sectorul primar nu s-au realizat

tehnicile protocolare de măsurări externe obstetricale (dimensiunile bazinului osos), astfel neatribuind gravida în grupele de risc conform ghidurilor perinatale naţionale şi respectiv neelaborând un plan de naştere conform la termenul sarcinii de 38 săpt. (modul și locul naşterii). La maternitatea CP Făleşti s-au respectat manipulaţii protocolare la momentul internării gravidei dar nu s-au completat diagnosticele puse, în special diagnosticul de bazin proporţional strâmtat. **6.** Şi la sectorul primar şi la cel staţionar consider că, asistenţa medicală în cazul dat a fost de gradul 2- asistenţă suboptimală-un alt tratament ar fi putut modifica rezultatul final (deces evitabil posibil) (Anexa nr.13 la ord. MS MPS nr. 248 din 16.06.06). **7.** Deficienţe majore în acordarea asistenţei medicale lăuzei Mariana MARCOCI la nivel de staţionar în maternităţile Făleşti şi SCM nr.l „Gh.Paladi" n-am constatat. **8.** Nu văd încălcări esenţiale a actelor normative în asistenţa medicală gravidei Mariana MARCOCI ce ar cauza decesul copilului. Unicele momente ce le pot relata sunt că: conform ghidurilor perinatale naţionale gravidele cu bazin strâmtat trebuie referite la nivelul II de asistenţă perinatală; în caz de apariţie a complicaţiilor pe parcursul naşterii şi dacă „naşterea durează peste 12 ore, pacienta are nevoie de consultaţiile specialiştilor de la nivelul II (dar unica dată când constatam ca a fost o complicaţie a CML/Anexa la raport de expertă judiciară nr. **202104X0032 din 01.04.2021** fost atunci când pacienta se scremea şi copilul nu avansa-moment ce nu mai permitea deja un eventual transfer al femeii la alt nivel). În acelaşi timp, gravida nu a întrunit criteriile de transfer la maternitate de nivel II conform ord.327 din 4.10.05 MS RM "Cu privire la implementarea tehnologiilor oportune în asistenţa perinatală" şi ord. 62 din 29.01.2010. De aceea pacienta a fost apreciată ca una fară antecedente obstetricicale agravate, maladii extragenitale, fară un risc prognosticat şi a beneficiat de îngrijiri perinatale la nivel I - Centrul Perinatal Făleşti. **9.** Răspunsul este ca şi la punctul 6. **10.** Şi la nivel de ambulator şi la nivel de staţionar medicii erau obligaţi să faci pelvimetria şi să aprecieze funcţionalitatea bazinului la gravidă. **11.** Chiar dacă cel care a primit pacienta în sala de naştere n-a stabilit diagnosticul de bazin strâmtat nu găsesc încălcări în conduita naşterii şi nu văd din datele fişei de naştere vre-o cauzalitate dintre cele menţionate şi decesul copilului. **12.** Unicul criteriu de disproporţie feto-pelvină conform ghidului „C" perinatologie a fost neînaintarea capului fetal prin căile de naştere în mome scremetelor parturientei şi apariţia cefalohematomului la nou-nascut. **13.** Administrarea oxitocinei în naştere a fost indicată corect conform indicațiilor din Ghidul „B" naţional de perinatologie. **14.** Insuficienţa forţelor de

contracţii s-a depistat la timp şi a fost rezolvată la fel în conformitate cu recomandările Ghidului „C" naţional de perinatologie. **15.** Date certe despre un proces infecţios servesc ca contraindicaţie pentru efectuarea operaţiei cezariene dar nu şi în cazul când viaţa mamei sau a fătului sunt în pericol. Atunci când avem semne de infecţie prioritar pentru pacient este finisarea naşterii pe cale naturală, dar dacă situaţia obstetricală se schimbă imediat se ia o cdecizie consultativă respectivă. **16.** Operaţia cezariană în sine provoacă un risc al complicaţiilor după naştere de 10 ori mai frecvent decât după o naştere naturală iar în cazul unei infecţii evidente-și mai mult, cu consecinţe grave pentru sănătatea şi viaţa femeii. **17.** Răspuns ca şi la punctul 6. **18.** Este o întrebare neclară dacă ne axăm pe documentaţia prezentată, dar ca și la orice naştere unde n-ar fi ea, pacienta trebuie să fie colaborativă cu echipa obstetricală - element foarte important în buna finalizare a naşterii. **19.** Aici nu anesteziologul ci neonatologul trebuia să fie prezent la naștere- conform protocoalelor Ghidului „B" naţional de perinatologie. Anume el este invitat în momentul când naşterea se finalizează. La cazul dat a fost chemat anesteziologul deoarece neonatolog nu era la moment (aşa rezumă din documentaţie), repet a fost chemat medicul anesteziolog deoarece el posedă manevrele de reanimare în medicină. **20.** Dacă resuscitarea copilului se începea din primele minute de viaţă, evident că, rezultatul acestui caz era să fie cu totul altul. Ca rezultat al celor expuse consider că, naşterea la Mariana MARCOCI putea fi petrecută şi la maternitatea din Făleşti unde activează medici cu experienţă iar decesul fătului a fost consecinţa unui cazus ce nu putea fi prevăzut, nimic nu se ştie despre gradul de infectare atât a mamei cât și a fătului *(fila dosarului 176, volumul II).*

25. *Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie suplimentară cu implicarea expertului judiciar ad-hoc nr. 202104X0185 din 22.12.2021 conform concluziei căruia ,,* În IMSP SR Făleşti la internare, de către medicul Seiciuc AL, implicat în asistenţa medicală acordată gravidei MARCOCI M. în perioada dată (15.05.2018 ora 07:10-15:30), în pofida datelor pelviometriei, nu a diagnosticat bazinul anatomic strâmtat, precum şi nu a estimat corect masa reală a fătului, care să consideră în condiţiile date a fi unul macrosom (3680 gr). Ca urmare, de către medicul SEICIUC Alexandru, a fost adoptată o decizie incorectă de conduită a naşterii la nivelul I de asistenţă perinatală. Astfel, a fost încălcată regula prevăzută prin ordinului MS RM nr. 327 din 04.10.2005, conform căruia

pacienta cu modificări respective din partea mamei (gravida cu bazin anatomic strâmtat) şi fătului (care în condiţiile date sa dovedit a fi macrosom), trebuia să fie raportată şefului maternităţii şi referită la nivelul II sau III de asistenţă perinatală. Acestea indicaţii sunt prevăzute şi în Ghidul C Naţional de perinatologie (pg.96), care obligă în plan profilactic, că gravidele cu bazin anatomic strâmtat sau cu suspecţie la făt macrosom, să fie spitalizate în instituţiile de maternitate de nivel II sau III. Acestea inacţiuni, nu au influenţat în mod direct la consecinţele survenite si soldate cu decesul nou-născutului, dar care au putut fi prevenite (consecinţele) prin transportarea gravidei la timpul oportun în instituţiile de maternitate de nivel II - III, sau se fie cu suport decisiv pentru personalul medical al IMSP SR Făleşti în adoptarea planului pentru alegerea tacticii în conduita naşterii (conservativ sau chirurgical) la o gravidă cu bazin anatomic strâmtat. Asistenţa medicală acordată gravidei MARCOCI M. de către medicul PACICOVSCHI Tamara în perioada de la ora 15:30 şi până la 17:00, se încadrează în aceleaşi abateri de la acte normative, care au fost admise de medicul SEICIUC Alexandru și indicate mai sus. Dar în acelaşi context e necesar de remarcat, că la momentul predării pacientei unui alt medic de gardă la ora 17:00, de către medicul PACICOVSCHI Tamara, a fost necesară evaluarea stării căilor de naşterea şi poziţionarea fătului, pentru adoptarea tacticei de naştere corecte, reieşind din rezultatele examinărilor obţinute. Ce ţine de acţiunile medicului PACICOVSCHI Tamara care a fost implicată în conduita naşterii la cet. MARCOCI M. la ***** ora 23:25, şi reieşind din situaţia obstetricală existentă (lipsa progresării căpşorului aflat în cavitatea bazinului mic de la 23:15 până la 23:25 cu C/U deschis complet), care a servit drept indicaţii pentru rezolvarea naşterii prin aplicarea ventuzei (Protocol clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi (Vacuum-extracţia fătului), dar care nu s-a efectuat. Între încălcări a regulilor şi metodelor acordării asistenţei medicale admise de către medicul PACICOVSCHI Tamara la ***** ora 23:25, soldate cu consecinţele grave în naştere sub forma de asfixie obstetricală severă, se constată o legătura de cauzalitate directă. În asistenţa medicală acordată gravidei MARCOCI M. de către medicul SPÎNU Elena la 15.05.2018 în perioada de la 17:00 până la 23:25 au fost constatate următoarele abateri de la acte normative existente si anume: la orele 17:00 împreună cu medicul care a predat pacienta, a fost necesară evaluarea stării căilor de naşterea şi poziţionarea fătului, pentru adoptarea tacticei de naştere, reiesind din rezultatele examinărilor obţinute. Conform Ghidului C Naţional de perinatologie (pg.97), în capitul <conduita naşterii obstructive>

(prevăzut pentru gravide cu bazin anatomic strâmtat cum în cazul MARCOCI M.) este stipulat: „dacă la centrul perinatologie de nivelul I naşterea durează mai mult de 12 ore sau au apărut alte complicaţii, parturienta trebuie transportată la o instituţie de un nivel mai înalt. În caz de contraindicaţii pentru transportarea gravidei, operaţia cezariană se va efectua la nivelul I deja în perioada I a travaliului". Din ce rezultă că la 15.05.2018 după ora 19:10 medicul de gardă a fost obligat se iniţieze procedura pentru transportarea gravidei la o instituţie medicală de un nivel mai înalt, acţiunile care nu au fost efectuate. Conform Ghidului C Naţional de perinatologie în compartimentul „insuficienţa forţelor de naştere" p. 7(pg.l05) este indicat: La insuficienţa forţelor de naştere în perioada de expulzie încă o dată se apreciază corelaţia cefalo-pelviană. La confirmarea disproporţiei cefalo-pelviene când capul se află numai angajat în strâmtoarea superioară a bazinului mic se efectuează operaţia cezariană. In acelaşi context e necesar de remarcat că, conform aceiaşi surse de reglementări, la compartimentul „Operaţia cezariană,, (pg. 100) sunt stipulate indicaţii pentru operaţia cezariană în timpul travaliului dintre care la gravida MARCOCI M. au fost stabilite următoarele: distocii în naştere (distocie de col uterin, angajarea asinclitică a capuşorului), bazin clinic strâmtat, inducerea naşterii soldată cu insucces. În cazul cet. MARCOCI acesta situaţia clinică a avut loc la ora 21:10, când în interesele mamei și fătului conform indicaţiilor, se putea de realizat cu succes naşterea prin operaţia cezariană. O alta situaţia obstetricală în care la 15.05.2018 ora 23:15, căpşorul fătului fiind în cavitatea bazinului mic cu stoparea progresiei de travaliu şi cu colul uterin deschis complet, au servit drept indicaţii pentru rezolvarea naşterii prin aplicarea ventuzei (Protocol clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum- extracţia fătului"), dar care tot nu a fost efectuată. Asistenţa medicală acordată de către medicul SPÎNU Elena în cazul dat a fost una greşită. În cazul stabilirii la cet. MARCOCI M. a bazinului strâmtat şi existenţei disproporţiei feto-pelviene, cu diagnosticarea naşterii obstructive şi luarea deciziei pentru transportarea gravidei la o instituţie medicală de un nivel mai înalt, sau adoptării planului de conduită naşterii reieșind din situaţia obstetricală la timpul oportun în favoarea operaţiei cezariene în prima fază, sau aplicarea ventuzei în a II faza de naştere, complicaţiile apărute şi decesul copilului putea fi evitat. În cazul dat, a avut loc naşterea obstructivă cu durata mai mult de 16 ore din cauza disproporţiei feto-pelviene, la parturienta cu bazinul strâmtat, complicată cu ruperea pungii amniotice precoce, distocia de col, insuficienţa a

forţelor de contracţie, angajarea asinclitică a căpşorului, ce prezintă situaţia care în conformitate cu prevederile Ghidului C Naţional de perinatologie, şi în scopul prevenirii complicaţiilor inevitabile posibile, au prezentat indicaţii pentru transportarea parturientei la o instituţie de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicaţie pentru transportarea gravidei, a fost necesară operaţia cezariană în perioada I a travaliului, sau aplicarea ventuzei în perioada a II a travaliului. Acestea acţiuni nu au fost întreprinse de către toţi medici implicaţi în conduita travaliului, mai ales după orele 17:00, care au fost obligaţi se adopte deciziile necesare reieşind din situaţia existentă la fiecare din etape în interesele mamei şi fătului, fiind responsabili pe perioadă lor de supraveghere a gravidei, conform graficului de serviciu (fila dosarului 198-208, volumul II).

