

# Preliminary Report from the Board of Health, and Critiques

## Regarding death of Valentina Milluzzo

October 24, 2016 (revised Nov 24)

Below is the translated preliminary report from the Board of Health in Catania regarding the death of Valentina Miluzzo on Oct 16. Following the report are three instructive criticisms that were posted in response to the report, also translated. Then a critique of the report by Joyce Arthur, showing that the timeline in the report demonstrates medical negligence.

[http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=44339&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=44339&fr=n)

<b>Original Italian:</b>	<b>Google Translate: (lightly corrected)</b>
<p><b>Donna morta a Catania. Per il ministero della Salute non c'è stata "Obiezione di coscienza". La relazione della Task Force inviata da Lorenzin</b></p>	<p><b>Woman who died in Catania. For the Ministry of Health there has been no "conscientious objection." The report of the Task Force sent by Lorenzin</b></p>
<p>Pubblicata la relazione preliminare degli ispettori del Ministero della Salute sul decesso di una paziente di 32 anni, ricoverata con diagnosi di minaccia d'aborto in gravidanza gemellare, presso l'A.O. Cannizzaro. "Si è trattato di evento abortivo iniziato spontaneamente, inarrestabile, trattato in regime d'emergenza". Sugerita però una "definizione delle modalità di attivazione dei percorsi organizzativo-assistenziali in emergenza urgenza".</p>	<p>The preliminary report has been published by the inspectors of the Ministry of Health on the death of a 32 year old patient, hospitalized with a diagnosis of threatened abortion in a twin pregnancy, at the A. Ó. Cannizzaro. "It was an abortive event started spontaneously, unstoppable, treated in emergency regime". However, it suggested to "define the procedures for activating the organizational care pathways in emergency urgency".</p>
<p>24 OTT - "In via preliminare, si ritiene opportuno specificare che dalla documentazione esaminata e dalle numerose testimonianze raccolte dal personale non si evidenziano elementi correlabili all'argomento "obiezione di coscienza". Si è trattato di evento abortivo iniziato spontaneamente, inarrestabile, trattato in regime d'emergenza". Inizia così la relazione preliminare (entro 30 giorni verrà redatta la relazione definitiva) della Task force del Ministero della Salute in merito al decesso di una paziente di 32 anni, ricoverata con diagnosi di minaccia d'aborto in gravidanza gemellare, presso l'A.O. Cannizzaro di Catania.</p>	<p>24 Oct - "At the outset, it is appropriate to specify that from the documents examined and the numerous testimonies collected by the staff, there were no elements correlated to "conscientious objection." It was an abortive event started spontaneously, unstoppable, treated in emergency regime ". Thus began the preliminary report (within 30 days will be prepared the final report) of the Ministry of Health Task Force into the death of a 32 year old patient, hospitalized with a diagnosis of threatened abortion in a twin pregnancy, at the A. Ó. Cannizzaro Catania.</p>
<p>Qui di seguito la relazione preliminare firmata dal Coordinatore della task force Dott. Francesco Enrichens:</p>	<p>Below is the preliminary report signed by the Coordinator of the Task Force Dr. Francesco Enrichens:</p>
<p><b>BREVE DESCRIZIONE E PRIME CONSIDERAZIONI</b></p>	<p><b>BRIEF DESCRIPTION AND FIRST CONSIDERATIONS</b></p>
<p>Nella giornata del 21 ottobre 2016, nell'ambito delle attività della task force istituita dal Ministro della</p>	<p>On the day of 21 October 2016, as part of the activities of the Task Force established by the Minister of Health March 27, 2015, an inspection</p>

Salute il 27 marzo 2015, si è svolta l'ispezione presso l'A.O. Cannizzaro di Catania – ospedale di riferimento Regionale - disposta a seguito del decesso di una paziente, di anni 32, avvenuto in data 16 ottobre 2016 alle ore 13.45.

In via preliminare, si ritiene opportuno specificare che dalla documentazione esaminata e dalle numerose testimonianze raccolte dal personale non si evidenziano elementi correlabili all'argomento "obiezione di coscienza". Si è trattato di evento abortivo iniziato spontaneamente, inarrestabile, trattato in regime d'emergenza.

La paziente era assistita presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Cannizzaro di Catania, dove era ricoverata dal 29 settembre (17° settimana di gravidanza), con diagnosi di minaccia d'aborto in gravida gemellare (gravidanza indotta con procreazione medicalmente assistita, presso altro Centro).

