

8.

Natimortalità e audit: aspetti medico-legali

ALESSANDRA DE PALMA

Audit in caso di nato morto: aspetti medico-legali

Ogni evento di natimortalità può, purtroppo, innescare un contenzioso medico-legale se non un'ipotesi di reato. Di fatto tutti i casi di «nato morto» in cui non siano evidenti condizioni materne o fetali o placentari capaci di produrre l'evento avverso dovrebbero essere considerati come «eventi sentinella» e attivare una procedura di «risk management».

In questo caso la raccolta di informazioni e la loro registrazione deve essere effettuata non appena si verifica l'evento (o almeno il prima possibile), perché un report tempestivo sull'accadimento permette di raccogliere elementi di rilievo ed eventuali dichiarazioni testimoniali correlate.

L'abitudine all'identificazione degli eventi avversi, anche se codificati come non prevenibili alla successiva analisi, oltre a rappresentare una preziosissima fonte di informazioni di carattere scientifico, indispensabile per la comprensione dell'etiopatogenesi del fenomeno, permette di rispondere al comune problema di dimostrare a posteriori la correttezza e la conformità alle buone pratiche delle condotte sanitarie, magari dopo diversi anni dai fatti, con il risultato che alcune situazioni foriere di contenzioso, ma difendibili, non possono invece essere adeguatamente supportate per la mancanza di rilevazioni contemporanee o immediatamente successive all'accadimento.

L'avvio, nell'immediatezza del parto con un bambino nato morto, delle opportune rilevazioni e degli approfondimenti del caso (compreso l'audit, strumento imprescindibile per molteplici motivi), permette una fotografia dell'accaduto basata su evidenze aggiornate, utilizzabili anche in ambito giudiziale (nella malaugurata ipotesi in cui dovesse aprirsi una vertenza giudiziaria, penale e/o civile) ed extragiudiziale.

Ciò consente di gestire adeguatamente il caso, la comunicazione e la relazione con le persone interessate, segnatamente con i genitori: l'onestà e la trasparenza rappresentano il comportamento più corretto, anche per facilitare una composizione equa e tempestiva (quando richiesta e appropriata), della vicenda con risvolti di colpa professionale medica.

Tale modalità risulta essere la migliore per tutti coloro che sono coinvolti nell'accaduto: genitori e familiari tutti, professionisti e struttura sanitaria (basti pensare alla ricaduta negativa in termini d'immagine nei casi di cattiva gestione della comunicazione istituzionale pubblica e alle relative campagne mediatiche).

Gli eventi avversi gravi, specie se identificati come potenzialmente forieri di un contenzioso e gli accadimenti di rilievo per il loro impatto psicoemotivo, quale appunto la natimortalità, dovrebbero essere esaminati precocemente, grazie a un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori (*incident reporting*), quando gli accadimenti relativi sono ancora vivi nella memoria del personale coinvolto e la sequenza degli eventi ricordata chiaramente.

I professionisti vanno ascoltati per assumerne le dichiarazioni (e anche per manifestare loro l'interessamento dell'organizzazione nei loro confronti); è inoltre molto importante renderli edotti di un potenziale contenzioso, quando ve ne siano gli estremi, per prepararli psicologicamente a tale evenienza, sebbene l'azienda sanitaria possa non avere ancora ricevuto alcuna nota di reclamo o richiesta di risarcimento e possa non riceverla per molti mesi o addirittura per anni.

Il timore di ripercussioni sul piano della responsabilità (penale, civile, disciplinare),* da parte dei professionisti, non li incoraggia certo a effettuare segnalazioni spontanee, tanto meno precoci, né a promuovere approfondimenti (quali ad esempio la Root Cause Analysis) o a effettuare audit, che richiedono il confronto, la condivisione e talvolta l'ammissione di errori professionali: il mancato utilizzo però di tali strumenti comporta che le conoscenze che si potrebbero trarre dall'evento avverso e i conseguenti benefici che ne scaturirebbero in termini di miglioramento dell'assistenza non potrebbero mai realizzarsi.

Se un membro dell'équipe rischia anche solo un'azione disciplinare è assai poco probabile che sia disposto ad ammettere di avere commesso un errore e che si prodighi per conoscerne e farne conoscere ad altri le cause; in merito, il principio di equità impone che ogni disciplina e professione sanitaria sia trattata alla stessa maniera e che l'organizzazione sanitaria incentivi tutto il personale a segnalare gli incidenti senza il timore di azioni disciplinari o di ripercussioni di altro genere, come primo essenziale passo di miglioramento delle conoscenze. Lo stesso dicasi per l'effettuazione degli audit.

Il principale ostacolo, legato soprattutto all'obbligo della denuncia di reato all'autorità giudiziaria da parte degli operatori sanitari, possiede qualche fondamento, né la direzione aziendale può «garantire» l'immunità: ma ciò può essere reso indipendente dal sistema di segnalazione interna, di analisi delle cause e dall'effettuazione di audit.

Il *referto*, la cui enunciazione generale si trova nell'articolo 365** del Codice penale, contiene

* Il concetto di responsabilità in ambito giuridico presuppone quello di atto illecito; la responsabilità che ne consegue può essere di tipo penale, civile e disciplinare (amministrativa verso l'ente da cui si dipende e deontologica). In ambito penale la responsabilità è sempre personale (in base all'art. 27 della Costituzione, che recita: «La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva...»).