Anexa la raportul de expertiza judiciară nr. 202104X0185 din 22.12.2021, concluzia cu opinia separată a expertului ad-hoc Iurie CARAUŞ: **1.** Medicul A. SEICIUC n-a verificat datele pelvimetriei externe (dimensiunile bazinului) şi a taliei la gravidă apreciate de moaşa de gardă. Aceste măsurări după părerea mea nu sunt veridice. La fel Dumnealui n-a respectat prevederile protocolului de completare a partogramei stipulat în ghidul „B" de perinatologie din 2006, ediţia a doua. Având datele dimensiunilor bazinului gravidei din fişa medicală nr. 2826 ce indică despre un bazin anatomic îngust de I grad la pacientă, medicul A. SEICIUC n-a stabilit şi nu a consemnat în fişa medicală acest diagnostic ce presupune un risc major atât pentru mamă cât şi pentru fat în procesul naşterii. Astfel a fost încălcat ordinul MS RM nr.327 din 04.10.2005 despre trierea pacienţilor în maternităţile de nivel I - pacienta trebuia să fie raportată şefului maternităţii şi referită la nivelul II de asistenţă perinatală. **2.** Deficienţile enumărate mai sus n-au cauzat însă decesul nou-născutului C. MARCOCI. **3.** Şef secţie Tamara PACICOVSCHI la fel n-a respectat prevederile ord. 327 din 04.10.2005, prin faptul că, n-a consultat cazul clinic dat la o pacientă cu bazin îngust cu colegii de la maternitatea nivel II (Bălţi) şi respectiv n-a transferat parturienta la nivel mai superior. **4.** Această asistenţă medicală tot n-a influenţat decesul copilului. **5.** Medicul Elena SPÎNU care a condus naşterea de la 17:00 n-a informat şi n-a consultat momentul stabilirii insuficienţei contracţiilor uterine la parturienta cu şef secţie Tamara PACICOVSCHI şi respectiv iarăşi s-a evitat îndeplinirea ord. 327 din 04.10.2005 conform căruia cazul trebuia consultat cu medicii din Bălţi pentru a aprecia conduita ulterioară sau pentru a transfera pacienta la nivel superior. **6.** Nici această situaţie clinică n-a servit ca cauză principală în decesul pruncului. **7.**

La ora 23:25, odată cu sosirea şef secţiei Tamara PACICOVSCHI căpuşorul fătului era plasat deja în bazinul mic, fară suferinţă din partea acestuia, de aceia n-a fost nevoie de a întreprinde careva acţiuni suplimentare în conduita perioadei II a naşterii (fila dosarului 209, volumul II).

Normele de drept relevante:

26. Codul penal al Republicii Moldova

27. Articolul 14 alin. (1) „*Infracţiunea este fapta (acţiunea sau infracţiunea) prejudiciabilă, prevăzută de legea penală, săvârşită cu vinovăţie şi pasibilă de pedeapsa penală”.*

28. Articolul 18 „*se consideră că infracţiunea a fost săvârşită din imprudenţă dacă persoana care a săvârşit-o îşi dădea seama de caracterul prejudiciabil al acţiunii sau inacţiunii sale, a prevăzut urmările ei prejudiciabile, dar considera în mod uşuratic că ele vor putea fi evitate ori nu îşi dădea seama de caracterul prejudiciabil al acţiunii sau inacţiunii sale, nu a prevăzut posibilitatea survenirii urmărilor ei prejudiciabile, deşi trebuia şi putea să le prevadă”.*

29. Articolul 113 Noţiunea de calificare a infracţiunii. *”(1) Se consideră calificare a infracţiunii determinarea şi constatarea juridică a corespunderii exacte între semnele faptei prejudiciabile săvîrşite şi semnele componenţei infracţiunii, prevăzute de norma penală. (2) Calificarea oficială a infracţiunii se efectuează la toate etapele procedurii penale de către persoanele care efectuează urmărirea penală şi de către judecători”.*

30. Articolul 213 lit. b), în redacția în vigoare la data comiterii faptei prejudiciabile descrise în pct. 1 *supra* (care nu a suportat modificări sau completări legislative până la data adoptării prezentei sentințe) constituie infracțiune: *”Încălcarea din neglijenţă de către medic sau de către un alt lucrător medical a regulilor sau metodelor de acordare a asistenţei medicale, dacă aceasta a cauzat: decesul pacientului, se pedepseşte cu închisoare de pînă la 3 ani cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcţii sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani”.*

31. Codul de procedură penală:

32. Articolul 1. *Noţiunea şi scopul procesului penal (2) Procesul penal are ca scop protejarea persoanei, societăţii şi statului de infracţiuni, precum şi protejarea persoanei şi societăţii de faptele ilegale ale persoanelor cu funcţii de răspundere în activitatea lor legată de cercetarea infracţiunilor presupuse sau săvîrşite, astfel ca orice persoană care a săvîrşit o infracţiune să fie pedepsită potrivit vinovăţiei sale şi nici o persoană nevinovată să nu fie trasă la răspundere penală şi condamnată.*

33. Articolul 27. *Libera apreciere a probelor. (1) Judecătorul şi persoana care efectuează urmărirea penală apreciază probele în conformitate cu propria lor convingere, formată în urma cercetării tuturor probelor administrate. (2) Nici o probă nu are putere probantă dinainte stabilită.*

34. Articolul 93. Probele. *(1) Probele sunt elemente de fapt dobîndite în modul stabilit de prezentul cod, care servesc la constatarea existenţei sau inexistenţei infracţiunii, la identificarea făptuitorului, la constatarea vinovăţiei, precum şi la stabilirea altor împrejurări importante pentru justa soluţionare a cauzei. (2) În calitate de probe în procesul penal se admit elementele de fapt constatate prin intermediul următoarelor mijloace: 1) declarațiile bănuitului, învinuitului, inculpatului, victimei, părții vătămate, părții civile, părții civilmente responsabile, martorului, specialistului, expertului; 2) raportul de expertiză judiciară; 3) corpurile delicte; 4) procesele-verbale privind acţiunile de urmărire penală şi ale cercetării judecătoreşti; 5) documentele (inclusiv cele oficiale); 6) înregistrările audio sau video, fotografiile; 7) constatările tehnico-ştiinţifice şi medico-legale; 8) actele procedurale în care se consemnează rezultatele măsurilor speciale de investigaţii şi anexele la ele, inclusiv stenograma, fotografiile, înregistrările şi altele; 9) procesele-verbale de consemnare a rezultatelor investigaţiilor financiare paralele şi procesele-verbale de consemnare a opiniei organului de control de stat al activităţii de întreprinzător, emisă conform prevederilor art. 276[1] dacă nu a fost expusă într-un proces-verbal de control. 10) procesul-verbal de control, întocmit în cadrul controlului de stat asupra activităţii de întreprinzător, un alt act de control/administrativ cu caracter decizional,*

întocmit de un organ de control în rezultatul unui control efectuat conform legislației speciale în vigoare. (3) Elementele de fapt pot fi folosite în procesul penal ca probe dacă ele au fost dobîndite de organele de control de stat, organul de urmărire penală, organul care exercită activitate specială de investigații, de organul de constatare sau de altă parte în proces, cu respectarea prevederilor prezentului cod. (4) Datele de fapt obţinute prin activitatea specială de investigaţii pot fi admise ca probe numai în cazurile în care ele au fost administrate în cadrul urmăririi penale şi verificate prin intermediul mijloacelor prevăzute la alin.(2), în conformitate cu prevederile legii procesuale, cu respectarea drepturilor şi libertăţilor persoanei sau cu restricţia unor drepturi şi libertăţi autorizată de către instanţa de judecată. (5) Datele de fapt obţinute de către echipele comune internaţionale de efectuare a urmăririi penale pot fi admise ca probe numai în cazul în care au fost administrate prin intermediul mijloacelor de probă prevăzute la alin. (2).

35. Articolul 95. Admisibilitatea probelor *(1) Sînt admisibile probele pertinente, concludente şi utile administrate în conformitate cu prezentul cod. (2) Chestiunea admisibilităţii datelor în calitate de probe o decide organul de urmărire penală, din oficiu sau la cererea părţilor, ori, după caz, instanţa de judecată. (3) Dacă administrarea probelor a fost efectuată cu respectarea dispoziţiilor prezentului cod, argumentarea inadmisibilităţii probelor se face de către partea care cere respingerea lor. În caz contrar, obligaţia de a argumenta admiterea lor revine părţii care le-a administra*t sau părţii în favoarea căreia au fost administrate probele.

36. Articolul 96. *Circumstanţele care urmează să fie dovedite în procesul penal. (1) În cadrul urmăririi penale şi judecării cauzei penale trebuie să se dovedească: 1) faptele referitoare la existenţa elementelor infracţiunii, precum şi cauzele care înlătură caracterul penal al faptei; 2) circumstanţele prevăzute de lege care atenuează sau agravează răspunderea penală a făptuitorului; 3) datele personale care caracterizează inculpatul şi victima; 4) caracterul şi mărimea daunei cauzate prin infracţiune; 5) existenţa bunurilor destinate sau utilizate pentru săvîrşirea infracţiunii sau dobîndite prin infracţiune, indiferent de faptul cui ele au fost transmise; 6) toate circumstanţele relevante la stabilirea pedepsei. (2) Concomitent cu circumstanţele care urmează să fie dovedite în procesul penal,*

trebuie să fie descoperite cauzele şi condiţiile care au contribuit la săvîrşirea infracţiunii.

37. Articolul 97. *Circumstanţele care se constată prin anumite mijloace de probă. În procesul penal se constată, prin anumite mijloace de probă, următoarele circumstanţe: 1) cauza decesului – prin raportul expertizei medico-legale; 2) existenţa, caracterul şi gradul leziunilor corporale în cauzele penale – prin raportul expertizei medico-legale.*

38. Articolul 99. Probatoriul. *(1) În procesul penal, probatoriul constă în invocarea de probe şi propunerea de probe, admiterea şi administrarea lor în scopul constatării circumstanţelor care au importanţă pentru cauză. (2) Probele administrate se verifică şi se apreciază de către organul de urmărire penală sau instanţă.*

39. Articolul 100. Administrarea probelor. *(1) Administrarea probelor constă în folosirea mijloacelor de probă în procesul penal, care presupune strîngerea şi verificarea probelor, în favoarea şi în defavoarea învinuitului, inculpatului, de către organul de urmărire penală, din oficiu sau la cererea altor participanţi la proces, precum şi de către instanţă, la cererea părţilor, prin procedeele probatorii prevăzute de prezentul cod. (2) În scopul administrării probelor, apărătorul admis în procesul penal, în modul prevăzut de prezentul cod, este în drept: 1) să solicite şi să prezinte obiecte, documente şi informaţii necesare pentru acordarea asistenţei juridice, inclusiv să poarte convorbiri cu persoane fizice dacă acestea sînt de acord să fie audiate în modul stabilit de lege; 2) să solicite certificate, caracteristici şi alte documente din diverse organe şi instituţii competente, în modul stabilit; 3) în interesul asistenţei juridice, să solicite, cu consimţămîntul persoanei pe care o apără, opinia specialistului pentru explicarea chestiunilor care necesită cunoştinţe speciale. (3) Bănuitul, învinuitul, inculpatul, apărătorul, acuzatorul, partea vătămată, partea civilă, partea civilmente responsabilă şi reprezentanţii lor, precum şi alte persoane fizice sau juridice, sînt în drept să prezinte informaţii orale şi scrise, obiecte şi documente care pot fi utilizate ca mijloace de probă. (4) Toate probele administrate în cauza penală vor fi verificate sub toate aspectele, complet şi obiectiv. Verificarea probelor constă în analiza probelor administrate, coroborarea lor cu alte probe, administrarea de noi probe*

şi verificarea sursei din care provin probele, în conformitate cu prevederile prezentului cod, prin procedee probatorii respective.

40. Articolul 101. Aprecierea probelor. *(1) Fiecare probă urmează să fie apreciată din punct de vedere al pertinenţei, concludenţei, utilităţii şi veridicităţii ei, iar toate probele în ansamblu – din punct de vedere al coroborării lor. (2) Reprezentantul organului de urmărire penală sau judecătorul apreciază probele conform propriei convingeri, formate în urma examinării lor în ansamblu, sub toate aspectele şi în mod obiectiv, călăuzindu-se de lege. (3) Nici o probă nu are o valoare dinainte stabilită pentru organul de urmărire penală sau instanţa de judecată. (4) Instanţa de judecată este obligată să pună la baza hotărîrii sale numai acele probe la a căror cercetare au avut acces toate părţile în egală măsură şi să motiveze în hotărîre admisibilitatea sau inadmisibilitatea tuturor probelor administrate. (5) Hotărîrea de condamnare nu se poate întemeia, în măsură determinantă, pe declaraţiile martorului protejat sau pe probele obţinute în urma efectuării măsurilor speciale de investigaţii.*

41. Articolul 142. Temeiurile pentru dispunerea şi efectuarea expertizei judiciare. *(1) Expertiza se dispune în cazurile în care pentru constatarea, clarificarea sau evaluarea circumstanţelor ce pot avea importanţă probatorie pentru cauza penală sînt necesare cunoştinţe specializate în domeniul ştiinţei, tehnicii, artei, meşteşugului sau în alte domenii. Posedarea unor asemenea cunoştinţe specializate de către persoana care efectuează urmărirea penală sau de către judecător nu exclude necesitatea dispunerii expertizei judiciare. Dispunerea expertizei judiciare se face, la cererea părţilor, de către organul de urmărire penală, procuror sau de către instanța de judecată, precum și din oficiu de către organul de urmărire penală sau procuror. (2) Părţile, din iniţiativă proprie şi pe cont propriu, sînt în drept, prin intermediul organului de urmărire penală, al procurorului sau al instanţei de judecată, să înainteze instituţiei publice de expertiză judiciară/biroului de expertiză judiciară o cerere privind efectuarea expertizei judiciare pentru constatarea circumstanţelor care, în opinia lor, vor putea fi utilizate în apărarea intereselor lor. În acest caz, organul de urmărire penală, procurorul sau instanța de judecată este obligată să remită instituţiei publice de expertiză judiciară/biroului de expertiză judiciară materialele necesare efectuării expertizei judiciare. Raportul de expertiză judiciară întocmit la cererea*

părţilor se prezintă de către parte organului de urmărire penală, procurorului sau instanţei de judecată, se anexează la materialele cauzei penale şi urmează a fi apreciat în coroborare cu alte probe. În cazul în care, reieşind din concluziile formulate de experţi în rapoartele de expertiză judiciară anterioare, se constată inoportunitatea dispunerii expertizei judiciare solicitate de către părţi, iar efectuarea unei alte expertize judiciare va condiţiona tergiversarea procesului penal, organul de urmărire penală, procurorul sau instanţa de judecată respinge cererea părţilor. (3) Expertiza judiciară se efectuează de către expertul judiciar înscris în Registrul de stat al experţilor judiciari. În cazul în care în Registrul de stat al experţilor judiciari nu sînt experţi de specializarea necesară sau în cazul în care nu poate fi numit un alt expert judiciar din motive de incompatibilitate, în calitate de expert judiciar poate fi recunoscută ad-hoc o persoană competentă în specializarea solicitată pentru efectuarea expertizei judiciare. (4) Fiecare dintre părţi are dreptul să recomande un expert pentru a participa cu drepturi depline la efectuarea expertizei judiciare.