La paziente era in trattamento adeguato per le condizioni di rischio dal momento del ricovero; in data 15 ottobre, alle ore 12.00 circa, presenta picco febbrile a 39°C con somministrazione di antipiretici e ripresa immediata di terapia e.v. con antibiotici.

Le prime valutazioni cliniche e il monitoraggio dei parametri vitali non evidenziano alcun dato anomalo, se non -alle ore 16.00 circa- un iniziale abbassamento della pressione arteriosa.

Gli accertamenti ematici evidenziano, in modo crescente dall'inizio alla fine, una situazione compatibile con un quadro settico e una coagulopatia da consumo, con progressiva anemizzazione e progressivo calo dei valori pressori.

Vengono allertati gli anestesisti, al fine di un approccio coerente con le condizioni ingravescenti della donna, che vengono comunicate ai parenti presenti con tempestività.

Alle 23.20, in sala parto, la paziente espelle il primo feto morto.

Alle 24.00 inizia infusione con ossitocina, in coerenza con la necessità clinica di indurre l'espulsione del

took place at the A. Ó. Cannizzaro Catania - Regional referral hospital - prepared following the death of a patient, aged 32, which took place on 16 October 2016 at 13.45 hours.

At the outset, it is appropriate to specify that from the documents examined and the numerous testimonies collected by the staff, there were no factors correlated to "conscientious objection." It was an abortive event spontaneously started, unstoppable, treated in emergency regime.

The patient was assisted at the Department of Obstetrics and Gynecology Hospital Cannizzaro Catania, where she was hospitalized on 29 September (17 weeks gestation), with a diagnosis of threatened abortion in a twin pregnancy (pregnancy induced with medically assisted procreation, at another center).

The patient was in proper treatment for the conditions of risk from the time of admission; on 15 October. At 12.00 approximately, she presents a fever of 39 °C with administration of antipyretics and immediate resumption of therapy i.v. with antibiotics.

The first clinical evaluations and monitoring of vital signs do not point to any abnormal data, if not [unless?] – at about 16.00– an initial lowering of blood pressure.

The blood investigations showed, increasingly beginning to end, a situation consistent with a framework septic and a consumptive coagulopathy, progressive anemia and a progressive fall in blood pressure.

The anesthesiologists are alerted, in order for a coherent approach given the worsening condition of the woman, which is communicated to the relatives present in a timely manner.

At 23.20, in the delivery room, the patient expels the first stillbirth.

At 24.00 an oxytocin infusion is started, consistent with the clinical need to induce the expulsion of the second fetus, which takes place at 1.40 on 16 October.

secondo feto, che avviene alle ore 1.40 del giorno 16 ottobre.

Viene coinvolto un secondo anestesista di turno e si sposta la donna in sala operatoria, per le procedure di secondamento chirurgico e di revisione della cavità uterina in anestesia, che si completano alle 2.10.

Si osservano perdite ematiche, tanto da indurre un tamponamento vaginale e, successivamente (vista l'atonia uterina) un tamponamento della cavità uterina; vengono somministrati farmaci appropriati.

Le condizioni generali tendono al peggioramento; la signora viene intubata ed assistita sul piano ventilatorio. Viene trasferita in U.O. di rianimazione dove, alle ore 13.45, nonostante il massimo livello assistenziale ed un transitorio miglioramento delle condizioni generali, arriva all'exitus.

I Parenti sono stati sempre informati e sostenuti dall'intera équipe degli ostetrici e degli anestesisti.

#### **PRIME RACCOMANDAZIONI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO**

- 1) Necessità di una attenta valutazione delle procedure finalizzate al lavoro in équipe multidisciplinare.
- 2) Ridefinizione delle modalità di comunicazione tra équipe con definizione dei livelli di "alert".
- 3) Puntuale verifica delle modalità comunicative con gli Utenti.
- 4) Implementazione di protocolli operativi sintetici e mirati alla pronta individuazione delle situazioni a rischio.
- 5) Definizione del rapporto tra personale ostetrico e infermieristico, al fine di un ottimale equilibrio tra carichi di lavoro e specificità dell'attività in U.O. di ostetricia

#### **EVENTUALI PROVVEDIMENTI SUGGERITI:**

Precisa definizione delle modalità di attivazione dei percorsi organizzativo-assistenziali in emergenza urgenza

[With now] a second anesthesiologist on duty, the woman is moved to the operating room for surgical procedures afterbirth and curettage under anesthesia, which is completed at 2:10.