Come è noto non esiste un reato di responsabilità professionale sanitaria nel nostro sistema giuridico e quindi in campo penalistico la responsabilità professionale degli operatori della salute è ricondotta a due fattispecie: le lesioni personali colpose (art. 590 C.p.) e l'omicidio colposo (art. 589 C.p.); nel caso della natimortalità l'ipotesi di reato sarebbe eventualmente quest'ultima. La responsabilità civile può essere di tipo contrattuale (ex art. 1218 C.c.) e si integra quando si viola il contratto, in questo caso stipulato con il cittadino utente del Servizio Sanitario Nazionale di assisterlo e curarlo al meglio, oppure extracontrattuale (ex art. 2043 C.c.), che deriva dall'aver causato ad altri per dolo o per colpa un danno ingiusto, che va pertanto risarcito (questa fattispecie di responsabilità però non riguarda i professionisti dipendenti o convenzionati con la struttura pubblica). Per il sanitario che opera in un'azienda sanitaria pubblica, la responsabilità civile, in virtù dell'art. 28 della Costituzione, si estende all'ente pubblico che risponde per il proprio dipendente, fatta salva la possibilità di ricorrere alle compagnie di assicurazione con la stipula di polizze che coprano la responsabilità professionale, con esclusione del dolo e il diritto di rivalsa nei casi di colpa grave, in virtù della normativa sul pubblico impiego.

** Art. 365 Codice penale (Omissione di referto): «Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a euro 516 [...] Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale».

i principi che informano, per gli operatori sanitari, anche l'obbligo della denuncia di reato, cui i dipendenti dell'azienda USL sono tenuti ai sensi dell'art. 361.* L'obbligo del referto riguarda gli esercenti un servizio di pubblica necessità (ex art. 359 C.p.), cioè i liberi professionisti (vale a dire gli operatori sanitari svincolati da qualsiasi rapporto di dipendenza o di convenzione con la pubblica amministrazione, che rivestono invece la qualifica di pubblici ufficiali** ai sensi del C.p., secondo la più costante giurisprudenza).

L'omessa denuncia di reato è un delitto perseguibile d'ufficio,*** viene cioè annoverata fra i reati più gravi, quelli in cui è lo Stato il soggetto danneggiato e vi è pertanto un interesse pubblico a perseguirli. Tale omissione configura quindi un'evenienza di rilevanza penale particolarmente grave per il pubblico dipendente e le indicazioni procedurali sono contenute negli artt. 331**** e 332***** del Codice di procedura penale.

L'obbligo della denuncia di reato scatta per gli operatori, a maggior ragione per la direzione sanitaria, quando si integri l'ipotesi di un reato procedibile d'ufficio, vale a dire in casi codificati dalla legge, fra i quali figura l'omicidio colposo: devono però ravvisarsi, nel caso concreto, elementi che ne facciano sospettare la sussistenza, altrimenti ogni caso di nato morto dovrebbe essere denunciato all'autorità giudiziaria.

Comunque, la diffusissima «credenza popolare» che la paura di controversie legali favorisca l'occultamento degli errori medici (dove con tale termine si intende dire in medicina) da parte dei professionisti, sembra non trovare alcun tipo di evidenza scientifica nei numerosissimi studi di settore.*****

Peraltro, la normativa attualmente in vigore (e promulgata già diversi anni orsono), impone l'effettuazione di indagini che aiutino ad aumentare le conoscenze; basti pensare al disposto

* Art. 361 Codice penale (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale): «Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516 [...] Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa».

** Art. 357 Codice penale (Nozione del pubblico ufficiale): «Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi».

*** L'unica esimente che autorizza l'operatore sanitario dipendente da una struttura pubblica a omettere la denuncia di reato all'autorità giudiziaria si presenta quando essa esporrebbe l'operatore stesso o un suo prossimo congiunto a un grave e inevitabile nocumento nella libertà e nell'onore (ex art. 384 c.p.), in sostanza quando è l'operatore sanitario che ha commesso il reato perseguibile d'ufficio, perciò non gli si impone di autodenunciarsi né di denunciare un suo familiare, qualora abbia commesso un reato perseguibile d'ufficio di cui l'operatore sanitario abbia avuto notizia o per il quale abbia dovuto intervenire prestando la propria attività professionale.

**** Art. 331 Codice di procedura penale (Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio): «1. [...] i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa *senza ritardo* al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto».

***** Art. 332 Codice di procedura penale (Contenuto della denuncia): «1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti».

***** T. Baker. The Medical Malpractice Myth. Chicago: The University Chicago Press, 2005; 95-8. L.L. Leape, D.M. Berwick. Five Years After To Err Is Human, What Have We Learned? JAMA 2005; 293 (19): 2384-90.

di cui al DPCM 9 luglio 1999* (obbligo, fra l'altro, di effettuare l'autopsia a scopo di riscontro diagnostico e di predisporre la cartella clinica neonatale, anche nei casi di natimortalità) e al DM Sanità 349/2001 sui contenuti e sulle modalità di compilazione del certificato di assistenza al parto (CedAP), come strumento utilizzabile ai fini statistici e di sanità pubblica, in quanto contiene le informazioni indispensabili (sociodemografiche sul/sui genitore/i, informazioni sulla gravidanza, sul parto e sul neonato; informazioni sulle cause di natimortalità; sulla presenza di malformazioni), fermo restando che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere, nel rispetto della normativa sulla privacy (all'epoca, di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive integrazioni, oggi di cui al D.Lgs. 196/2003), ulteriori informazioni da rilevarsi attraverso il certificato di assistenza al parto.**

* Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – 9 luglio 1999 – Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e di obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. «Art. 1. Accertamenti per la diagnosi precoce delle malformazioni. 1. I neonati sono sottoposti a visita medica da parte del pediatra o del neonatologo allo scopo di accertare eventuali malformazioni e di identificare soggetti a rischio di difetti dello sviluppo, che dovranno essere seguiti con maggiore attenzione, nei mesi successivi alla nascita, in idonee strutture. 2. La visita medica deve essere eseguita, per i nati vivi, entro le prime ore dalla nascita e ripetuta prima della dimissione. *Per i nati morti devono essere eseguiti gli esami autoptici, gli accertamenti anamnestici previsti nella visita medica e, qualora ritenuti necessari, gli esami strumentali e l'esecuzione di fotografie. La visita medica comprende l'anamnesi familiare per difetti congeniti, l'anamnesi materna, l'anamnesi del travaglio di parto e dei primi momenti di adattamento alla vita extrauterina, l'esame obiettivo dettagliato. L'esito degli accertamenti anamnestici, obiettivi e strumentali, anche in caso di risultato negativo deve essere registrato nella cartella neonatale di tutti i nati, vivi o morti.* 3. In caso di sospetto di difetti congeniti o patologia malformativa, formulato dal pediatra o dal neonatologo, il neonato viene inviato, per le ulteriori indagini, ai centri di riferimento individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano nella struttura ospedaliera che comprende: a) centri specialistici con competenze di genetica medica; b) centri specialistici per indagini strumentali di specifici organi e apparati (cuore, rene, apparato locomotore, sistema nervoso, apparato visivo, apparato uditivo, ecc.). 4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con il contributo dell'osservatorio epidemiologico territoriale, attuano programmi di ricerca epidemiologica sulle malformazioni congenite, afferendo a specifici registri regionali, interregionali e delle province autonome; i relativi dati confluiscono in un registro nazionale sulle malformazioni congenite, tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità».

** Ministero della Sanità – Decreto 16 luglio 2001, n. 349 – Regolamento recante: «Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni» (pubblicato nella GU n. 218 del 19/9/2001). «Art. 1. – 1. È approvato il nuovo certificato di assistenza al parto, in seguito denominato "certificato", quale strumento utilizzabile ai fini statistici e di sanità pubblica, secondo l'allegato schema esemplificativo di base che costituisce parte integrante del presente regolamento. 2. Il certificato, che contiene almeno le informazioni riportate nello schema allegato, è composto delle seguenti sezioni: sezione generale; sezione A: informazioni socio-demografiche sul/sui genitore/i; sezione B: informazioni sulla gravidanza; sezione C: informazioni sul parto e sul neonato; sezione D: informazioni sulle cause di nati-mortalità; sezione E: informazioni sulla presenza di malformazioni. 3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere, nel rispetto della normativa di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive integrazioni, ulteriori informazioni da rilevarsi attraverso il certificato, fermo restando il suo contenuto informativo di base richiamato nel comma 2. 4. Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita per le sezioni A, B e C, ed a cura del medico accertatore per le sezioni D ed E. 5. L'originale del certificato viene conservato presso la direzione sanitaria degli istituti di cura pubblici e privati in cui è avvenuto il parto. 6. Nei casi di nascita avvenuta a domicilio o in struttura diversa da istituto di cura pubblico o privato, il certificato deve essere consegnato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito il parto all'azienda USL di evento, non oltre il decimo giorno dall'evento nascita. 7. I direttori sanitari delle aziende ospedaliere autonome, dei policlinici universitari, degli IRCCS trasmettono almeno trimestralmente le informazioni contenute nel certificato alle regioni e province autonome di appartenenza. 8. I direttori sanitari degli istituti di cura pubblici e privati trasmettono tempestivamente alle aziende USL di evento le informazioni contenute nei certificati. 9. Le aziende USL di evento inviano almeno trimestralmente alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza le informazioni contenute nel certificato. 10. Le

È quindi non solo auspicabile, ma sarebbe doveroso e obbligatorio *ex lege*, procedere agli esami autoptici* che portino, possibilmente, a chiarire la causa o le cause della morte.

Il corredo degli accertamenti rappresentato da materiale iconografico (ad esempio, fotografie del nato morto e/o filmato delle operazioni autoptiche) è consentito, essendo espressamente prevista dalle norme in materia la possibilità di procedere alla documentazione fotografica, estensibile – a nostro modesto avviso, con tutte le garanzie del caso, nel pieno rispetto delle norme sulla riservatezza – anche alla registrazione video, qualora essa sia ritenuta dagli esperti più utile e opportuna.

È chiaro che, pur essendo possibile procedere all'effettuazione delle fotografie anche senza il consenso dei genitori, si ritiene deontologicamente corretto informarli relativamente all'intenzione di eseguirle, così come dell'accertamento autoptico, proprio al fine di non indurre o esacerbare eventuali conflittualità.

Alcuni cenni di medicina necroscopica

L'attività di medicina necroscopica che afferisce alle aziende USL (o ASL) comprende prioritariamente l'effettuazione delle visite necroscopiche e dei riscontri diagnostici (questi ultimi relativi ai soggetti deceduti sulla pubblica via e non a disposizione dell'autorità giudiziaria, ai soggetti giunti cadavere al pronto soccorso degli ospedali, ai deceduti a domicilio senza assistenza medica quando non vi siano elementi sufficienti per risalire alla causa della morte e non sia quindi possibile, neppure per il medico necroscopo, compilare la scheda ISTAT di denuncia delle cause di morte).