42. Articolul 143. Cazurile cînd efectuarea expertizei judiciare este obligatorie. *(1) Expertiza se dispune şi se efectuează, în mod obligatoriu, pentru constatarea: 1) cauzei morţii; 2) gradului de gravitate şi a caracterului vătămărilor integrităţii corporale; ... 6) altor cazuri cînd prin alte probe nu poate fi stabilit adevărul în cauză.*

43. Articolul 144. Procedura de dispunere a efectuării expertizei judiciare. *(1) În cazul existenţei temeiurilor, expertiza judiciară se dispune de către organul de urmărire penală sau procuror, prin ordonanţă, precum şi de către instanţa de judecată, prin încheiere. În ordonanţă sau în încheiere se indică: cine a iniţiat dispunerea expertizei judiciare; temeiurile pentru care se dispune expertiza judiciară; obiectele, documentele şi alte materiale prezentate expertului cu menţiunea cînd şi în ce împrejurări au fost descoperite şi ridicate; întrebările formulate expertului; denumirea instituţiei de expertiză judiciară sau, după caz, numele şi prenumele expertului căruia i se pune în sarcină efectuarea expertizei judiciare. (1^1) Cererea de solicitare a efectuării expertizei judiciare se formulează în scris, cu indicarea faptelor şi împrejurărilor supuse constatării şi a obiectelor, materialelor care trebuie investigate de expert. (2) Ordonanţa sau încheierea de dispunere a efectuării expertizei judiciare este obligatorie pentru instituţia sau*

persoana care urmează să efectueze expertize judiciare. (3) La efectuarea expertizei judiciare din iniţiativă şi pe contul propriu al părţilor, expertului i se remite lista întrebărilor, obiectele şi materialele de care dispun părţile sau sînt prezentate, la cererea lor, de către organul de urmărire penală,procuror sau instanţa de judecată. Despre aceasta se întocmeşte un proces-verbal conform prevederilor art. 260 şi 261. (4) Bănuitul, învinuitul sau partea vătămată poate solicita organului de urmărire penală sau, după caz, procurorului dispunerea efectuării expertizei judiciare. Refuzul de dispunere a efectuării expertizei judiciare poate fi contestat în modul stabilit de prezentul cod.

44. Articolul 145. Acţiuni premergătoare efectuării expertizei judiciare. (1) *Organul de urmărire penală, procurorul sau instanţa de judecată, în cazul în care dispune efectuarea expertizei judiciare, informează în scris părțile despre obiectul expertizei judiciare și întrebările la care trebuie să dea răspunsuri expertul și le explică părților că au dreptul de a face observații cu privire la aceste întrebări și de a cere modificarea sau completarea lor, precum și dreptul de a cere numirea a cîte un expert recomandat de fiecare dintre ele pentru a participa la efectuarea expertizei judiciare. (3) După examinarea obiecțiilor și a cererilor înaintate de părți, organul de urmărire penală, procurorul sau instanța de judecată informează expertul judiciar cu privire la noile circumstanțe ce implică efectuarea expertizei judiciare.*

45. Articolul 146. Expertiza în comisie. (*1) Expertizele cu un grad sporit de complexitate sau voluminoase se efectuează de o comisie din cîţiva experţi de aceeaşi specializare sau, după caz, de specializări diferite. La cererea părţilor, în componenţa comisiei de experţi pot fi incluşi experţii invitaţi (recomandaţi) de ele. (1[1]) Expertiza judiciară în comisie se dispune şi în cazul în care expertizele judiciare efectuate anterior prezintă concluzii divergente. În cadrul expertizei judiciare în comisie pot fi formulate întrebări referitoare la cauzele divergențelor dintre concluziile expertizelor judiciare anterioare. (2) La finalul cercetărilor în cadrul expertizei judiciare în comisie se întocmește un singur raport de expertiză judiciară, care este semnat de către toți experții din componența comisiei. (3) În situația în care nu există o concluzie comună, unanim acceptată, în raportul de expertiză judiciară se prezintă concluzia acceptată de majoritatea experților participanți la efectuarea expertizei judiciare în comisie ori se declară*

imposibilitatea prezentării unor concluzii comune. Opiniile divergente ale experţilor se expun în concluzii separate care se anexează la raportul de expertiză judiciară şi se prezintă ordonatorului expertizei judiciare. (4) Cerinţa organului de urmărire penală,procurorului sau a instanţei de judecată ca expertiza judiciară să fie efectuată de o comisie de experţi este obligatorie pentru şeful instituţiei de expertiză judiciară, precum şi pentru experţii desemnaţi. Dacă expertiza judiciară este pusă în sarcina instituţiei de expertiză judiciară şi conducătorul, analizînd complexitatea investigaţiilor ce urmează a fi efectuate, consideră că este necesară o expertiză judiciară în comisie, acesta comunică organului de urmărire penală,procurorului sau instanţei de judecată propunerea de dispunere a efectuării expertizei judiciare.

46. Articolul 147. Expertiza complexă. *(1) În cazul în care constatarea vreunei circumstanţe ce poate avea importanţă probatorie în cauza penală este posibilă numai în urma efectuării unor investigaţii în diferite domenii, se dispune expertiza judiciară complexă. (1^1) În cazul torturii, efectuarea expertizei judiciare complexe, cu operarea examinării medico-legale, psihologice şi, după caz, a altor forme de examinare, este obligatorie. (1^2) Expertiza judiciară complexă se poate efectua fie de către o comisie de experți calificați în diferite genuri de expertiză judiciară, fie de către un singur expert calificat în mai multe genuri de expertiză judiciară. (2) În baza totalității datelor constatate în cadrul expertizei judiciare complexe, experții întocmesc un singur raport de expertiză judiciară, în care se indică cercetările efectuate de fiecare expert, volumul acestora, numele, prenumele experților care au formulat răspunsuri la întrebări și concluziile la care s-a ajuns. (3) Expertul nu are dreptul să semneze acea parte a raportului de expertiză judiciară complexă ce nu ţine de competenţa sa.*

47. Articolul 148. Expertiza judiciară suplimentară și expertiza judiciară repetată. *(1) Dacă organul de urmărire penală, procurorul ori instanța de judecată care a dispus efectuarea expertizei judiciare constată că raportul expertului nu este complet și necesită explicații sau completări ori dacă apar întrebări noi referitoare la circumstanțele examinate și, în toate cazurile, răspunsurile nu pot fi obținute prin audierea expertului, se dispune efectuarea unei expertize judiciare suplimentare de către același expert sau de către un alt expert. (2) Dacă concluziile expertului sînt neclare, contradictorii, neîntemeiate, dacă există*

îndoieli în privința veridicității lor și dacă aceste deficiențe nu pot fi înlăturate prin audierea expertului sau dacă a fost încălcată ordinea procesuală de efectuare a expertizei judiciare, poate fi dispusă efectuarea unei expertize judiciare repetate de către un alt expert sau o altă comisie de experți. Expertul sau experții care au efectuat expertiza judiciară primară sau suplimentară pot asista la efectuarea expertizei judiciare repetate pentru a da explicații pe marginea concluziilor formulate în urma expertizei judiciare primare, însă nu pot participa la efectuarea investigațiilor și la întocmirea concluziilor. (3) Expertiza judiciară repetată se dispune în cazurile în care: a) concluziile expertului sînt neclare, contradictorii, neîntemeiate sau există îndoieli în privința veridicității acestora; b) ordonatorul expertizei judiciare sau instanța de judecată a constatat că expertul judiciar nu avea dreptul să o efectueze ori și-a depășit competența; c) a fost încălcată ordinea procesuală de dispunere a expertizei judiciare; d) s-au constatat încălcări ale metodelor sau procedurilor de efectuare a expertizei judiciare; e) concluziile expertului nu au fost corelate cu datele de fapt puse la dispoziția lui; f) există contradicții esențiale între opiniile experților participanți la efectuarea unei expertize judiciare în comisie. (4) Rezultatele expertizei judiciare repetate au aceeași valoare probantă ca și rezultatele expertizei judiciare anterioare și se apreciază în coroborare cu alte probe. (5) În ordonanța sau în încheierea prin care s-a dispus expertiza judiciară suplimentară sau repetată trebuie să fie concretizate motivele dispunerii ei. În cazul dispunerii expertizei judiciare suplimentare sau repetate se prezintă raportul expertizei judiciare primare, precum și toate materialele depuse în cadrul expertizei judiciare primare.

48. Articolul 151. Întocmirea și prezentarea raportului de către expert. *(1) După efectuarea investigațiilor necesare, expertul întocmește un raport, în formă scrisă, tipărită, în limba română, care este structurat în trei părți: partea introductivă, partea descriptivă și concluziile. (2) În partea introductivă a raportului de expertiză judiciară se indică: a) denumirea și adresa juridică ale instituției publice de expertiză judiciară sau ale biroului de expertiză judiciară; b) datele privind actul de dispunere a expertizei judiciare; c) datele ordonatorului expertizei judiciare; d) denumirea și adresa juridică ale laboratorului în care a fost efectuată expertiza judiciară; e) mențiunea despre informarea privind drepturile și obligațiile prevăzute de prezentul cod și privind răspunderea pentru încălcarea prevederilor art. 312 și 315 din Codul penal; f) data întocmirii*

raportului de expertiză judiciară, numărul, tipul și genul expertizei judiciare; g) datele expertului sau ale experților participanți la efectuarea expertizei judiciare (numele, prenumele, numărul licenței, specializarea în care este calificat, gradul de calificare, precum și, dacă este cazul, gradul științific, specialitatea deținută și vechimea în muncă în calitate de expert judiciar în specialitatea respectivă); h) datele persoanelor care au participat, precum și ale celor care au asistat la efectuarea expertizei judiciare; i) expunerea succintă a circumstanțelor cazului pentru a cărui soluționare se solicită efectuarea expertizei judiciare; j) lista materialelor și a obiectelor prezentate pentru expertiza judiciară; k) problemele înaintate spre soluționare; l) în cazul expertizei judiciare suplimentare sau al celei repetate – motivele dispunerii acesteia, precum și datele expertizei judiciare primare (numărul, data întocmirii raportului de expertiză judiciară, numele și prenumele experților participanți la efectuarea expertizei judiciare, concluziile acestora). (3) În partea descriptivă, în funcție de genul expertizei judiciare efectuate, raportul de expertiză judiciară conține următoarele informații: a) date despre starea obiectelor supuse examinării (prezența și starea ambalajului) sau date despre persoanele examinate, modalitățile de transportare și de ambalare a materialelor și obiectelor prezentate pentru expertiza judiciară; b) conținutul etapelor de examinare, cu indicarea metodelor de cercetare și a metodicilor aplicate, a mijloacelor tehnice și a materialelor de consum folosite, a condițiilor de utilizare a acestora și a rezultatelor obținute; c) obiectivele, condițiile de efectuare și rezultatele experimentelor (dacă acestea au fost realizate), precum și rezultatele obținerii unor modele de comparație; d) date privind deteriorarea sau consumul obiectelor supuse examinării; e) evaluarea pe etape a cercetărilor, analiza rezultatelor obținute, formularea și motivarea concluziilor; f) referiri la ilustrații, anexe și explicațiile necesare pentru acestea; g) circumstanțele relevante identificate de expert, în privința cărora nu au fost adresate întrebări; h) concluziile prealabile; i) argumentarea imposibilității de a răspunde la toate sau la unele întrebări formulate în cazul cînd materialele prezentate nu au fost suficiente sau întrebările formulate nu țin de competența expertului, sau nivelul științei și practica expertizelor judiciare nu permit găsirea răspunsurilor la aceste întrebări; j) caracteristica succintă a dispozitivelor și a materialelor utilizate, regimul procesului de fixare și imprimare. Pentru mijloacele tehnice și programele soft se indică tipul, modelul, producătorul, denumirea și versiunea programului soft utilizat, programul de obținere și imprimare a imaginilor. (4) În partea finală

a raportului de expertiză judiciară sînt expuse concluziile expertului, care cuprind răspunsurile la întrebările formulate de către ordonatorul expertizei judiciare. Răspunsurile se formulează exact, pentru a exclude interpretările echivoce. (5) La raportul expertului se anexează corpurile delicte, probele grafice, alte materiale rămase după efectuarea investigaţiilor, precum şi fotografii, schiţe şi grafice ce confirmă concluziile expertului. (6) Raportul de expertiză judiciară este semnat de expertul/experţii care l-a/l-au întocmit conform competenţelor, aplicîndu-se ştampila acestuia/acestora pe fiecare pagină şi pe toate anexele. (7) Raportul de expertiză judiciară sau declaraţia expertului judiciar privind imposibilitatea prezentării unor concluzii, precum şi procesul-verbal de audiere a expertului se comunică părţilor imediat, dar nu mai tîrziu de 3 zile lucrătoare de la primirea lor de către organul de urmărire penală, procuror sau instanţa de judecată, şi li se explică în scris că au dreptul să dea explicaţii, să facă obiecţii, precum şi să ceară înaintarea unor întrebări suplimentare expertului, efectuarea unei expertize judiciare.