Blood loss was observed, so much so that a vaginal pack was applied and then (given the uterine atony) a tamponade for the uterine cavity. She is given appropriate medication.

General conditions tend to decline; [patient] is intubated and assisted on ventilatory plan. She is transferred to U.O. resuscitation where, at 13.45, despite the highest level of care and a temporary improvement of general conditions, death arrives.

Relatives were always informed and supported by the entire team of obstetricians and anesthesiologists.

#### **PRIME RECOMMENDATIONS AND PROPOSALS FOR IMPROVEMENT**

- 1) The need for a careful evaluation of procedures designed to work in multidisciplinary teams.
- 2) Clarification of the mode of communication between teams with a definition of the levels of "alert".
- 3) Timely communication methods occurs with users.
- 4) Implementation of synthetic operational protocols and targeted at the ready identification of risk situations.
- 5) Definition of the relationship between obstetric and nursing staff, in order to provide an optimal balance of workloads and specific activity in U.O. midwifery

#### **ANY MEASURES SUGGESTED:**

Precise definition of the method of activation of the organizational-emergency urgent care pathways

COMMENTS	
<p><b>Antonina Giunta · Ostetrica presso Medico Specialista in Ginecologia Ed Ostetricia</b></p> <p>Finalmente qualcuno che sia competente. Mi complimento col dott. Cipolla e col dott. Tulli. Io sono ostetrica, con tantissimi anni di esperienza vissuta sia negli ospedali, che privatamente. Resto sconcertata per certe affermazioni rivolte ad un pubblico che credono sia composto da stupidi ed incompetenti, vi scrivo come la penso.</p> <p>Causa della morte: CID. Cosa ha causato il cid ? L'ERRATA ASSISTENZA. Esaminiamo quanto viene affermato. Il 29 settembre ricovero di primigravida alla 17a settimana con diagnosi di minaccia d'aborto. Il 15 ottobre alle ore 9,00 inizia dolore acuto, vomito, collasso, sicuramente il feto era già morto da ore. Alle 12,00 la febbre alta, quindi già c'è infezione. Dalle ore 12 alle ore 23,20 orario dell'espulsione del feto sono trascorsi ben 12 ore cos'hanno fatto questi luminari della medicina se hanno indotto l'espulsione del secondo feto alle ore 24 per poi avvenire (stando a quanto affermano ) alle ore 01. 40 del giorno 16 ed addirittura alle ore 2, 10 provvedono al raschiamento.</p> <p>Innanzitutto avranno manomesso la cartella clinica per sistemare gli orari. Una volta che si espelle il primo feto il secondo fuoriesce entro pochi minuti, non dopo due ore. Se alle ore 9 del giorno 15 compaiono i dolori lancinanti, ed vomito, shock e alle ore 12 è comparsa la febbre, il medico obiettore di coscienza perchè non ha provveduto immediatamente al cervidil in vagina e all'induzione con l'ossitocina oppure, vista la gravità, perchè non è ricorso immediatamente ad un taglio cesareo? I valori ematici sicuramente erano allarmanti e non avranno neanche effettuato analisi. Hanno perso ben 16 ore senza eseguire le corrette procedure.</p> <p>Valentina è morta di CID perchè il feto morto in utero ancor prima delle ore 9,00, (ignorando la sintomatologia non hanno eseguito ecografia) ha provocato l'infezione e di conseguenza la coagulazione intravasale disseminata per cui la morte per imperizia ed incompetenza. Il feto era morto alle ore 9 del mattino e quando dicono di aver sentito il battito sofferente non era il battito del feto bensì era il battito materno.</p>	<p><b>Giunta Antonina · Obstetrics at Medical Specialist in Gynaecology and Obstetrics</b></p> <p>Finally, someone who is competent. I congratulate Dr. Cipollo and Dr. Tulli. I am a midwife, with many years of experience both in hospitals and privately. I sit appalled by certain statements addressed to a public they believe is stupid and incompetent, I write what I think.</p> <p>Cause of death: CID. <i>[Disseminated intravascular coagulation (DIC)]</i> What caused the CID? The BAD SERVICE. Let's examine what is being said. September 29, admission to the 17th week of primigravida diagnosed with threatened abortion. On 15 October at 9.00 am starts acute pain, vomiting, collapse, surely the fetus had been dead for hours. At 12:00 a high fever, so there is already infection. From 12 am to 23.20 hours it took for expulsion of the fetus, after 12 hours what did these luminaries of medicine do if they caused the expulsion of the second fetus at 24 to then take place (according to the claims) at 01. 40 of the 16th day and even at 2:10 to provide the scraping.</p> <p>First of all, must have tampered with the medical records to arrange schedules. Once you eject the first fetus the second comes out within minutes, not two hours later. If at 9 am on day 15 appeared the excruciating pain, and vomiting, shock and at 12 appeared fever, the doctor is a conscientious objector because he has not dealt with immediately by Cervidil into the vagina and induction with oxytocin, or see the gravity, because he does not immediately resort to a cesarean section? The blood values were alarming and they definitely had not even conducted research. They have lost as many as 16 hours without performing the proper procedures.</p> <p>Valentina died of CID because the fetus died in utero even before the hour 9:00 (ignoring the symptoms, having not performed ultrasound), causing the infection and consequently the disseminated intravascular coagulation by which death followed due to inexperience and incompetence. The fetus had died at 9 o'clock in the morning and when they say that he heard the beat, it was not the fetal heartbeat but the maternal heartbeat.</p>