Sulla scorta dell'art. 4 del D.P.R. 285/90 «Approvazione del regolamento di polizia mortuaria», «1. *Le funzioni di medico necroscopo* di cui all'art. 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello stato civile, sono esercitate da un medico nominato dalla unità sanitaria locale competente. 2. Negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato. 3. I medici necroscopi dipendono per tale attività dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale che ha provveduto alla loro nomina ed a lui riferiscono sull'espletamento del servizio, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 365 del codice penale. 4. Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato previsto dal citato art. 141. 5. La visita del medico necroscopo deve sempre essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, salvo i casi previsti dagli articoli 8, 9 e 10, e comunque non dopo le trenta ore».**

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono modalità e tempi di trasmissione tempestiva delle informazioni contenute nel certificato all'azienda USL di residenza della puerpera, sia all'interno della stessa regione che in regione diversa dall'evento nascita. 11. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, dopo aver verificato la completezza, la congruenza e l'accuratezza delle informazioni rilevate, inviano almeno semestralmente al Ministero della Sanità – Direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici, su supporto magnetico, secondo il tracciato record e le modalità stabiliti nell'allegato, le informazioni rilevate attraverso il certificato, prive degli elementi identificativi diretti, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale. 12. Il Ministero della Sanità trasmette all'ISTAT copia dell'archivio costituito, in applicazione del comma 11, privo degli elementi identificativi diretti». «Art. 2 – 1. In caso di nati morti a cura del medico accertatore viene compilata la sezione D del certificato, comunque integrata – quando siano state riscontrate anche malformazioni – dalla compilazione della sezione E».

* DPCM 9/7/99, art. 1, secondo comma: «Per i nati morti devono essere eseguiti gli esami autoptici, gli accertamenti anamnestici previsti nella visita medica e, qualora ritenuti necessari, gli esami strumentali e l'esecuzione di fotografie».

** Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 «Regolamento per la revisione e la sem-

Precedentemente ne discendeva che il medico necroscopo, nominato dall'azienda Unità Sanitaria Locale, faceva capo al direttore sanitario della stessa (o a persona da questi delegata), per l'espletamento della propria attività, non esistendo più la figura del coordinatore sanitario.

Nella regione Emilia-Romagna, con l'entrata in vigore della legge regionale 29 luglio 2004, n. 19 «Disciplina in materia funeraria e di polizia mortuaria», che all'articolo 8 reca l'organizzazione delle attività di medicina necroscopica, è stato invece stabilito che la nomina dei medici necroscopi spetta ai direttori generali delle aziende USL.

Per il nato morto, gli adempimenti sopra descritti non sono espressamente contemplati dalla normativa nazionale in vigore, ma rimangono intrinsecamente compresi negli obiettivi dell'autopsia per riscontro diagnostico eseguita dall'anatomo-patologo o dal medico legale nell'eventualità di autopsia giudiziaria. Sarà loro cura provvedere, accertate le cause della morte, alla relativa denuncia a fini sanitario-statistici, che, a nostro sommosso parere, rimane doverosa. Le informazioni rese disponibili dalle attività di riscontro diagnostico vanno peraltro condivise necessariamente, nell'ambito dell'audit che deve essere promosso in maniera sistematica, con tutti gli altri specialisti coinvolti nello studio del fenomeno della natimortalità.

Usuali adempimenti conseguenti al decesso

La sequenza degli adempimenti da osservarsi ordinariamente in caso di decesso è la seguente:

- *dichiarazione di morte* o, nell'evenienza di decesso in ospedale o in altra struttura residenziale, *avviso di morte*: si tratta del primo adempimento, a cura dei congiunti, conviventi, loro delegati o direttori della struttura, volto a comunicare all'ufficiale di stato civile l'avvenuto decesso;
- *denuncia delle cause di morte*, a cura del medico curante: anch'essa è indirizzata al Comune e deve essere rilasciata entro le 24 ore dal decesso;
- *accertamento della realtà della morte*: a seguito della dichiarazione o avviso di morte, l'ufficiale di stato civile, onde accertarsi del decesso tramite un medico con funzioni di necroscopo, richiede, secondo modalità da concordarsi, tale accertamento all'azienda USL (o ASL), che ha provveduto a individuare e nominare i medici con funzioni di necroscopo, trasmettendone debita informazione ai Comuni;
- *constatazione (o diagnosi) di morte*: significa «dichiarare la morte», ossia affermare che la persona alla quale si presta in quel momento la propria opera, anche occasionale, è deceduta. Qualunque medico a cui venga segnalata la presenza di un corpo inanimato è tenuto a prestare la sua opera indipendentemente dagli orari e dagli obblighi lavorativi contrattuali o convenzionali. Solo il medico può affermare che una persona è effettivamente deceduta: fino a quel momento (eccettuati casi particolari, come la decapitazione o il ma-

plificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127», art. 74 (Inumazione, tumulazione e cremazione): «1. Non si può far luogo ad inumazione o tumulazione di un cadavere senza la preventiva autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile, da rilasciare in carta semplice e senza spesa. 2. L'ufficiale dello stato civile non può accordare l'autorizzazione se non sono trascorse ventiquattro ore dalla morte, salvi i casi espressi nei regolamenti speciali, e dopo che egli si è accertato della morte medesima per mezzo di un medico necroscopo o di un altro delegato sanitario; questi deve rilasciare un certificato scritto della visita fatta nel quale, se del caso, deve indicare la esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta. Il certificato è annotato negli archivi di cui all'articolo 10. 3. In caso di cremazione si applicano le disposizioni di cui agli articoli 79 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285».

ciullamento del cadavere) va considerata persona viva bisognosa di assistenza. Nel caso riscontri effettivamente l'avvenuto decesso il medico deve dichiararne la morte.