49. Articolul 153. Audierea expertului. *(1) În cazul în care raportul expertului nu este clar sau are unele deficienţe, pentru înlăturarea cărora nu sînt necesare investigaţii suplimentare, ori a apărut necesitatea de a preciza metodele aplicate de către expert sau unele noţiuni, organul de urmărire penală sau procurorul este în drept să audieze expertul, respectîndu-se prevederile art.105-109. (2) Audierea expertului nu se admite pînă la prezentarea raportului şi cercetarea acestuia.*

Aprecierea instanței:

50. Analizând fiecare din probele cercetate în ședință de judecată (pct. 2-25 *supra*) din punct de vedere al pertinenței, concludenții, utilității, și veridicității, precum și toate probele în ansamblu, din punct de vedere al coroborării lor, ținând de normele de drept material și procedural incidente, instanța conchide că, în ședință de judecată s-a constatat săvârșirea cu vinovăție sub formă de neglijență de către SPÎNU Elena a faptei prejudiciabile descrise în pct. 1 *supra* și califică această faptă ca infracțiune prevăzută de **articolul 213 lit. b) Cod penal**, conform indicilor: *”Încălcarea din neglijență de către medic a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale, dacă aceasta a cauzat: decesul pacientului”.*

51. Instanța notează, în primul rând că, potrivit doctrinei penale și jurisprudenţei naţionale, calificarea după elementele componenţei de infracţiune, presupune determinarea conţinutului semnelor componenţei de infracţiune prevăzută de o normă juridico-penală şi stabilirea în fapta persoanei a semnelor unei infracţiuni concrete după elementele componenţei de infracţiune. Stabilirea elementelor infracţiunii presupunând o anumită consecutivitate, constatându-se mai întâi obiectul infracţiunii, apoi latura obiectivă, subiectul şi latura subiectivă.

52. Potrivit Dreptului Penal **componența infracțiunii prevăzută de art. 213 lit. b) Cod penal**, are următoarele elemente:

53. Obiectul juridic special al infracţiunii în cauză, se poate consemna că obiectul juridic principal al ei este format din relaţiile sociale privind acordarea competentă a asistenţei medicale.

54. Obiectul juridic secundar îl reprezintă relaţiile sociale referitoare la viaţa persoanei.

55. Latura obiectivă a infracţiunii în cauză include: a) fapta prejudiciabilă care ia forma acţiunii sau inacţiunii de încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenţei medicale; b) urmările prejudiciabile care se prezintă, în mod alternativ, decesul victimei; c) legătura cauzală între fapta prejudiciabilă și urmările prejudiciabile.

56. Infracţiunea prevăzută la art. 213 Cod penal este una materială. Ea se consideră consumată din momentul producerii vătămării grave a integrităţii corporale sau a sănătăţii ori decesului pacientului.

57. Latura subiectivă a infracţiunii în cauză se caracterizează prin imprudenţă, concretizată în neglijenţă, faţă de fapta prejudiciabilă, și imprudenţă (încredere exagerată sau neglijenţă) faţă de urmările prejudiciabile.

58. Potrivit art.18 Cod penal, se consideră că infracţiunea a fost săvârşită din imprudență dacă persoana care a săvârşit-o îşi dădea seama de caracterul

prejudiciabil al acţiunii sau inacţiunii sale, a prevăzut urmările ei prejudiciabile, dar considera în mod ușuratic că ele vor putea fi evitate ori nu își dădea seama de caracterul prejudiciabil al acţiunii sau inacţiunii sale, nu a prevăzut posibilitatea survenirii urmărilor ei prejudiciabile, deși trebuia şi putea să le prevadă.

59. Din conținutul normei citate, se desprind cele 2 modalități ale imprudenței: încrederea exagerată și neglijența.

60. *Încrederea exagerată în sine* se caracterizează prin faptul că, persoana își dădea seama că, în condițiile în care își desfășoară activitatea, această activitate prezintă un anumit grad prejudiciabil, prevede urmările ei prejudiciabile, rezultat pe care nu-l dorește și nici nu-l acceptă, dar consideră ușuratic că prin felul în care acționează îl va evita. Factorul intelectiv al încrederii exagerate în sine constă în înțelegerea de către făptuitor a caracterului prejudiciabil al activității sale și în prevederea urmării prejudiciabile ce poate surveni din cauza ei. Înțelegerea caracterului prejudiciabil al faptei este legat, de regulă, de nerespectarea unor reguli de precauție pentru a evita survenirea unor consecințe prejudiciabile în procesul de desfășurare a anumitor activități.

61. *Neglijența*, ca modalitate faptică a imprudenței ce caracterizează situația în care acesta nu și-a dat seama de caracterul prejudiciabil al faptei, nu a prevăzut posibilitatea survenirii urmării prejudiciabile, deși trebuia și putea să le prevadă. Astfel în primul rând este necesar să se verifice dacă făptuitorul nu şi-a dat seama de semnificaţia juridică a faptei sale, precum şi dacă nu a prevăzut consecinţele pe care le va produce fapta sa. În al doilea rând urmează a se verifica, dacă persoana a avut obligaţia şi posibilitatea concretă de a-şi reprezenta asemenea consecinţe. Obligaţia de prevedere derivă din normele juridice, din norme tehnice şi tehnologice, din natura serviciului a funcţiei sau profesiei precum şi din practica generală a divereselor activităţi desfăşurate.

62. Subiectul infracţiunii de la art. 213 Cod penal este persoana fizică responsabilă, care la momentul săvârșirii infracţiunii a atins vârsta de 16 ani. De asemenea, subiectul trebuie să aibă calitatea specială de lucrător medical.

63. Totodată instanța indică că, acțiunile inculpatei SPÎNU Elena au fost încadrate în baza art. 213 lit. b) Cod penal, care este o normă de blanchetă, deoarece încălcarea regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale urmează a fi descrisă și constatată în baza reglementărilor la nivel normativ.

64. La acest capitol, instanța menționează că, prin decizia nr. 44 din 14.05.2018, pe marginea sesizării nr. 55g/2018 privind excepția de neconstituționalitate a unor prevederi din art. 213 Cod penal, Curtea Constituțională a Republicii Moldova a menționat următoarele, *sub aspectul necesității reglementării la nivel normativ a regulilor sau a metodelor de acordare a asistenței medicale, în prezent acestea sunt adoptate de către Ministerul Sănătății sub forma protocoalelor instituționale, a ghidurilor, a standardelor medicale și a altor acte de acest tip, care stabilesc în ansamblu standardul de calitate a serviciilor medicale. Această competență a Ministerului Sănătății este prevăzută de art. 28 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, care prevede că în practica medicală sunt aplicate și prescrise metodele de profilaxie, diagnostic și tratament, și medicamentele permise de Ministerul Sănătății. Deși prevederile art.213 Cod penal, sancționează neglijența medicală care a condus la vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății sau la decesul pacientului, acestea nu menționează dacă regulile sau metodele de acordare a asistenței medicale trebuie să fie stabilite printr-un act normativ. Nici prevederile art.28 din Legea ocrotirii sănătății nu conțin asemenea cerințe. Sub acest aspect, Ministerului Sănătății i s-a acordat o marjă de discreție*. În acest sens, Curtea observă că *aceste reguli sau metode, la care se referă dispozițiile articolului 213 din Codul penal, sunt rezultatul unui consens științific din domeniul medical. Având în vedere că știința medicală este în permanentă evoluție, Curtea reține că reglementarea normativă a regulilor sau a metodelor de acordare a asistenței medicale nu ar fi cel mai eficient instrument de actualizare a standardului de calitate a serviciilor medicale. Sub aspectul accesibilității regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, Curtea a observat că Ministerul Sănătății a publicat protocoalele instituționale, ghidurile și standarde medicale pe pagina web a instituției. Chiar dacă nu au un caracter de lege, Curtea consideră că aceste acte corespund cerințelor de accesibilitate (a se vedea hotărârea CtEDO în cauza Osmanoğlu și Kocabaş v. Elveția, 10 ianuarie 2017, § 53*). Totodată Curtea a constat că, *una dintre obligațiile profesionale ale medicului este să-și perfecționeze*

în permanenţă cunoştinţele profesionale [articolul 17 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 264 din 27 octombrie 2005 cu privire la exercitarea profesiunii de medic]. Curtea consideră că medicul sau alt lucrător medical nu se poate prevala de necunoaşterea regulilor şi metodelor de acordare a asistenţei medicale adoptate de către Ministerul Sănătăţii, atât timp cât există o prezumţie legală în acest sens.

65. Pe final, Curea a subliniat faptul că, *deşi protocoalele instituţionale, ghidurile, standardele medicale şi alte acte sunt necesare pentru a se stabili care reguli şi metode de acordare a asistenţei medicale au fost încălcate,* ***încălcările, în sensul articolului 213 din Codul penal, nu se stabilesc de către procuror sau de către instanţa de judecată prin identificarea şi aplicarea directă a regulilor şi metodelor stabilite de Ministerul Sănătăţii****, deoarece ei nu dispun de cunoştinţe medicale şi nici nu pot aprecia acţiunile medicului sau ale altui lucrător medical fără consultanţa unui expert. Prin urmare, Curtea reţine că în cazul de faţă nu este atât de importantă forma de reglementare a regulilor şi metodelor de acordare a asistenţei medicale, pe cât expertiza oferită cu privire la încălcările invocate. De altfel, în jurisprudenţa sa, Curtea Europeană a menţionat că,* ***la evaluarea de către o instanţă a problemelor extrem de complexe referitoare la neglijenţa medicală, este foarte probabil ca rapoartele medicale ale experţilor să aibă o importanţă crucială, fapt care le conferă un rol deosebit în cadrul procedurii*** (*Bajić v. Croaţia*, 13 noiembrie 2012, § 95; *Sara Lind Eggertsdóttir v. Islanda*, 5 iulie 2007, §47).

66. Rezumând totalitatea circumstanţelor de fapt şi de drept enunţate mai sus, instanţa ajunge la concluzia că, fapta prejudiciabilă reţinută în sarcina inculpatei SPÎNU Elena conţine toate elementele componenţei de infracţiune prevăzută de art. 213 lit. b) Cod penal, acestea fiind demonstrate prin probe pertinente, conludente, veridice şi utile, şi anume: a) existenţa faptei prejudiciabilă comise de către medicul obstretician-ginecolog, SPÎNU Elena, care ia forma de acţiuni şi inacţiunii de încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenţei medicale; b) urmările prejudiciabile care se prezintă, în mod alternativ, decesul victimei – copilului Constantin MARCOCI; şi c) legătura cauzală între fapta prejudiciabilă comisă de inculpată şi urmările prejudiciabile – decesul copilului Constantin MARCOCI.

67. Astfel, vinovăţia inculpatei este demonstrată integral prin probele administrate, și anume: Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie nr. 201904X0162 din 07.11.2019 (pct. 23 *supra*), Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie nr. *202104X0032 din 01.04.2021 (pct. 24 supra) și Raportul de expertiză judiciară medico-legală în comisie suplimentară nr. 202104X0185 din 22.12.2021 (pct. 25 supra), care coroborează în ansamblul lor și cu* declaraţiile succesorului părții vătămate MARCOCI Marina (pct. 2 *supra*), declarațiile expertului judiciar TIGHINEANU Sergiu (pct. 9 *supra*), declarațiile martorilor MARCOCI Andrei (pct. 3 *supra*), PACICOVSCHI Tamara (pct. 6 *supra*), SEICIUC Alexandru (pct. 4 *supra*), BĂDĂRĂU Aurel (pct. 8 *supra)*, Bădărău Liubovi (pct. 7 *supra*), precum şi cu materialele cauzei penale cercetate în cadrul şedinţei de judecată (pct. 12-22 *supra*).

68. Instanța reţine că, totalitatea probelor menționate corespund cerinţelor stipulate de art.101 Cod de procedură penală, adică sunt pertinente, concludente, veridice și utile pentru a putea fi puse la baza unei sentinţe de condamnare, ele fiind în coroborare între ele, demonstrând deplin vinovăţia inculpatei în săvârșirea infracțiunii reținute în sarcina sa.