<p>Il prof Scollo ( presidente dell'AOGOI e primario) che dichiara, in mala fede, non centra l'obiezione di coscienza perchè hanno provveduto all'espulsione del secondo feto, dice solo stronzate perchè erano trascorsi ben 15 ore, altro che intervento tempestivo e corretta gestione</p>	<p>Prof V (President dell'AOGOI and primary) states, in bad faith, that it has nothing to do with conscientious objection, because they proceeded to the expulsion of the second fetus, this is bullshit because they were well past 15 hours, but [without?] early intervention and proper management.</p>
<p><b>Carlo Cipolla · Divisione di Cardiologia Istituto Europeo di Oncologia presso Istituto Europeo di Oncologia</b></p> <p>Carissimi, sono cardiologo ed anestesista rianimatore. Da come i media hanno descritto l'evento, in realta', ho trovato stupefacente che in cosi' poco tempo (poche ore) gli ispettori del ministero abbiano apparentemente scagionato tutti e trovato tutto in ordine!</p> <p>La prevenzione e la terapia della sepsi generalizzata, l'incubo di tutti noi, si gioca sul quarto d'ora, non sulle ore. Quindi il fattore "tempi" deve essere a mio giudizio chiarito molto bene.</p> <p>Sarei curioso di sapere chi sono gli ispettori inviati dal ministero della sanita', i loro nomi, la loro esperienza sulla ostetricia e sullo shock settico, e soprattutto, le loro attitudini esistenziali e religiose.... E leggere le loro relazioni.</p> <p>Mi spiace, non e' mia abitudine, ma ad oggi, per quello che hanno lasciato sapere, non ci credo. Trovo l'evento gravissimo e deve essere utilizzato per fare chiarezza. Che in un ps ostetrico ci sia solo un obietto di coscienza e' oscurantismo medievale e moralmente e scientificamente scandaloso.</p> <p>Carlo Cipolla, Istituto Europeo Di Oncologia, Milano.</p>	<p><b>Carlo Cipolla · Division of Cardiology European Institute of Oncology at the European Institute of Oncology</b></p> <p>Greetings, I am a cardiologist and anesthetist. By how the media have described the event in reality, I found it amazing that in so little time (a few hours) the ministry inspectors have apparently cleared all and found all in order!</p> <p>[For] prevention and treatment of sepsis generalised, the nightmare of all of us, you have about fifteen minutes [to act], not hours to wait. So the "time" factor must be made very clear in my opinion.</p> <p>I would be curious to know who are the inspectors posted by the ministry of health, their names, their experience on obstetrics and on septic shock, and above all, their existential and religious attitudes.... and read their reports.</p> <p>I'm sorry, it's not my habit, but to date, from what they have let us know, I do not believe it. I find it a very serious event and it must be used to shed light. That in a PS Obstetrical [hospital] there is only conscientious objectors and medieval obscurantism, and morally and scientifically outrageous.</p> <p>Carlo Cipolla, European Institute of Oncology, Milan.</p>
<p><b>Giorgio Tulli · Sapienza University of Rome</b></p> <p>Sono un intensivista e quello che posso desumere da questo rapporto è che nè gli ostetrici-ginecologi dell'Ospedale Cannizzaro nè la Commissione mMinisteriale, purtroppo, ha una idea di come la Sepsis possa uccidere nel giro di poche ore. La relazione ministeriale non fa riferimento alle linee guida internazionali della Surviving Sepsis Campaign alla loro 4° edizione e neppure alle nuove definizioni di Sepsis e Shock Settico pubblicate a Marzo 2016 su JAMA.</p> <p>Se non ci fosse stata questa ignoranza, la relazione della Commissione avrebbe posto grande attenzione su</p>	<p><b>Giorgio Tulli · Sapienza University of Rome</b></p> <p>I am an intensivist and what I can deduce from this report is that neither obstetricians-gynecologists Cannizzaro Hospital nor the Commission Ministeriale, unfortunately, has an idea of how Sepsis can kill within a few hours. The ministerial report makes reference to the international guidelines of Surviving Sepsis Campaign to their 4th edition and even new definitions of Sepsis and Septic Shock published in March 2016 in JAMA.</p> <p>If there had not been this ignorance, the Commission's report would have placed great</p>