All'interno delle strutture ospedaliere (i punti nascita sono situati negli ospedali, se si fa eccezione per i rari casi di parto a domicilio su richiesta della donna), la problematica sopra rappresentata non si manifesta, dato che è sempre presente un medico curante, il quale, nel caso di natimortalità, è chiamato *ex lege* a richiedere l'autopsia per riscontro diagnostico, che, oltre ad analizzare l'intero quadro patologico del feto e della placenta, risolverà, nel possibile, i dubbi relativi alle cause di morte. Sovente i settori attendono 24 ore prima di eseguire il riscontro diagnostico, a meno che non siano presenti segni evidenti di macerazione* cutanea. È tuttavia possibile sottoporre la piccola salma a elettrocardiogramma che deve risultare isoelettrico per almeno 20 minuti primi per accertare la realtà della morte; ciò consente di anticipare le operazioni di riscontro diagnostico e di limitare il deterioramento di organi e tessuti legato ai processi putrefattivi.

Denuncia delle cause di morte

La denuncia delle cause di morte rientra fra quelle obbligatorie per il medico, anche nel caso del nato morto è quindi auspicabile che, procedendo sistematicamente al riscontro diagnostico, essa possa essere regolarmente compilata dall'anatomo-patologo che ha provveduto alla necropsia anche se, non essendo prevista per legge, nel caso di nato morto, la compilazione della scheda ISTAT, la certificazione potrebbe essere più puntualmente stilata in maniera collegiale da tutti gli specialisti che prendono parte all'audit (che andrebbe quindi effettuato con una certa tempestività o, siccome verosimilmente ciò nella pratica non è fattibile nei tempi previsti per gli adempimenti necessari ai fini delle esequie, rettificata eventualmente a posteriori – in analogia a quanto avviene per la scheda ISTAT – qualora la diagnosi della/e causa/e di morte formulata in seguito all'audit, sulla base di tutti gli approfondimenti necessari effettuati, conduca a una formulazione diagnostica differente).

Dal punto di vista normativo, infatti, in ogni caso di decesso di un proprio assistito i medici devono denunciare la malattia che a loro giudizio ne sarebbe stata la causa (D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 «Approvazione del regolamento di polizia mortuaria», art. 1: «...i medici [...] debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa...»). Nel caso di decesso senza assistenza medica** la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo (nel caso del nato morto il medico necroscopo sarebbe per analogia l'anatomo-patologo, appunto, visto che l'obbligo della denuncia della causa di morte sussiste anche per i medici incaricati di eseguire autopsie disposte dall'autorità giudiziaria o per riscontro diagnostico).

La denuncia delle cause di morte deve essere effettuata entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda ISTAT per i morti nel primo anno di vita e dopo il primo anno di vita. Il T.U.L.L.S.S. (R.D. 27/7/1934, n. 1265), all'art. 103, contempla, fra l'altro, che «gli esercenti la professione di medico chirurgo [...] sono obbligati: a) a denunciare al sindaco le cause di morte entro 24 ore dall'accertamento del decesso». E, secondo l'art. 1 del D.P.R. 285/90, «...la de-

* Si intende per macerazione un processo postmortale trasformativo che consiste nell'imbibizione dei tessuti, la quale si verifica quando il cadavere soggiorna in ambiente liquido ed è tipica quella del feto morto in utero.

** L'assistenza medica è da intendersi come conoscenza da parte del medico della patologia che ha portato alla morte e del suo decorso.

nuncia della causa di morte [...] deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della Sanità, d'intesa con l'Istituto nazionale di statistica [...] Le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche», per conoscere le cause di mortalità della popolazione in generale e ed effettuare correttamente la programmazione sanitaria.

La scheda ISTAT contiene, oltre ai dati anagrafici e l'ora della morte, i requisiti conoscitivi sostanziali relativi alle cause di morte (divise in iniziale, intermedia e finale). L'accuratezza nel fornire informazioni sulle cause di morte è importante per la corretta impostazione dei programmi sanitari a medio-lungo termine finalizzati al miglioramento della salute pubblica. Il diritto alla riservatezza è rispettato perché tali dati sono forniti a esclusivo uso statistico e possono essere diffusi solo in forma aggregata, in modo da risultare anonimi. Le informazioni sulle cause di morte devono rappresentare la migliore opinione medica possibile e va riportata ogni malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso. Una condizione può essere riportata come «probabile» se non diagnosticata in modo assolutamente certo.

Se dopo la compilazione della scheda ISTAT si ottengono ulteriori informazioni, ad esempio perché la salma viene sottoposta a riscontro diagnostico o ad autopsia giudiziaria, esse vanno tempestivamente comunicate. Date le finalità di queste schede (statistico-epidemiologiche, ma anche relative alle più immediate esigenze conoscitive dell'autorità sanitaria e giudiziaria), i dati devono essere il più possibile esaurienti, evitando formulazioni ambigue, standardizzate e non esplicative, perché in caso di incertezza sulle cause di morte non potrà essere rilasciato il nulla osta alla sepoltura, ma dovrà essere effettuato il riscontro diagnostico (o l'autopsia giudiziaria, se disposta dal magistrato nel caso sia ravvisata un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio ed essa sia da questi ritenuta necessaria per dirimere le cause della morte e i mezzi che l'hanno prodotta).