69. În special prin constatările și concluziile date în cele trei rapoarte de expertiză judiciară în comisie efectuate în prezenta cauză (a se vedea pct. 23, 24, 25 *supra*) se dovedește incontestabil încălcarea din neglijență de către medicul SPÎNU Elena a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale în circumstanțele descrise în pct. 1 *supra*, încălcare care a cauzat decesul copilului *****, și anume că:

70. Astfel, din constatările și concluziile date în cele trei rapoarte de expertiză judiciară în comisie menționate mai sus, rezultă că, inculpata **SPÎNU Elena Vladimir**, activând în baza ordinului de angajare nr. 40 din 01.04.2016 în calitate de medic obstretician-ginecolog al Secției obstretică și ginecologie a IMSP „Spitalul raional Fălești” (fiind deci subiect al infracțiunii prevăzute de art. 213 Cod penal), având potrivit prevederilor Legii nr. 411- XIII din 28.03.1995 „cu privire la ocrotirea sănătăţii”, Legii nr. 264 din 27.10.2005 „cu privire la exercitarea profesiei de medic”, art. 17 pct. c), obligația de a ridica nivelul profesional și să implementeze metodele curativ-profilactice moderne în asistența

la naștere, de a efectua măsurile de urgență gravidei, să cunoască și să aplice în practică metodele contemporane de examinare, diagnostic și tratament, să asigure acordarea ajutorului medical efectiv și să îmbunătățească calitatea tratamentului bolnavilor, fiind obligată conform fișei de post a medicului obstetrician ginecolog al secției obstetrică și ginecologie aprobată de directorul IMSP „Spitalul raional Fălești" V.Osman, *inter alia,* să asigure nivelul corespunzător de examinare, supraveghere şi tratament al femeilor ,în corespundere cu principiile curativ-profilactice ale instituţiei şi respectării regulilor deontologiei medicale; să ridice nivelul profesional şi să implementeze metode curativ-profilactice moderne în asistența la naştere; să cunoască şi să aplice în practică metode contemporane de examinare, diagnostic şi tratament; să informeze şeful secţiei despre toate complicaţiile sau cazurile de agravare a stării parturientelor, precum şi despre nerespectarea regulilor funcţionării secţiei de către personalul medical; să conlucreze cu specialiştii secţiei consultative şi cu alte instituţii curativ-profilactice; să participe la conferinţele ştiinţifico-practice şi clinico-anatomice în centrele perinatologice de nivelul II şi III, fiind totodată responsabilă de exercitarea obligațiunilor sale în strictă corespundere cu prevederile regulamentului despre secția de obstretică și ginecologie fișă de post menționată (fila dosarului 233-234, volumul I), conform graficului de serviciu al seției obstetrico-ginecologie a IMSP "Spitalul raional Fălești" pentru luna mai a anului 2018 (fila dosarului 226-232, volumul I), pe data de 15.05.2018, orele 17:00 a intrat în serviciul de gardă în cadrul secției menționate *supra* pe o durată de 7 ore în data de 15.05.2018 și o durată de 8 ore în data de 16.05.2018, preluând de la șeful secției, medicul obstetrician-ginecolog, PACICOVSCHI Tamara, acordarea asistenței medicale gravidei MARCOCI Marina, internată în secția respectivă pe 15.05.2018, ora 07:10.

În continuare, inculpata SPÎNU Elena, în pofida datelor pelviometriei, nu a diagnosticat bazinul anatomic strâmtat de gradul I al lui MARCOCI Marina, precum şi nu a estimat corect masa reală a fătului, care se consideră în condiţiile date a fi unul macrosom (3680 gr), ceea ce presupune un risc major atât pentru mamă, cât și pentru făt. *Conform literaturii de specialitate [7 pg.208] în compartimentul „făt macrosom„ este indicat că, acelaşi criteriu de făt mare (3600gr. şi mai mult) se aplică chiar şi în prezentaţie craniană la femei cu bazin anatomic strâmtat.* Ca urmare, din neglijență de către medicul SPÎNU Elena a fost adoptată o decizie incorectă de conduită a naşterii la nivelul I de asistenţă

perinatală. Astfel, a fost încălcată regula prevăzută prin ordinului MS RM nr. 327 din 04.10.2005, conform căruia pacienta cu modificări respective din partea mamei (gravida cu bazin anatomic strâmtat) şi fătului (care în condiţiile date sa dovedit a fi macrosom), trebuia să fie raportată şefului maternităţii şi referită la nivelul II sau III de asistenţă perinatală. Acestea indicaţii sunt prevăzute şi în Ghidul C Naţional de perinatologie (pg.96), care obligă în plan profilactic, că gravidele cu bazin anatomic strâmtat sau cu suspecţie la făt macrosom, să fie spitalizate în instituţiile de maternitate de nivel II sau III (a se vedea unde stabilirea gradului disproporţiei între craniu şi bazin este mult mai exactă). Aceasta inacţiune prezintă abatere de la programul de examinare a gravidei, care prevede evaluarea formei şi dimensiunile bazinului (pelvimetrie), responsabil fiind medicul obstetrician-ginecolog, care (inacţiune) în mod direct nu a influenţat la consecinţele survenite, dar a putut se fie o informaţie foarte importantă (decisivă) pentru personalul medical al IMSP ”Spitalul raional Făleşti” în decizia pentru alegerea tacticei în conduita naşterii. În cazul stabilirii bazinului strâmtat şi existenţei disproporţiei feto-pelviene cu depistarea naşterii obstructive la timpul oportun şi luarea deciziei pentru operaţia cezariană, decesul copilului putea fi evitat.

Pe 15.05.2018, orele 17:00 medicul SPÎNU Elena trebuia să evalueze starea căilor de naștere și poziționarea fătului, pentru adoptarea tacticii de naștere, reieșind din rezultatele examinărilor obținute, ceea ce însă nu s-a făcut.

Astfel, în continuare, medicul SPÎNU Elena, manifestând neglijență s-a angajat în primirea nașterii de la MARCOCI Marina pe cale naturală prin administrarea oxitocinei, în maternitatea de nivelul I, care nu era dotată cu medic neonatolog și cu ventuza (vacum extractor obstretic), pentru aplicare în caz de necesitate conform punctul C.2.1 din Protocolul clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum-extracţia fătului” aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţi nr. 58 din 24.01.2013, or, ventuza obstetricală cu care fusese anterior dotată secția obstetrică și ginecologie a IMSP ”Spitalului raional Fălești” era defectată și nu se aplica în practică, fapt confirmat în ședință de judecată prin declarațiile martorului PACICOVSCHI Tamara, șeful Secției obstetrică și ginecologie a IMSP ”Spitalul raional Fălești” la data de 15.05.2018, (a se vedea pct. 6 *supra*).

Ca urmare, o avut loc naşterea obstructivă cu durata mai mult de 12 ore din cauza disproporției feto-pelviene, la parturienta cu bazinul strâmtat, complicată cu ruperea pungii amniotice precoce, distocia de col, insuficiența forțelor de

contracție, angajarea asiniclinică a căpșorului, situație care în conformitate cu prevederile „Ghidului C Național de perinatologie”, necesita transportarea gravidei la o instituție de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicație pentru transportarea gravidei, fiind necesară operația cezariană în perioada I a travaliului, SPÎNU Elena a luat decizia incorectă de administrare a Oxitocinei încălcând regulile de conduită a travaliului în cazul bazinului strâmtat cu disproporție cefalo-pelviană prevăzute de prevederile „Ghidului Clinic Național de Perinatologie” (pag. 89), conform căruia stimularea cu oxitocină a travaliului în bazinul strâmtat este contraindicată, iar ca rezultat a purces ca conduita nașterii de a fi terminată pe cale naturală, tot în cadrul primirii aceleiași nașteri apărând o altă situație obstetricală în care la data de 15.05.2018 ora 23:15, din motivul că căpșorul fătului se afla în cavitatea bazinului mic cu stoparea progresiei de travaliu şi cu colul uterin deschis complet, circumstanțe ce serveau drept indicații pentru rezolvarea naşterii prin aplicarea ventuzei, acțiuni prevăzute de punctul C.2.1 din Protocolul clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum-extracţia fătului” aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 58 din 24.01.2013, acțiuni care la fel au fost de ultima neglijate, continuând conduita nașterii de a fi terminată pe cale naturală fără utilizarea extracției pneumatice a fătului cu aplicarea ventuzei obstetricale (vacum extractor obstretic), ca urmare a abaterilor admise la ora 23:55 s-a născut copilul ***** în stare gravă, cauzată de asfixie obstetricală gravă, fiindu-i provocate leziuni corporale sub formă de cefalohematom în regiunile parietale (bilateral) cu dimensiuni până la 8X2 cm, care au fost cauzate în timpul travaliului prelungit prin mecanism de compresie în căile de naștere cu deformarea oaselor craniului și ruperea unor vase, în rezultatul căruia ulterior, la data de 05.06.2018 ora 02:40, în IMSP „Spitalul clinic Municipal nr.1” a survenit decesul nou-născutului ***** în urma vătămărilor corporale grave sub forma asfixiei obstetricale severe, complicate cu encefalopatie hipoxico-discirculatorie și tulburări anoxice urmate de hemoragii intracerebrale de etiologie mixtă (postraumatică și anoxică) leucomalacie (necroza cerebrală în focar), soldate cu edem și angajarea trunchiului cerebral.

De menționat, că în ședință de judecată s-a constatat că din neglijența medicului SPÎNU Elena, aplicarea în cazul dat a ventuzei obstreticale (vacum extractor obstretic) nu era posibilă în genere *a apriori,* (fapt despre care dânsa cunoștea din start), deoarece ventuza obstetricală cu care fusese anterior dotată secția obstetrică și ginecologie a IMSP ”Spitalul raional Fălești” era defectată și nu

se aplica în practică, fapt confirmat în ședință de judecată prin declarațiile martorului PACICOVSCHI Tamara, fostul șef al secției obstetrică și ginecologie (a se vedea pct. 6 *supra*).

De asemenea, instanța reține că, prin Raportul de expertiză judiciară în comisie suplimentară 202104X0185 din 22.12.2021 s-a mai constatat că:

”Conform Ghidului C Naţional de perinatologie (pg.97), în capitolul ”conduita naşterii obstructive” (prevăzut pentru gravide cu bazin anatomic strâmtat cum în cazul MARCOCI M.) este stipulat: „dacă la centrul perinatologic de nivelul I naşterea durează mai mult de 12 ore sau au apărut alte complicaţii, parturienta trebuie transportată la o instituţie de un nivel mai înalt. În caz de contraindicaţii pentru transportarea gravidei, operaţia cezariană se va efectua la nivelul I deja în perioada I a travaliului”. Din ce rezultă că la ***** după ora 19:10 medicul de gardă a fost obligat se iniţieze procedura pentru transportarea gravidei la o instituţie medicală de un nivel mai înalt, acţiuni care nu au fost efectuate.

Conform Ghidului C Naţional de perinatologie în compartimentul „insuficienţa forţelor de naştere” p. 7 (pg.l05) este indicat: La insuficienţa forţelor de naştere în perioada de expulzie încă o dată se apreciază corelaţia cefalo-pelviană. La confirmarea disproporţiei cefalo-pelviene când capul se află numai angajat în strâmtoarea superioară a bazinului mic se efectuează operaţia cezariană. În acelaşi context e necesar de remarcat că, conform aceiaşi surse de reglementări, la compartimentul „Operaţia cezariană” (pg. 100) sunt stipulate indicaţii pentru operaţia cezariană în timpul travaliului dintre care la gravida MARCOCI M. au fost stabilite următoarele: distocii în naştere (distocie de col uterin, angajarea asinclitică a capuşorului), bazin clinic strâmtat, inducerea naşterii soldată cu insucces. În cazul cet. MARCOCI acesta situaţia clinică a avut loc la ora 21:10, când în interesele mamei și fătului conform indicaţiilor, se putea de realizat cu succes naşterea prin operaţia cezariană.

Asistenţa medicală acordată de către medicul SPÎNU Elena în cazul dat a fost una greşită. În cazul stabilirii la cet. MARCOCI M. a bazinului strâmtat şi existenţei disproporţiei feto-pelviene, cu diagnosticarea naşterii obstructive şi luarea deciziei pentru transportarea gravidei la o instituţie medicală de un nivel mai înalt, sau adoptării planului de conduita naşterii reieșind din situaţia obstetricală la timpul oportun în favoarea operaţiei cezariene în prima fază, sau aplicarea ventuzei în a II fază de naştere, complicaţiile apărute şi decesul copilului putea fi evitat. În cazul dat, a avut loc naşterea obstructivă cu durata mai mult de 16 ore din cauza

disproporţiei feto-pelviene, la parturienta cu bazinul strâmtat, complicată cu ruperea pungii amniotice precoce, distocia de col, insuficienţa a forţelor de contracţie, angajarea asinclitică a căpuşorului, ce prezintă situaţia care în conformitate cu prevederile Ghidului C Naţional de perinatologie, şi în scopul prevenirii complicaţiilor inevitabile posibile, au prezentat indicaţii pentru transportarea parturientei la o instituţie de un nivel mai înalt, sau în caz de contraindicaţie pentru transportarea gravidei, a fost necesară operaţia cezariană în perioada I a travaliului, sau aplicarea ventuzei în perioada a II a travaliului".