quelle ore 12 del 15 Ottobre quando è evidente una temperatura a 39°C in una donna in emergenza sanitaria. Avrebbe posto attenzione alle ore precedenti ed ai giorni immediatamente precedenti, analizzando in modo attento il diario clinico. Era presente nel diario clinico il rilievo del MEWS (Modified Early Warning System) anche nella sua versione riadattata all'ostetricia? La relazione parla di "regime di emergenza" ma nella relazione non compare nessun rilievo di MEWS. Non si parla di sospetto di infezione, Inoltre alle ore 12 nonostante la febbre non scatta in "regime di emergenza" nessuna valutazione delle eventuali insufficienze d'organo neppure con il semplicissimo qSOFA, ancora meglio, visto che si è in ospedale con il SOFA score.

La nuova definizione è: Sepsis è una disfunzione d'organo che mette in pericolo la vita causata da una risposta dell'ospite disregolata ad una infezione. La nuova definizione dello Shock Settico è: lo Shock Settico è un sottogruppo della Sepsis in cui profonde anomalie circolatorie, cellulari e metaboliche sono associate con un maggiore rischio di mortalità rispetto alla sola sepsi. Dunque quelle ore 12 del 15 Ottobre dovevano essere un marcatempo importante visto che secondo le linee guida internazionali della SSC la finestra massima di intervento per la sopravvivenza sono 6 ore, con un tempo agli antibiotici, un tempo ai fluidi ed un tempo al controllo chirurgico della sorgente dell'infezione che va da 1 a tre ore massimo per gli antibiotici, 1 ora per i fluidi e 6 ore per il source control.

Non si vede nella relazione degli esperti ministeriali nessun riferimento al bundle delle 6 ore e nessun riferimento ai valori di qSOFA (frequenza respiratoria  $\geq 22$  respiri per minuto, alterato stato mentale e Pressione sistolica  $\leq 100$  mmHg) ed ancor più del SOFA score. Una paziente in queste condizioni avrebbe meritato l'applicazione del cosiddetto SEPSIS SIX (attivazione contestuale di tre parametri diagnostici e tre parametri terapeutici: 1. Ossigenoterapia Titolare la somministrazione di ossigeno fino ad una saturazione in pulsossimetria del 94% 2. prendere le emocolture 3. somministrare antibiotici empirici per via endovenosa 3. misura del lattato serico ed emocromo completo 5. iniziare immediatamente la rianimazione con fluidi 6. iniziare una accurata misura dell'output urinario (diuresi oraria)).

emphasis on those hours 12 noon on 15 October when it is obvious a temperature at 39°C is a health emergency in a woman. He would have paid attention to earlier hours and the days immediately before analyzing in a careful clinical diary. It was present in the clinical diary the relief of the MEWS (Modified Early Warning System), also in the version adapted to obstetrics? The report speaks of "emergency regime" but in the report no mention of MEWS relief appears. No mention of the suspected case, also at 12 after the fever snaps into "emergency regime", no assessment of any organ failure even with simple qSOFA, even better, since it is in the hospital with the SOFA score.