Si precisa che la compilazione della scheda ISTAT nella parte della morte da causa violenta non implica necessariamente la messa a disposizione dell'autorità giudiziaria del cadavere, né richiede in tutti i casi il nulla osta della stessa alla sepoltura. Il cadavere viene messo a disposizione dell'autorità giudiziaria solo quando sussista un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio e quindi sia obbligatorio redigere la denuncia di reato all'autorità giudiziaria (vedi casi specificati auspicabilmente in una procedura aziendale; nel dubbio contattare la direzione sanitaria dell'ospedale o direttamente la medicina legale dell'azienda sanitaria).

Nel caso del nato morto non è contemplata la compilazione della scheda ISTAT, prevista per maschi e femmine ma solo se morti nel primo anno di vita oppure dopo il primo anno di vita.

Per il nato morto si compila un certificato di constatazione del decesso che reca le cause di morte, ma non segue lo stesso percorso della scheda ISTAT, fermandosi all'ufficiale di stato civile,* per cui al momento le informazioni acquisibili sul nato morto si ottengono per lo più dal certificato di assistenza al parto (CedAP) che, tuttavia, non sembra ancora essere sistematicamente compilato – né tanto meno in maniera informatica – su tutto il territorio nazionale.

Dalla scheda ISTAT sono invece desumibili diverse informazioni, anche se la compilazione – sebbene dettagliatamente guidata da istruzioni precise stampigliate sul retro della scheda stessa e quindi assai facilmente reperibili – non risulta sempre corretta. In particolare, re-

* Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 «Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127», art. 37 (Casi particolari): «1. Quando al momento della dichiarazione di nascita il bambino non è vivo, il dichiarante deve far conoscere se il bambino è nato morto o è morto posteriormente alla nascita. Tali circostanze devono essere comprovate dal dichiarante con certificato medico. 2. L'ufficiale dello stato civile forma il solo atto di nascita se il bambino è nato morto e fa ciò risultare nell'atto stesso; egli forma anche quello di morte, se il bambino è morto posteriormente alla nascita».

lativamente alle cause della morte, essa contempla la *morte da causa naturale*, per la quale vanno precisate:

- la *causa iniziale* (la patologia o stato morboso individuata come iniziale responsabile del concatenamento di patologie che ha portato alla morte);
- la/e *causale intermedia* e/o complicazione/i della malattia indicata prima; riporta la/le sequenza/e che dalla causa iniziale può/possono aver dato luogo allo sviluppo di una ulteriore causa per mezzo di danno ai tessuti o perdita di funzione;
- la *causa terminale*, nella quale non va riportata la modalità o il meccanismo di morte (ad esempio, arresto cardiaco, insufficienza respiratoria, ecc.), *ma la condizione morbosa che ha direttamente provocato la morte* (ad esempio, emorragia intracerebrale, encefalopatia epatica, insufficienza della valvola mitralica, ecc.). La causa terminale *va sempre compilata* e, se non può essere identificata una causa iniziale di morte, è buona norma riportare la causa finale avendo l'accortezza di apporre nel riquadro della causa iniziale la dicitura «causa naturale indeterminata». Ciò consente di comprendere che non vi sono state sviste o omissioni nella compilazione della scheda di morte.

Vanno altresì elencati gli *altri stati morbosi rilevanti* che hanno contribuito al decesso, ma che non rientrano nella catena principale di eventi che ha causato la morte indicata come causa iniziale, intermedia/e e terminale, che dovrebbero però fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del defunto.

Prima di passare a una sintetica illustrazione di quanto è desumibile dalla scheda ISTAT per la morte da causa violenta, si desidera puntualizzare che tale evenienza potrebbe verificarsi anche per il nato morto, sia in seguito a eventi traumatici di natura accidentale, sia per violenze e maltrattamenti sulla madre: tali rilievi si potrebbero desumere solo se specificamente indagati, contemplati nella documentazione sanitaria (al momento potrebbe essere rappresentata dalla cartella clinica del nato morto e dal CedAP), rilevati ed elaborati.

Nella scheda ISTAT di morte nel primo anno di vita e dopo il primo anno di vita, nella parte dedicata alla morte da causa violenta è rilevato quanto segue.

Deve essere riportata ogni lesione che abbia provocato un trauma in grado di causare la morte o di contribuire a essa. Una condizione può essere riportata come «probabile» se non diagnosticata in modo assolutamente certo e bisogna evitare di riportare i sintomi.

Se si ritiene che l'abuso di *sostanze stupefacenti*, di *alcol* o di *tabacco*, di cui è nota la relazione causa-effetto, abbia causato la morte o contribuito a essa, ciò deve essere riportato ove più appropriato.

Sono indicate quattro diverse cause all'origine della morte violenta: barrare sempre una e una sola delle quattro possibilità previste (accidentale, suicidio, infortunio sul lavoro, omicidio).

Bisogna effettuare un'accurata descrizione della lesione che ha iniziato la sequenza di eventi che ha portato alla morte. Questa lesione viene generalmente considerata la *causa di morte*.

Vanno riportate le eventuali malattie o complicazioni eventualmente sopravvenute in seguito (conseguenti) alla lesione iniziale e gli stati morbosi preesistenti che hanno contribuito al decesso, ma che non rientrano nella catena principale di eventi che ha causato la morte riportata precedentemente: dovrebbe fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del defunto (panoramica completa cause di morte).

Devono essere riportate le informazioni sul mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata (ad esempio, armi, oggetti, mezzi meccanici, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc.) e va indicato con precisione il mezzo o la circostanza che ha causato la lesione.