La fel, prin Raportul de expertiză judiciară în comisie suplimentară nr. 202104X0185 din 22.12.2021 srezultă că, contrar prevederilor fișei de post al medicului obstetrician-ginecolog, SPÎNU Elena nu a informat în timp util şeful secţiei obstetrică și ginecologie a IMSP "Spitalul raional Fălești", PACICOVSCHI Tamara, despre toate complicaţiile și agravarea situației în cazul procesului de naștere a parturientei MARCOCI Marina, or, potrivit documentației medicale anexate la dosarul cauzei și a constatărilor din rapoartele de expertiză judiciară, inclusiv Raportul de expertiză judiciară în comisie suplimentară nr. 202104X0185 din 22.12.2021, șeful secției PACICOVSCHI Tamara a fost implicată în conduita acestei nașteri între orele 23:15 și 23:25, în situația obstetricală existentă: "lipsa progresării căpşorului aflat în cavitatea bazinului mic de la 23:15 până la 23:25 cu C/U (colul uterin) deschis complet".

Tot din Raportul de expertiză judiciară în comisie suplimentară nr. 202104X0185 din 22.12.2021 se constată și faptul că, medicul SPÎNU Elena nu a înștiințat în timp util despre complcațiile apărute la nașterea lui MARCOCI Marina medicul neonatolog (care de fapt nici nu exista în cadrul instituției date) sau medicul anestiziolog-reanimatolog generalist din cadrul IMSP "Spitalul raional Fălești". Respectiv acești specialiști lipseau în sala de naștere. Abia după ce s-a născut copilul Constantin MARCOCI în stare gravă la ora 23:55, de către medicul SPÎNU Elena s-a solicitat intervenția mediclui anestiziolog al spitalului, BĂDĂRĂU Aurel (care nu avea specializarea în resuscitarea copiilor), audiat în calitate de martor în ședința de judecată (a se vedea pct. 8 *supra*), **care a intervenit în sala de naștere la ora 00:12, adică după 17 minute de la nașterea copilului !!!**

Sub acest aspect, în același Raport de expertiză judiciară este indicat că:

"Ce ține de prezența altor specialiști în sala de naștere, conform actelor normative rezultă următoarele. Când are loc o naștere complicată, cum și în cazul

parturtientei MARCOCI M. cu o prognoză dubioasă, în toate cazurile medicul obstetrician informează medicul neonatolog, medicul din secția de reanimare și terapie intensivă despre această naștere, pentru implicare la necesitate la momentul oportun. Conform protocoalelor de urgență, care vizează resuscitarea primară în sala de naștere este indicat, că măsurile de reanimare la nou născuți în asfixia severă cu scorul Apgar 0-3 puncte, **se încep imediat după nașterea copilului.** În tactica de reanimare este foarte important că tratamentul trebuie să fie întreprins de urgență și cercetarea cauzei este secundară (ABC reanimării) !!! **Se folosește așa noțiune de "Minutele de aur" –** din care **primele 60 de secunde** sunt alocate pentru determinarea stării nou-născutului cu efectuarea la necesitate a măsurilor inițiale, reevaluare și dacă este necesar, inițierea ventilației inclusiv cu intubarea, manipulațiile care le îndeplinește medicul reanimatolog-anesteziolog. (...)

"Reieșind din toată informația acumulată rezultă că, dintre acțiunile personalului medical al IMSP "Spitalul raional Fălești" care a subapreciat starea reală a parturientei, nediagnosticarea bazinului strâmtat la gravidă și complicațiile apărute în timpul nașterii, ulterior soldate cu decesul nou-născutului, **se constată o legătură directă de cauzalitate"** (a se vedea fila dosarului 206-207, volumul II).

71. Instanța notează că, în prezenta cauză **rapoartele de expertiză judiciară în comisie** menționate mai su (a se vedea mai detaliat pct. 23, 24 și 25 *supra*) **au o importanță crucială**, fapt care le conferă un rol deosebit în cadrul procedurii date, **deoarece încălcările, în sensul articolului 213 din Codul penal, nu se stabilesc de către procuror sau de către instanța de judecată prin identificarea și aplicarea directă a regulilor și metodelor stabilite de Ministerul Sănătății deoarece ei nu dispun de cunoștințe medicale și nici nu pot aprecia acțiunile medicului sau ale altui lucrător medical fără consultanța unui expert** (a se vedea concluziile Curții Constituționale enunțate în pct. 64 *supra*).

72. Mai mult decât, reieșind din prevederile normelor imperative de la art. 97 pct. 1) și art. 143 alin. (1), pct. 1) Cod de procedură penală, cauza decesului persoanei, implicit legătura cauzală între deces și acțiunile/inacțiunile care a dus la survenirea acestuia, se stabilește în mod obligatoriu doar prin raportul de expertiză judiciară (a se vedea pct. 37, 42 *supra*).

73. Din considerentele sus-indicate, instanța apreciază critic declarațiile date în ședință de judecată de inculpata SPÎNU Elena, care nu a recunoscut vinovăția sa, pledând nevinovată. Or, declarațiile sale reprezintă o descriere a versiunii sale asupra circumstanțelor cauzei, care contravine probatoriului administrat, și în special celor trei rapoarte de expertiză judiciară în comisie, menționate *supra*. În esență, versiunea inculpatei se rezumă la aceea că, la primirea nașterii copilului Constantin MARCOCI, ea s-a condus de regulile și metodele prevăzute de alte protocoale clinice decât cele invocate în rapoartele de expertiză, care, în opinia sa nu erau aplicabile în cazul dat. În acest context, instanța reiterează că, încălcările, în sensul articolului 213 din Codul penal, nu se stabilesc de către procuror sau de către instanța de judecată prin identificarea și aplicarea directă a regulilor și metodelor stabilite de Ministerul Sănătății, deoarece ei nu dispun de cunoștințe medicale și nici nu pot aprecia acțiunile medicului sau ale altui lucrător medical fără consultanța unui expert. **Prin urmare, în cazul de față expertiza oferită cu privire la încălcările comise de medicul SPÎNU Elena are o importanță crucială și determinantă pentru constatarea faptei prejudiciabile reținute de instanță în sarcina inculpatei** (pct. 64 *supra*).

74. Din aceleași considerente, instanța nu se va pronunța nici asupra altor alegații invocate, în apărarea sa, de către inculpată în declarațiile date în ședință de judecată, referitoare la tactica și metodele medicale aplicate de ea la nașterea copilului Constantin MARCOCI, inclusiv cu referire la a) motivele de ce nu a purces la nașterea prin cezariană; b) cu referire la afirmațiile că nu era posibilă din cauza prezenței bosei aplicarea punctul C.2.1 din Protocolul clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi „Vacuum-extracfia fătului” aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăți nr. 58 din 24.01.2013; c) cu referire la alegațiile că, după nașterea fiului Constantin, succesorul părții vătămate, MARCOCI Marina, a mai avut 3 nașteri reușite pe cale naturală ș.a.

75. De asemenea, instanța nu va lua în considerare la adoptarea prezentei sentințe declarațiile date de expertul *ad-hoc* CARAUȘ Iurie, care a fost audiat în ședință de judecată la cererea părții apărării (pct. 10 *supra*), precum și alegațiile inculpatei și apărătorului său, bazate pe aceste declarații, deoarece respectivele declarații rezultă din opiniile separate pe care le-a avut/emis domnul CARAUȘ Iurie în calitate de expert *ad-hoc* la întocmirea Raportului de expertiză judiciară

medico-legală în comisie nr. *202104X0032 din 01.04.2021 și a Raportului de expertiză judiciară medico-legală în comisie suplimentară nr. 202104X0185 din 22.12.2021 (anexate la aceste rapoarte de expertiză). Însă opiniile separate ale unuia din experții care au participat la efectuarea acestor expertize nu pot prevala asupra constatărilor și concluziilor finale date unanim de alți trei experți judiciari, (membri ai comisiei de expertiză) prin Rapoartele de expertiză sus-menționate și nici nu le pot combate și/sau substitui ca mijloace de probă la soluționarea prezentei cauze. Tot așa cum nu poate o opinie separată, diametral opusă (adică total divergentă) a unui judecător (a unor judecători) din completul de judecată să substituie constatările și efectele juridice ale unei hotărâri judecătorești prin care s-a adoptat o altă soluție cu majoritatea voturilor celorlalți judecători ai completului de judecată (în acest sens este relevantă atât jurisprudența națională, inclusiv a Curții Constituționale, cât și jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, inclusiv a Marii Camere).*

76. *Pe de altă parte, instanța notează că, din punct de vedere al legii procesual-penale, constatările și concluziile date prin aceste rapoarte de expetiză puteau fi combătute doar printr-un alt raport de expertiză repetată, efectuată de o altă comisie de experți, în condițiile prevăzute de art. 148 Cod de procedură penală (a se vedea pct. 47 supra). Însă, la judecarea cauzei, partea apărării nu a formulat vreo cerere, argumentată, în acest sens, deşi în faza de urmărire penală a înaintat o astfel de cerere, fiind respinsă prin ordonanța organului de urmărire penală, care nu a fost contestată în modul și termenul prevăzut de Codul de procedură penală.*

77. *Respinge, instanța ca neîntemeiate și alegațiile părții apărării cu referire la faptul că expertul ad-hoc CARAUȘ Iurie este* specialist în domeniul obstetrică și ginecologie, și a fost angajat în calitate de director la Centrul Perinatologic Nivelul III la Institutul Mamei și a Copilului din Chișinău, iar ceilalți experți care au participat la efectuarea expertizelor judiciare în prezenta cauză nu au specializarea în domeniul dat. Or, potrivit materialelor cauzei penale, experții ȘARPE Vasile, LUNGU Eduard și TIGHINEANU Sergiu, sunt experți judiciari înregistrați în Registrul de stat al experților judiciari cu specializare în medicină-legală, inclusiv în expertiza calității asistenței medicale, și anume: ȘARPE Vasile, doctor în științe medicale, cu vechimea în muncă în domeniul expertizei medico-legale de 22 ani,

dintre care 13 ani vechime în muncă în domeniul expertizei calității asistenței medicale; TIGHINEANU Sergiu, cu vechimea în muncă în domeniul expertizei medico-legale de 24 ani, dintre care 13 ani vechime în muncă în domeniul expertizei calității asistenței medicale; LUNGU Eduard cu vechimea în muncă în domeniul expertizei medico-legale de 20 ani, dintre care 5 ani vechime în muncă în domeniul în expertizei calității asistenței medicale.

78. Apărătorul inculpatei, domnul avocat Iuri FRECĂUȚANU, în pledoaria sa de apărare a mai invocat următoarele alegații: 1) Învinuirea formulată inculpatei este una formală și abstractă, iar informațiile incluse în ea nu sunt suficiente pentru încadrarea faptei imputate în prevederile art. 213 lit. b) Cod penal, ceea ce contravine dreptului la un proces echitabil garantat de art. 6 CEDO; 2) Ghidul C National deperinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie" a expirat în anul 2007 și nu poate fi aplicat în prezenta cauză, deoarece a fost aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăți nr. 185 din 18.06.2003 „cu privire la promovarea serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007"; 3) Ordinul Ministerului Sănătăți nr. 185 din 18.06.2003 „cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007", nu a fost publicat pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății și nici în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, motiv din care reglementările acestuia nu pot avea caracter normativ la soluționarea prezentei cauze penale.

79. Ce ține de alegația că, *1) Învinuirea formulată inculpatei este una formală și abstractă, iar informațiile incluse în ea nu sunt suficiente pentru încadrarea faptei imputate în prevederile art. 213 lit. b) Cod penal, ceea ce contravine dreptului la un proces echitabil garantat de art. 6 CEDO*, instanța o consideră neîntemeiată, din următoarele considerente.

80. Art. 6 paragraf 3, lit. a) din Convenția Europeană pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale (CEDO), garantează dreptul persoanei acuzate în materie penală, să fie informat, (...) în mod amănunțit, despre natura și cauza acuzației aduse împotriva sa.

81. Instanța consideră că, învinuirea formulată inculpatei în rechizitoriu conține suficiente informații cu privire la natura și cauza acuzației aduse de

procuror împotriva sa, fapt confirmat chiar de însăși inculpată încă de la începutul examinării prezentei cauzei (în prima ședință de judecată), când, la întrebările instanței, a comunicat că a primit informația în scris privind drepturile și obligațiile sale, copia de pe rechizitoriu, și că îi sunt clare aceste documente. De asemenea, inculpata a avut acces la toate materialele cauzei, inclusiv la cele 3 rapoarte de expertiză judiciară în comisie, reflectate în rechizitoriu. Ea nu a depus referință asupra rechizitoriului. Mai mult, la începutul cercetării judecătorești, după ce acuzatorul de stat a dat citirii învinuirii formulate în rechizitoriu, la întrebarea instanței inculpata a declarat că îi este clară învinuirea formulată, că dorește să dea declarații asupra acesteia și nu a cerut ca procurortul să-i facă anumite explicații cu privire la neclaritatea învinuirii, așa cum prevede art. 366 alin. (3) Cod de procedură penală.

82. De asemenea, faptul că învinuirea formulată este suficient de clară și că inculpata a înțeles în ce este învinuită se confirmă și prin aceea că dânsa, exercitându-și efectiv dreptul la apărare, a dat în ședința de judecată declarații ample asupra învinuirii și a informațiilor conținute în ea, precum și cu referire la probele prezentate în susținerea acesteia de către partea acuzării. Prin urmare, dezacordul dumneaei cu învinuirea formulată nu echivalează cu vicierea actului de învinuire.