The new definition is: Sepsis is an organ dysfunction that endangers life caused by a dysregulated host response to an infection. The new definition of Septic Shock: Septic Shock Sepsis is a subgroup in which deep circulatory abnormalities, cellular and metabolic are associated with an increased risk of mortality compared to the sepsis alone. Therefore, those 12 hours on 15th October were to be an important timestamping, seeing that according to the international guidelines of SSC maximum intervention window for survival is 6 hours, with a time to antibiotics, a time to the fluids and a time to surgical control of the source of infection ranging from 1 to three hours' maximum for antibiotics, 1 hour for the fluids and 6 hours for the source control.

You do not see in the report of the ministerial experts any reference to the bundle of six hours and no reference to qSOFA values (respiratory rate  $\geq 22$  breaths per minute, altered mental status, and systolic blood pressure  $\leq 100$  mmHg) and even more of the SOFA score. A patient in these conditions would have merited the application of the so-called SEPSIS SIX (simultaneous activation of three diagnostic and therapeutic parameters three parameters: 1. Oxygen Holder administering oxygen to a saturation pulse oximetry of 94%. 2. take blood cultures. 3. empirical antibiotics administered intravenously. 4. measurement of serum lactate and CBC. 5. immediately begin fluid resuscitation. 6. start an accurate measurement of urinary output (diuresis hourly)).

None of this appears in the report: It does not show an infection is suspected, does not show an infection

Nulla di tutto questo appare nella relazione: non appare un sospetto di infezione, non appare un sito di infezione da esplorare sul sospetto, non appare una misura delle insufficienze d'organo nè con il qSOFA ma soprattutto neppure con il SOFA o con i valori di SIRS. Non sappiamo quali antibiotici siano stati somministrati ed in quale dosaggio e soprattutto su quale sospetto di infezione e sito di infezione. Non sappiamo se sia stato applicato il bundle.

Ma quello che sconcerta di più non è l'ignoranza degli ostetrici-ginecologi sulle infezioni in gravidanza e sulla Sepsis e Shock Settico in gravidanza (dato molto spesso rilevato e sul quale è necessario intervenire a livello formativo e di risk management) quanto l'ignoranza della Commissione Ministeriale che neppure cita la formazione su un percorso Sepsis in Ostetricia nelle sue proposte di miglioramento. Personalmente credo che con altre conoscenze sul percorso SEPSIS (vera emergenza medica tempo dipendente) la signora di 32 anni si sarebbe potuta salvare da una morte terribile come quella per Insufficienza Multipla D'Organo e Coagulazione Intravascolare Disseminata.

E' qui il nodo, non nell'obiezione di coscienza, nelle strenue difese dei medici. Dalla relazione si evince infatti che la donna è morta per Sepsis ("stato settico" non esiste in letteratura) o forse Shock Settico e Insufficienza Multipla d'Organo con CID, ma dalla relazione si evince che nessun bundle è stato applicato e nessun monitoraggio del tempo che scorreva è stato applicato sugli interventi diagnostici e terapeutici per una patologia tempo dipendente come l'IMA e l'ICTUS. In Regione Toscana, insieme alla Regione Lombardia ed alla Regione Emilia Romagna stiamo portando avanti, con il fondamentale contributo del Gruppo del Rischio Clinico della Regione Toscana, un percorso SEPSIS formativo per tutti i medici e gli infermieri ospedalieri (dell'Emergenza-Urgenza, Internisti, Chirurghi, Ortopedici, Ostetrici Ginecologi, Pediatri e Neonatologi ed ovviamente Anestesisti Rianimatori)

site to explore on the suspect, appears to be a measure of organ failure nor with qSOFA but especially with the SOFA or the values of SIRS. We do not know which antibiotics were administered and in what dosage and especially on which suspected infection and infection site. We do not know whether the bundle was applied.

But what baffles most is not the ignorance of obstetricians-gynecologists on infections in pregnancy and Sepsis and Septic Shock in pregnancy (because very often detected and on which action is required at the level of formation and risk management) as ignorance of the Ministerial Commission that even cites the formation of a path Sepsis in Obstetrics in its proposals for improvement. I personally believe that with other knowledge on the path sepsis (real time dependent medical emergency) [patient] of 32 years could have been saved from a terrible death like that for Multiple Organ Failure and disseminated intravascular coagulation.