È da segnalare l'intervallo di tempo trascorso tra l'avvenuta lesione indicata precedentemente e la morte, in anni, mesi, giorni o ore, specificando se l'informazione è approssimativa o sconosciuta, ma non lasciare in bianco. Sono da riportare la data e il luogo in cui l'accidente, l'infortunio, il suicidio o l'omicidio è avvenuto.

È importante compilare tutti i riquadri in ogni loro parte, perché ciò consente una migliore elaborazione dei dati. La dichiarazione deve essere resa dal medico curante o necroscopo, riportando data di compilazione, timbro e firma leggibile del medico, numero telefonico del medico o della struttura ospitante il defunto.

Nel caso della natimortalità resta un serio problema di rilevazione del fenomeno, nonché di conoscenza delle sue possibili cause: non pare essere presente nel nostro Paese alcun sistema di registrazione puntuale di tutti i casi, né, tanto meno, delle cause di natimortalità. Non è neppure dato sapere se sono effettivamente eseguite, in maniera sistematica e su tutto il territorio nazionale, le indagini autoptiche previste dalla normativa vigente.

Si ribadisce pertanto l'esigenza imprescindibile di individuare una modalità che garantisca l'acquisizione di informazioni sulla natimortalità e sulle sue cause, attraverso la registrazione e lo studio sistematici dei dati nazionali.

Differenze tra riscontro diagnostico e autopsia giudiziaria

Le due fattispecie sono diverse e avviano procedure differenti per gravità e durata, e non devono essere confuse tra di loro, in quanto normate da leggi diverse.

L'autopsia viene disposta dall'autorità giudiziaria, nei casi in cui vi sia il sospetto che la morte sia dovuta a un reato. Il riscontro diagnostico può essere richiesto dal medico curante o dal medico necroscopo che ha accertato il decesso quando vi siano dubbi sulle cause di morte. Il referto autoptico è contenuto all'interno della cartella clinica ed è parte integrante di essa, viene quindi acquisito insieme alla copia della cartella clinica.

Riscontro diagnostico sui cadaveri per l'accertamento delle cause di morte

L'autopsia per riscontro diagnostico può avere differenti finalità. Limitarsi, per esigenze di medicina necroscopica, alla definizione delle cause di morte, non definibili in altro modo, o acquisire il profilo più completo dell'autopsia anatomico-patologica che, come indicato dall'art. 37 (capo V) del regolamento di polizia mortuaria, è richiesta anche «per il controllo della diagnosi o per il chiarimento di quesiti clinico-scientifici».

Nell'accezione più restrittiva del termine, il riscontro diagnostico è la descrizione dell'esito dell'accertamento compiuto sul cadavere della persona deceduta allo scopo di appurare le cause del decesso. «I cadaveri delle persone decedute senza assistenza sanitaria, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio, sono sottoposti al riscontro diagnostico. Il medico provinciale [figura attualmente sostituita dal servizio operante presso l'azienda USL] può disporre il riscontro diagnostico anche sulle persone decedute a domicilio a richiesta del medico curante quando sussiste il dubbio sulle cause di morte» (L. 15/2/1961, n. 83).

Autopsia giudiziaria

«Se per la morte di una persona sorge il sospetto di reato, il pretore o il procuratore della Repubblica accerta la causa della morte e, se lo ravvisa necessario, ordina o richiede l'autopsia. La sepoltura non può essere eseguita senza l'ordine del pretore o del procuratore della Repubblica» (R.D. 28/5/1931, n. 602, art. 16).

Le due fattispecie

È importante quindi saper indirizzare correttamente le due diverse procedure:

- Qualora il medico abbia la convinzione che si tratti di un decesso da cause naturali può limitarsi ad attestarlo aggiungendo, per esempio, una frase del tipo: «Le cause del decesso non sono determinabili». Nel caso del feto «nato morto» dovrà richiedere l'autopsia per riscontro diagnostico, che sarà eseguita dall'anatomo-patologo, che cercherà anche di individuare le cause di morte.
- Qualora il medico sospetti che il decesso sia dovuto a cause delittuose, specificherà invece che «la salma è messa a disposizione dell'autorità giudiziaria», dopo aver redatto la denuncia di reato ai sensi dell'art. 361 c.p.* Verrà allora attivata la procedura dell'autopsia giudiziaria, con tutti gli adempimenti conseguenti.

Confondendo le due procedure potrebbe capitare che il medico, redigendo la denuncia di reato e/o inserendo una dizione erronea nelle certificazioni, attivi in maniera inappropriata la procedura giudiziaria anziché quella del riscontro diagnostico, con conseguenti costi rilevanti e notevoli – quanto inutili – disagi per tutti (familiari, professionisti, collettività).

L'autopsia giudiziaria, come ogni altro atto giudiziario, prevede dei tempi tecnici variabili, ma generalmente non brevissimi, perché comporta la nomina del perito settore (scelto a discrezione del magistrato, non necessariamente dagli appositi albi), il quale fissa la data di effettuazione dell'autopsia; esecuzione dell'autopsia vera e propria, corredata dagli eventuali accertamenti complementari (esami istologici, tossicologici, ecc.); in base agli esiti di questi ultimi segue la relazione (scritta) al magistrato e il vaglio, da parte di quest'ultimo, degli elementi raccolti.