83. Ce ține de alegația că, *2) Ghidul C National deperinatologie ,,Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie" expirat în anul 2007 și nu poate fi aplicat în prezenta cauză, deoarece a fost aprobat prin ordinului Ministerului Sănătăți nr. 185 din 18.06.2003 ,,cu privire la promovarea serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007"*, instanța o consideră neîntemeiată, din următoarele considerente.

84. Într-adevăr Ghidul C National deperinatologie ,,Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie", a fost aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 185 din 18.06.2003 ,,cu privire la promovarea serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007", însă acest fapt nu echivalează cu încetarea efectelor acestuia și neaplicabilitatea regulilor și metodelor din "Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie" ce se conțin în el și după anul 2007. De asemenea, instanța remarcă faptul că prin ordinul sus-indicat

de către Ministerul Sănătății au fost apobate două chestiuni distincte, și anume: ”**pct. 1.** Programul de promovare a serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007 (anexa 1)”; și ”**pct. 2** Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie (anexa 2). Mai mult, prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 500 din 05.12.2006 „Privind aprobarea ediția II a Ghidurilor Naționale A și B de Perinatologie și volumului 3 al Ghidului C „Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie” a fost aprobată Ediția a II-a revăzută a Ghidurilor A, B și C (volumul 3) Naționale de Perinatologie (a se vedea fila dosarului 66, 67, volumul II).

85. Ce ține de alegația apărătorului că, *3) Ordinului Ministerului Sănătăți nr. 185 din 18.06.2003 „cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova pe anii 2003-2007”, nu a fost publicat pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății şi nici în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, motiv din care reglementările acestuia nu pot avea caracter normativ la soluționarea prezentei cauze penale.*

86. În primul rând, cu referire la alegația că ordinul dat nu a fost publicat pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății, instanța o apreciază critic, deoarece nici în faza de urmărire penală și nici în cadrul judecării cauzei, inculpata nu a negat faptul că a cunoscut în activitatea sa de serviciu de Ghidul C și protocoalele clinice cuprinse în el, dar și-a fundamentat poziția sa de apărare pe faptul că în cazul dedus judecății s-ar fi condus de regulile și metodele prevăzute în alte Protocoale clinice, adoptate ulterior celor incluse în Ghidul C (volumul 1). Acest Ghid a fost elaborat ca o publicație/ediție de specialitate, obligatorie pentru medicii și alți lucrători medicali din domeniul obstetricii și ginecologiei, ulterior revăzută prin editarea și completarea cu alte volume/ediții de către Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului sub egida UNICEF și OMS, cu participarea consultanților externi (a se vedea pct. 82 *supra,* precum și fila dosarului 72 verso, 73-86 volumul II).

87. În al doilea rând, prin decizia nr. 44 din 14.05.2018, pe marginea sesizării nr. 55g/2018 privind excepția de neconstituționalitate a unor prevederi din art. 213 Cod penal, Curtea Constituțională a Republicii Moldova a menționat următoarele, *sub aspectul necesității reglementării la nivel normativ a regulilor sau a metodelor*

de acordare a asistenței medicale, în prezent acestea sunt adoptate de către Ministerul Sănătății sub forma protocoalelor instituționale, a ghidurilor, a standardelor medicale și a altor acte de acest tip, care stabilesc în ansamblu standardul de calitate a serviciilor medicale. Această competență a Ministerului Sănătății este prevăzută de art. 28 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, care prevede că în practica medicală sunt aplicate și prescrise metodele de profilaxie, diagnostic și tratament, și medicamentele permise de Ministerul Sănătății. Deși prevederile art.213 Cod penal, sancționează neglijența medicală care a condus la vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății sau la decesul pacientului, acestea nu menționează dacă regulile sau metodele de acordare a asistenței medicale trebuie să fie stabilite printr-un act normativ. Nici prevederile art.28 din Legea ocrotirii sănătății nu conțin asemenea cerințe. Sub acest aspect, Ministerului Sănătății i s-a acordat o marjă de discreție. În acest sens, Curtea observă că *aceste reguli sau metode, la care se referă dispozițiile articolului 213 din Codul penal, sunt rezultatul unui consens științific din domeniul medical. Având în vedere că știința medicală este în permanentă evoluție, Curtea reține că reglementarea normativă a regulilor sau a metodelor de acordare a asistenței medicale nu ar fi cel mai eficient instrument de actualizare a standardului de calitate a serviciilor medicale. Sub aspectul accesibilității regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, Curtea a observat că Ministerul Sănătății a publicat protocoalele instituționale, ghidurile și standarde medicale pe pagina web a instituției. Chiar dacă nu au un caracter de lege, Curtea consideră că aceste acte corespund cerințelor de accesibilitate (a se vedea hotărârea CtEDO în cauza Osmanoğlu și Kocabaş v. Elveția, 10 ianuarie 2017, § 53*). Totodată Curtea a constat că, *una dintre obligațiile profesionale ale medicului este să-şi perfecționeze în permanență cunoștințele profesionale [articolul 17 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 264 din 27 octombrie 2005 cu privire la exercitarea profesiunii de medic]*. ***Curtea consideră că medicul sau alt lucrător medical nu se poate prevala de necunoașterea regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale adoptate de către Ministerul Sănătății, atât timp cât există o prezumție legală în acest sens.***

88. Așadar instanța conchide că probatoriul administrat în prezenta cauză dovedește incontestabil săvârșirea cu vinovăție de către inculpata SPÎNU Elena a infracțiunii prevăzute de art. 213 lit. b) Cod penal în circumstanțele descrise în pct.

1 *supra*, cu semnele calificative, *încălcarea din neglijență de către medic a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, fapt ce a cauzat decesul pacientului*.

89. În acest context, în ceea ce privește datele cu privire la persoana inculpatei, instanța remarcă că, anterior, la 17.03.2012 medicul obstetrician-ginecolog al secției maternitate a IMSP Spitalul raional Fălești", SPÎNU Elena, a mai fost implicată într-un caz analogic, soldat cu decesul fătului nou născut în timpul nașterii, fapt confirmat prin sentința Judecătoriei Fălești din 13 iunie 2012 (dosar penal cu numărul manual 1-76/2013, numărul eletronic 29-1-575-03042013), fila dosarului 52-53, volumul III.

90. Instanța relevă că, răspunderea penală apare ca o consecință legală inevitabilă a săvârșirii unei infracţiuni, deoarece, astfel, întregul mecanism al reglementării juridice a relațiilor de apărare socială ar deveni inoperantă. Dar inevitabilitatea răspunderii penale nu trebuie înțeleasă în mod simplist, deoarece există unele situaţii, stări sau fenomene care fac ca răspunderea penală nu numai să nu fie necesară, dar să fie neindicată, motiv pentru care legiuitorul a înţeles să înlăture răspunderea penală.

91. Astfel potrivit dispoziției art. 53 lit. g) Codul penal „*persoana care a săvârşit o faptă ce conţine semnele componenţei de infracţiune poate fi liberată de răspundere penală de către procuror în cadrul urmăriri penale şi de către instanţa de judecată la judecarea cauzei în cazurile: prescripţiei de tragere la răspundere penală*".

92. Potrivit art. IV alin. (2) al Legii nr. 136 din 06.06.24 pentru modificarea unor acte normative (modificarea Codului penal și a Codului contravențional) „*în cazul infracţiunilor sau contravenţiilor săvârşite până la intrarea în vigoare a prezentei legi, calcularea termenului de prescripţie se efectuează conform condiţiilor şi termenelor de până la intrarea în vigoare a prezentei legi*".

93. Astfel, potrivit art. 60 alin.(1) lit. b) Codul penal „*persoana se liberează de răspundere penală dacă din ziua săvârşirii infracţiunii au expirat următoarele termene: 5 ani de la săvârşirea unei infracţiuni mai puţin grave"*.

94. Conform art. 213 lit. b) Cod penal prevede pedeapsa maximă cu închisoare pe un termen de până la 3 ani, atribuindu-se astfel la categoria de infracțiuni mai puțin grave (art. 16 alin. (3) Cod penal).

95. Potrivit art. 389 alin. (4) pct. 3) Cod de procedură penală, *sentinţa de condamnare se adoptă (...) cu liberarea de pedeapsă în cazul prevăzut în art.93 Cod penal sau al expirării termenului de prescripţie.*

96. Conform art. 389 alin. (6) Cod de procedură penală, la adoptarea sentinţei de condamnare cu liberarea de pedeapsă sau, după caz, sentinţei de condamnare fără stabilirea pedepsei, instanţa argumentează în baza căror temeiuri, prevăzute de Codul penal, adoptă sentinţa dată.

97. Având în vedere prevederile legale menționate, ținând cont că la caz s-a constatat vinovăția inculpatei în comiterea infracțiunii prevăzute de art.213 lit.b) Cod penal, catalogată potrivit art.16 alin. (3) Cod penal, ca fiind mai puțin gravă, aceasta fiind săvârșită la 05.06.2018, și de la săvârșirea ei au trecut mai mult de 5 ani, instanța o va libera pe SPÎNU Elena de pedeapsă penală, în legătură cu prescrierea tragerii la răspunderea penală.

98. În cadrul urmăririi penale, în privința inculpatei nu a fost aplicată nicio măsură preventivă. Având în vedere că, în cauza dată va fi pronunțată o sentință de condamnare fără stabilirea pedepsei, cu liberarea de răspundere penală, din motivul expirării termenului de prescripție, instanța nu va aplica nicio măsură preventivă inculpatei SPÎNU Elena.

99. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 11 august 2022, fotocopiile autentificate a fișei medicale a bolnavului de staționar nr. 2826 pe numele MARCOCI Mariana; ***fişei medicale a bolnavului de staţionar nr. 2845*** din cadrul IMSP SR Fălești, secția obst. ginecologie, pe numele MARCOCI; graficului de serviciu al seției obstetrico-ginecologie a IMSP SR Fălești pentru luna mai a anului 2018, fișei de post a medicului obstetrician ginecolog al secției obstetrică și ginecologie aprobată de directorul IMSP ,,Spitalul raional Fălești" V.Osman, au

fost recunoscute în calitate de mijloace material de probă și anexate la dosar (fila dosarului 235, volumul I). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestor mijloace materiale de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

100. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 17 noiembrie 2022, fotocopia autentificată a actelor din fișa medicală a bolnavului de staționar nr. 28883/94 pe numele *****, au fost recunoscute în calitate de mijloace materiale de probă și anexate la dosar (fila dosarului 42, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestor mijloace materiale de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

101. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 22 iunie 2022, fotocopia autentificată a actelor din fișa medicală ***a bolnavului de staţionar nr. 71619,*** din cadrul IMSP SCM Bălţi, secţia 64 pediatrie prematuri, pe numele MARCOCI, au fost recunoscute în calitate de mijloace materiale de probă și anexate la dosar (fila dosarului 61, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestor mijloace materiale de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

102. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 08 iulie 2022, fotocopia autentificată a Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003 cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova; Protocolul de administrare a oxitocinie ce se regăsește la pagina 89 a Ghidul C Național de perinatologie ,,Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie" aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003, Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 500 din 05.12.2006 ,,Privind aprobarea ediție II a Ghidurilor Naționale A și B de Perinatologie și volumului 3 al Ghidului C ,,Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie" prin care a fost aprobat Ediția a II-a revăzută a Ghidurilor A,B și C (volumul 3) Naționale de Perinatologie, au fost recunoscute în calitate de mijloace materiale de probă și anexate la dosar (fila dosarului 87, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură

penală, instanța va dispune păstrarea acestor mijloace materiale de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

103. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 28 decembrie 2022, ordinul Ministerului Sănătății al RM nr. 58 din 24.01.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Vacum extracția fătului", a fost recunoscut în calitate de mijloc material de probă și anexat la dosar (fila dosarului 92, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestui mijloc material de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

104. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 23 martie 2022, ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al RM nr. 327 din 04.10.2005, a fost recunoscut în calitate de mijloc material de probă și anexat la dosar (fila dosarului 117, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestui mijloc material de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

105. Prin ordonanța organului de urmărire penală din 03 februarie 2022, ordinul informația de la Spitalul IMSP "Spitalul raional Fălești" și copia cartelei de inventariere nr. 48 au fost recunoscute în calitate de mijloc material de probă și anexată la dosar (fila dosarului 124, volumul II). În conformitate cu art. 157 alin.(2) Cod de procedură penală, instanța va dispune păstrarea acestor mijloace materiale de probă în dosarul cauzei, pe tot termenul de păstrare a acestuia.

Cu referire la acțiunea civilă înaintată de succesorul părții vătămate MARCOCI Marina:

106. În cadrul urmăririi penale, prin ordonanța organului de urmărire penală din 24 noiembrie 2022, succesorul părții vătămate MARCOCI Marina a fost recunoscută în calitate de parte civilă în temeiul acțiunii civile înaintate privind încasarea de la SPÎNU Elena a prejudiciului material în sumă de 150.000 lei și a prejudiciului moral în sumă de 100.000 lei (fila dosarului 165, 166, volumul I). În ședința de judecată partea civilă a susținut acțiunea civilă înaintată, însă a solicitat

încasarea sumei de 50.000 lei cu titlu de prejudiciu material și suma de 100.000 lei cu titlu de prejudiciu moral. Prejudiciul material constă în cheltuielile suportate pe perioada cât fiul Constantin s-a aflat în Spitalul nr. 1 din municipiul Chișinău. Dovada cheltuielilor nu le-a prezentat la urmărirea penală, la moment nu are dovada tuturor cheltuielilor suportate. Prejudiciul moral constă în faptul că era prima naștere, a fost un copil mult așteptat, iar în urma decesului acestuia i-a rămas în suflet tristețe și durere care nu se uită niciodată.