And here the knot, not the objection of conscience, in strenuous doctors' defenses. This report indicated the fact that the woman died of Sepsis ("septic" does not exist in the literature) or perhaps Septic Shock and Multiple Organ Failure with DIC, but the report concludes that no bundle has been applied and no monitoring of clock ticking was applied on diagnostic and therapeutic interventions for a time-dependent disease such as AMI and stroke. In Tuscany Region, together with the Lombardy Region and the Region of Emilia Romagna, we are carrying out with the fundamental contribution of the Group of Clinical Risk of Tuscany Region, a training SEPSIS path for all doctors and hospital nurses (Emergency-Urgency, Internists, Surgeons, Orthopedic, Ostetrici Gynecologists, Pediatricians and neonatologists and obviously Anaesthetists).

## Critique of Board of Health Report

By Joyce Arthur, October 27, 2016 ([Joyce@arcc-cdac.ca](mailto:Joyce@arcc-cdac.ca))

(posted on Worldbytes in response to Mirella Parachini. Modified and updated slightly.)

I decided to study the report a bit closer and also read the comments (using Google Translate). To sum up my opinion, I do not trust this report, it is incomplete and it appears to be an attempt to shift blame away from CO and instead place it on failures to follow medical protocols. You believe the death is a result of "poor clinical management and bad ethical behavior" but we need to know why such bad behaviour happened in the first place. The report is silent on this, except to disavow any role of CO. But I suspect it's because the exercise of CO leads to poor clinical management and bad ethical behavior.

Some observations, along with a timeline:

- This preliminary report was prepared very quickly, and only by talking to HCPs involved. But by then, unfavourable media coverage may have led HCPs to silence any mention of CO, especially knowing they could be blamed or prosecuted.
- The report seems motivated to squelch the rumours around CO. It begins by assuring there were no factors correlated to "conscientious objection." And several times (as if in a defensive way), it says that the family was kept fully informed and supported in a timely manner.
- So I guess we should dismiss Valentina's family as a bunch of liars? Or too traumatized by their grief to be trusted?
- The timeline is suspicious and information is lacking: **[my comments in red]**
  - Sep 29 – Valentina admitted with threatened miscarriage, in hospital for fortnight, things seem stable.
  - Oct 15, 12:00: **[media reports say fetus starts to have "breathing problems" in morning?]** Valentina develops fever of 39 degrees, antipyretics and antibiotics administered. **[so sepsis already beginning, which they try to manage instead of doing immediate termination!]**
  - 16:00: First clinical evaluation and monitoring of vital signs shows no "abnormal data", but initial lowering of blood pressure.
  - No time given: "blood investigations showed, increasingly beginning to end, a situation consistent with a framework septic and a consumptive coagulopathy, progressive anemia and progressive fall in blood pressure."
  - 23:20: First stillbirth expelled naturally **[fetus already dead, unclear for how long]**
  - 24:00: Oxytocin infusion to expel second fetus
  - Oct 16, 1:40: Second fetus expelled **[already dead, unclear for how long]**
  - 2:10: Surgery to remove afterbirth and a curettage under anesthesia, vaginal pack and tamponade for excessive blood loss
  - Condition continues to decline, she is intubated, assisted on ventilatory plan, transferred to U.O. resuscitation.
  - 13:45 – Valentina dies.

The sub-head of the report appears to have an overall summary: *"It was an abortive event started spontaneously, **unstoppable**, treated in emergency regime". However, it's suggested to "define the procedures for activating the organizational care pathways in emergency urgency". [emphasis added]*



So it sounds like the pregnancy could not be saved from the onset of problems (at 12:00 or earlier), yet they did not terminate either twin for another 12 hours, despite the death of the first fetus, her deteriorating condition, and evidence of sepsis. The recommendations at the end of the report allude to problems with communication between teams and who was supposed to do what, confusion about the levels of alert, an apparent lack of timely or adequate treatment, and an apparent failure to properly activate the emergency care pathway.

**All of that is completely consistent with citing CO and waiting till both fetal heartbeats stop before doing the terminations.** It is consistent with bad medical practice caused by prioritizing the fetuses over Valentina and disobeying the CO law that requires objectors to do emergency abortions.

Some comments below the report are by professionals and quite instructive. They point out various holes and problems with the doctors' care and with the report, which they seem to think is bullshit and a coverup:

- Antonina Giunta · Ostetrica presso Medico Specialista in Ginecologia Ed Ostetricia.
- Carlo Cipolla · Divisione di Cardiologia Istituto Europeo di Oncologia presso Istituto Europeo di Oncologia
- Giorgio Tulli · Sapienza University of Rome

[The three comments are translated earlier in this report]