Durante questo periodo gli atti sono coperti da segreto: il consulente tecnico del pubblico ministero non può, senza autorizzazione, fornire notizie «in via breve» a persone estranee al procedimento (ad esempio, il medico di medicina generale) o a potenziali indiziati di reato (sanitari, familiari, conviventi, ecc.). Solo al termine dell'iter, quando il magistrato considera esaurienti gli elementi in suo possesso, emette il nulla osta che autorizza le esequie. I tempi di questa procedura sono a totale discrezione del magistrato. In ultimo, si segnala che, secondo il regolamento di polizia mortuaria nazionale (DPR 285/90), sono definiti «prodotti abortivi» quelli «di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane», ** «feti» quelli che abbiano «presu-

* Art. 361 c.p. (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale): «Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa [...] Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa».

Art. 331 c.p.p. (Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio): «1. [...] i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa *senza ritardo* al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto...».

Art. 332 c.p.p. (Contenuto della denuncia): «1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti...».

** Si parla di aborto fino a 180 giorni.

mibilmente compiuto le 28 settimane di età intrauterina e che non siano stati dichiarati come nati morti all'ufficiale di stato civile».*

Non si evince chiaramente dal DPR 3 novembre 2000, n. 396, se sia possibile dare un nome al nato morto, anche se all'art. 35 si definisce «bambino» il soggetto al quale conferire un nome e, a rigor di logica, potrebbe così essere designato anche il nato morto.** In verità, sulla scorta di quanto disposto all'art. 30,*** quinto comma, del succitato DPR, la dichiarazione di nascita, effettuata entro dieci giorni da uno dei genitori (o dalle altre persone previste al primo comma), all'ufficiale di stato civile del Comune in cui è avvenuto il parto, comporta l'assegnazione del nome.

Posto che alcune perplessità sono state sollevate in merito, si è indotti a pensare che, come talvolta accade nel nostro Paese, forse l'interpretazione della norma da parte degli ufficiali di stato civile non sia univoca su tutto il territorio nazionale.

Per quanto attiene alle esequie, sulla scorta dell'art. 7 del DPR 285/90, si può procedere regolarmente all'effettuazione del funerale anche per i nati morti.

* Art. 7: «Per i nati morti, ferme restando le disposizioni dell'art. 74 del Regio Decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello Stato Civile, si seguono le disposizioni stabilite dagli articoli precedenti. Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di Stato Civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'Unità Sanitaria Locale. A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane. Nei casi previsti dai commi 2 e 3, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento all'Unità Sanitaria Locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto».

** Art. 35 (Nome): «1. Il nome imposto al bambino deve corrispondere al sesso e può essere composto da uno o da più elementi onomastici, anche separati, non superiori a tre. In quest'ultimo caso, tutti gli elementi del prenome dovranno essere riportati negli estratti e nei certificati rilasciati dall'ufficiale dello stato civile e dall'ufficiale di anagrafe».

*** Art. 30 (Dichiarazione di nascita): «1. La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata. 2. Ai fini della formazione dell'atto di nascita, la dichiarazione resa all'ufficiale dello stato civile è corredata da una attestazione di avvenuta nascita contenente le generalità della puerpera nonché le indicazioni del comune, ospedale, casa di cura o altro luogo ove è avvenuta la nascita, del giorno e dell'ora della nascita e del sesso del bambino. 3. Se la puerpera non è stata assistita da personale sanitario, il dichiarante che non è neppure in grado di esibire l'attestazione di constatazione di avvenuto parto, produce una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'articolo 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15. 4. La dichiarazione può essere resa, entro dieci giorni dalla nascita, presso il comune nel cui territorio è avvenuto il parto o in alternativa, entro tre giorni, presso la direzione sanitaria dell'ospedale o della casa di cura in cui è avvenuta la nascita. In tale ultimo caso la dichiarazione può contenere anche il riconoscimento contestuale di figlio naturale e, unitamente all'attestazione di nascita, è trasmessa, ai fini della trascrizione, dal direttore sanitario all'ufficiale dello stato civile del comune nel cui territorio è situato il centro di nascita o, su richiesta dei genitori, al comune di residenza individuato ai sensi del comma 7, nei dieci giorni successivi, anche attraverso la utilizzazione di sistemi di comunicazione telematici tali da garantire l'autenticità della documentazione inviata secondo la normativa in vigore. 5. La dichiarazione non può essere ricevuta dal direttore sanitario se il bambino è nato morto ovvero se è morto prima che è stata resa la dichiarazione stessa. In tal caso la dichiarazione deve essere resa esclusivamente all'ufficiale dello stato civile del comune dove è avvenuta la nascita. 6. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni del presente articolo, gli uffici dello stato civile, nei loro rapporti con le direzioni sanitarie dei centri di nascita presenti sul proprio territorio, si attengono alle modalità di coordinamento e di collegamento previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 10, comma 2. 7. I genitori, o uno di essi, se non intendono avvalersi di quanto previsto dal comma 4, hanno facoltà di dichiarare, entro dieci giorni dal parto, la nascita nel proprio comune di residenza. Nel caso in cui i genitori non risiedano nello stesso comune, salvo diverso accordo tra di loro, la dichiarazione di nascita è resa nel comune di residenza della madre. In tali casi, ove il dichiarante non esibisca l'attestazione della avvenuta nascita, il comune nel quale la dichiarazione è resa deve procurarsela presso il centro di nascita dove il parto è avvenuto, salvo quanto previsto al comma 3. 8. L'ufficiale dello stato civile che registra la nascita nel comune di residenza dei genitori o della madre deve comunicare al comune di nascita il nominativo del nato e gli estremi dell'atto ricevuto.