107. La examinarea acțiunii civile înaintată de MARCOCI Marina, instanța de judecată, în temeiul art. 220 alin. (1) – alin. (3) Cod de procedură penală, va aplica următoarele prevederi legale:

108. Conform art. 219 alin.(4) Cod de procedură penală „*la evaluarea cuantumului despăgubirilor materiale ale prejudiciului moral, instanţa de judecată ia în considerare suferinţele fizice ale victimei, prejudiciul agrement sau estetic, pierderea speranţei în viaţă, pierderea onoarei prin defăimare, suferinţele psihice provocate de decesul rudelor apropiate etc*”.

109. Potrivit art. 24 alin. (1) din Constituția Republicii Moldova „*statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritatea fizică sau psihică*”.

110. În conformitate cu art. 16 alin.(1) lit. g) Codul civil „*apărarea dreptului civil se face, în condiţiile legii, prin: repararea prejudiciului patrimonial şi, în cazurile prevăzute de lege, a celui nepatrimonial*”.

111. Potrivit art. 1998 Cod civil „*(1) Cel care acționează față de altul în mod ilicit, cu vinovăție este obligat să repare prejudiciul patrimonial, iar în cazurile prevăzute de lege, și prejudiciul moral cauzat prin acțiune sau omisiune”.*

112. Conform art. 2036 alin.(1) Cod civil „*în cazul în care persoanei i s-a cauzat un prejudiciu moral prin fapte ce atentează la drepturile ei personale nepatrimoniale, precum şi în alte cazuri prevăzute de lege, instanţa de judecată are dreptul să oblige persoana responsabilă la reparaţia prejudiciului prin plata de despăgubiri*”.

113. Potrivit art. 2036 alin.(2) Cod civil „*prejudiciul moral se repară indiferent de existenţa şi întinderea prejudiciului patrimonial*”.

114. Conform art. 2037 Cod civil *„(1) Mărimea despăgubirii pentru prejudiciu moral se determină de către instanța de judecată în funcție de caracterul și gravitatea prejudiciului moral cauzat persoanei vătămate, de gradul de vinovăție a autorului prejudiciului, dacă vinovăția este o condiție a răspunderii, și de măsura în care această despăgubire poate aduce satisfacție echitabilă persoanei vătămate.*

(2) Caracterul și gravitatea prejudiciului moral le apreciază instanța de judecată, luând în considerare circumstanțele în care a fost cauzat prejudiciul, restrângerea posibilităților de viață familială și socială, precum și statutul social al persoanei vătămate.

(3) La determinarea despăgubirii, instanța de judecată va tinde să acorde o despăgubire care, pe de o parte, are o mărime comparabilă cu cea acordată în mod obișnuit în împrejurări similare și, pe de altă parte, ia în cont particularitățile cazului”.

115. La adoptarea sentinței în latura civilă instanța reține că, pretenția de reparare a prejudiciului material și moral din cererea de chemare în judecată depusă de MARCOCI Marina, rezultă din săvârșirea unei infracțiuni, constatându-se cu certitudine prin probatoriul cercetat în ședință de judecată că SPÎNU Elena se face vinovată de comiterea infracțiunii prevăzute de art. 213 lit. b) Cod penal. Astfel, în prezenta cauză sunt întrunite condițiile răspunderii delictuale prevăzute de art. 1998 alin. (1) Cod civil, respectiv pretenția Marinei MARCOCI față de inculpata SPÎNU Elena, referitor la compensarea pagubei morale, este întemeiată.

116. În ceea ce privește pretenţia părții civile privind repararea prejudiciului material, în calitate de cheltuieli suportate pe perioada cât fiul Constantin s-a aflat în Spitalul Clinic nr. 1 din municipiul Chișinău, în sumă totală de 50.000 lei, instanţa consideră că aceasta urmează a fi respinsă. Or, partea civilă nu a prezentat nici o probă care să confirme existența și mărimea acestuia prejudiciu. Potrivit art. 118 alin. (1) Codul de procedură civilă (*care este aplicabil şi la soluţionarea acţiunilor civile înaintate în cauzele penale*), fiecare parte trebuie să dovedească circumstanţele pe care le invocă drept temei al pretenţiilor şi obiecţiilor sale dacă

legea nu dispune altfel. În cazul dat obligația de a proba că suma de 50.000 lei, indicată de partea civilă, ar reprezenta prejudiciu material legat de cheltuieli suportate pe perioada aflării fiului în spital, aparține în exclusivitate părții civile MARCOCI Marina, obligație care de către ea nu a fost realizată. Reieșind din cele expuse, în lipsa probelor care să confirme pretenția de încasare a prejudiciului material în sumă de 50.000 lei, instanța va respinge acțiunea civilă în această latură.

117. Succesorul părții vătămate și partea civilă MARCOCI Marina a solicitat încasarea de la inculpată în beneficiul său a sumei de 100.000 lei, cu titlu de compensare a prejudiciului moral cauzat prin infracțiune.

118. Instanța consideră că pretenția părții civile de compensare a pagubei morale suportate este întemeiată. Or, inculpata SPÎNU Elena, prin fapta sa ilegală din 05 iunie 2018, a condiționat decesul pruncului *****, prin ce i-a cauzat părții civile (care este mama copilului) o pagubă morală care rezultă din suferințele legate de pierderea unei copil nou-născut, sentimente de disperare, disconfort, etc. Instanța constată că în rezultatul acțiunilor ilegale ale inculpatei soldate cu decesul fiului său, *****, a fost afectat sentimentul matern de iubire și de preţuire al părții civile față de copilul său, cel mai profund şi sensibil sentiment uman. Moartea unei persoane dragi lasă răni adânci și produce suferinţe psihice majore celor de care era ataşată afectiv, iar viaţa acestora este puternic perturbată şi constituie o vătămare a condiţiilor de existenţă umană. În cadrul examinării cauzei instanța a constatat că a existat o legătura afectivă profundă dintre partea civilă şi victima acțiunilor infracționale ale inculpatei, *****, căruia i-a fost lezat dreptul la viaţă. Aceste două condiţii sunt prevăzute și de art. 15 din Anexa Rezoluţiei nr. (75) 7 adoptată la 14 martie 1975 de Comitetul Miniştrilor Consiliului Europei (sursa pagina WEB oficială a Consiliului Europei - http://hub.coe.int/web/coe-portal).

119. Pentru stabilirea mărimii echitabile a compensației ce urmează a fi dispusă părții civile, instanța va lua în considerare și Recomandarea nr. 6 a Curții Supreme de Justiție privind satisfacția echitabilă, conform căreia în cazul constatării violării dreptului fundamental prevăzut de art. 2 al Convenției pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale (dreptul la viață), potrivit

practicii CtEDO instanțele judecătorești ar putea să acorde satisfacție morală în limitele 6.000 – 30.000 Euro, conform echivalentului în monedă națională.

120. Reieșind din cele expuse, instanţa consideră necesar de a încasa de la inculpata SPÎNU Elena, în beneficiul părții civile Marina MARCOCI (mama victimei) suma de 100.000 lei, cu titlu de compensaţie pentru paguba morală cauzată. Instanța consideră că în acest mod va fi asigurat principiul echității și anume că suma indicată reprezintă o justă despăgubire, atingându-și efectul compensatoriu, fără a reprezenta un venit nejustificat pentru părțile civile.

121. Cu referire la cheltuielile judiciare în sumă totală de 19.200 lei (pentru întocmirea rapoartelor de expertiză judiciară nr. 201904X0162 din 27 noiembrie 2019 – 8.960 lei; nr. 202104X0032 din 01.04.2021 – 5.120 lei; și nr. 202104X0185 din 22 decembrie 2021 – 5.120 lei), invocate de către acuzatorul de stat în Informația-anexă la rechizitoriu (fila dosarului 137, volumul III), instanța reține următoarele:

122. Conform art. 229 Cod de procedură penală ”*(1) Cheltuielile judiciare sunt suportate de condamnat sau sunt trecute în contul statului. (2) Instanţa de judecată poate obliga condamnatul să recupereze cheltuielile judiciare, cu excepţia sumelor plătite interpreţilor, traducătorilor, precum şi apărătorilor în cazul asigurării inculpatului cu avocat care acordă asistenţă juridică garantată de stat, atunci cînd aceasta o cer interesele justiţiei şi condamnatul nu dispune de mijloacele necesare. Achitarea cheltuielilor judiciare poate fi suportată şi de condamnatul care a fost eliberat de pedeapsă sau căruia i-a fost aplicată pedeapsă, precum şi de persoana în privinţa căreia urmărirea penală a fost încetată pe temeiuri de nereabilitare”*.

123. Potrivit art. 397 Cod de procedură penală ”*Dispozitivul sentinţei de condamnare, precum şi al celei de achitare sau de încetare a procesului penal, pe lîngă chestiunile enumerate în art. 395 şi 396, în cazurile necesare, trebuie să mai cuprindă: (...) 5) dispoziţia referitoare la repartizarea cheltuielilor judiciare”*.

124. Prin urmare, în conformitate cu prevederile art. 229 alin. (1), (2) și art. 397 pct. 5) Cod de procedură penală, instanța va dispune încasarea de la inculpata

SPÎNU Elena în beneficiul statului a sumei de 19.200 (nouăsprezece mii două sute) lei, cu titlu de cheltuieli judiciare (pentru întocmirea rapoartelor de expertiză judiciară nr. 201904X0162 din 27 noiembrie 2019 – 8.960 lei; nr. 202104X0032 din 01.04.2021 – 5.120 lei; și nr. 202104X0185 din 22 decembrie 2021 – 5.120 lei).

125. În temeiul celor expuse, conform art. 341 alin. (2), art. 384-385, 389 alin. (4) pct. 3), 397 Cod procedură penală, instanța de judecată, în numele Legii,-

H O T Ă R Ă Ș T E :

SPÎNU Elena Vladimir se recunoaște vinovată de săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 213 lit. b) Cod penal și în coroborare cu prevederile art. 389 alin. (4), pct. 3) Cod de procedură penală și art. 60 alin. (1) lit. b) Cod penal, se liberează de pedeapsă, în legătură cu expirarea termenului de prescripție de tragere la răspundere penală.

Mijloacele materiale de probă - fotocopiile autentificate ale: fișei medicale a bolnavului de staționar nr. 2826 pe numele MARCOCI Mariana; ***fişei medicale a bolnavului de staţionar nr. 2845*** din cadrul IMSP SR Făleşti, secţia obstretică și ginecologie, pe numele MARCOCI; graficul de serviciu al secției obstetrico-ginecologie a IMSP SR Fălești pentru luna mai a anului 2018; fișei de post a medicului obstetrician ginecolog al secției obstetrică și ginecologie; actelor din fișa medicală a bolnavului de staționar nr. 28883/94 pe numele ******;* actelor din fișa medicală ***a bolnavului de staţionar nr. 71619,*** din cadrul IMSP SCM Bălţi, secţia 64 pediatrie prematuri, pe numele MARCOCI; Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003 cu privire la promovare serviciilor perinatale de calitate în Republica Moldova; Protocolul de administrare a oxitocinie ce se regăsește la pagina 89 a Ghidul C Național de perinatologie ,,Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și ginecologie" aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 185 din 18.06.2003; Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 500 din 05.12.2006 ,,Privind aprobarea ediție II a Ghidurilor Naționale A și B de Perinatologie; Ghidul C ,,Protocoale clinice în obstetrică și neonatologie" prin care a fost aprobat Ediția a II-a revăzută a Ghidurilor A, B și C (volumul 3) Naționale de

Perinatologie; Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr. 58 din 24.01.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Vacum extracția fătului”; Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al RM nr. 327 din 04.10.2005; Ordinul informația de la Spitalul IMSP ”Spitalul raional Fălești” și copia cartelei de inventariere nr. 48, se lasă în dosarul prezentei cauze penale pe toată durata păstrării lui.

Se admite parțial acțiunea civilă înaintată de partea civilă MARCOCI Marina, cu privire la repararea prejudiciului material și moral cauzat prin infracțiune.

Se încasează de la inculpata **SPÎNU Elena VLadimir** în beneficiul succesorului părții vătămate și civile **MARCOCI Marina,** suma de 100.000 (una sută mii,00) lei, cu titlu de compensație pentru prejudiciul moral cauzat prin infracțiune.

În rest, acțiunea civilă se respinge, ca fiind neîntemeiată.

Se încasează de la inculpata **SPÎNU Elena VLadimir** în beneficiul statului bani în sumă de 19.200 (nouăsprezece mii două sute) lei, cu titlu de cheltuieli judiciare (costurile expertizelor judiciare efectuate în prezenta cauză).

Sentința poate fi atacată cu apel în Curtea de Apel Bălți în termen de 15 zile de la data pronunțării sentinței, prin intermediul Judecătoriei Bălți (sediul Fălești).

Pronunțată public la 10 decembrie 2024.

Președintele ședinței
Judecător **Radu HOLBAN**