

Il caso Cucchi: l'Infermiere è responsabile?

Introduzione

Negli ultimi decenni, l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) ha svolto un ruolo cruciale nella riqualificazione dell'immagine dell'infermiere. Attraverso la promozione costante della cultura, delle competenze e dell'operatività dell'infermiere di Area Critica, ha richiesto una formazione specialistica strutturata non sulla disciplina clinica ma su quella infermieristica. Il concetto di Area Critica è stato ridefinito ponendo l'accento sulla criticità/instabilità della persona, fulcro principale dell'assistenza infermieristica. L'Area Critica diventa quindi area situazionale in cui l'intervento infermieristico ha come scopo principale il soddisfacimento dei bisogni assistenziali della persona in criticità vitale.

L'infermiere di Area Critica è colui che garantisce un'assistenza ottimale, tempestiva, globale e continua al paziente in condizioni critiche/instabili. Deve quindi possedere conoscenze, competenze e abilità specifiche che gli consentano di operare in tutte le situazioni che determinano criticità e instabilità vitale. Tali abilità e competenze possono essere apprese attraverso il Master di I livello in Area Critica, nato appunto dalla necessità di offrire al professionista infermiere la possibilità di acquisire competenze specifiche nell'ambito di una delle aree previste dal DM n. 739/94.

Il processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica è stato inoltre possibile attraverso l'emanazione della Legge n. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", della Legge n. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica" e infine della Legge n. 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali". Nelle tre leggi è espresso il concetto di autonomia della professione infermieristica. Tale autonomia riconosciuta agli infermieri comporta, in caso di violazione degli obblighi professionali, la responsabilità dell'infermiere in ambito penale, civile, e disciplinare. L'infermiere sarà chiamato a rispondere del danno prodotto dalle sue azioni e/o omissioni.

La ridefinizione delle competenze professionali dei sani-

tari è un lavoro che inizia il 15 dicembre 2011 con la prima riunione del tavolo tecnico tra Governo e Regioni da cui scaturirono diverse proposte di riassetto professionale. Nel mese di aprile 2012 venne definita la bozza di accordo Stato-Regioni nella quale vennero determinate nuove competenze infermieristiche in un'ottica di estensione di quest'ultime e di specializzazione dei professionisti. In questo contesto, secondo il tavolo, è "peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere".

"Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale" può consentire infatti di creare "un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione".

In seguito, Governo e Parlamento hanno deciso di dare forza di legge a tale obiettivo attraverso il "comma 566" della Legge di Stabilità del 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190,

pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre) affermando che "Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia" è necessario definire per legge "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari". Naturalmente senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

Pur intuendo il significato positivo di tale comma, alcuni punti sono da chiarire. In tema di competenze esistono diverse definizioni: si può intendere tale termine come "ciò che spetta", "ciò che è di pertinenza" e in generale "ciò che si ha capacità di fare". Attualmente non esistono norme di legge che regolino espressamente la definizione delle competenze professionali del medico se non quelle riconducibili all'ordinamento didattico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e al Codice Deontologico. Un tentativo di risposta a tale problema è la proposta di legge avanzata dalla deputata D'Incecco "Disposizioni in materia di definizione dell'atto medico e di responsabilità professionale medica" (A.C. 2998 del 25 marzo 2015). L'articolo 1 afferma che "l'atto medico





è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione o prescrizione". È singolare che si parli di attività esclusiva ma se ne permetta l'esecuzione sotto supervisione nonostante ci siano già molte sentenze che hanno sanzionato professionisti che si avvalevano di "collaboratori" che agivano sotto supervisione.

L'ultima parte dell'Articolo 3 attribuisce alla professione medica "la conseguente e necessaria unitarietà dei percorsi clinico-assistenziali che essi comportano e i correlati assetti organizzativi" aprendo la strada di fatto ad una sostanziale abrogazione della legge 251/2000.

La recente sentenza del Tar del Lazio n. 06513 del 6 maggio 2015, in risposta al ricorso n.14116/2014 avanzato dalla ANAO ASSOMED contro il decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 259 del 6 agosto 2014 "Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio", nella parte che riguarda l'affidamento della direzione dell'attività assistenziale a dirigenti delle professioni sanitarie sembrerebbe dar ragione a tale impostazione ma in realtà si è intervenuti su un atto normativo equivocando e confondendo tra la gestione del personale e la linea assistenziale. Vedremo a questo punto il risultato del ricorso al Consiglio di Stato.

L'altro elemento da analizzare è l'esclusività che tale comma definisce relativamente ai quattro ambiti di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con particolare riferimento alla prevenzione per il quale le competenze non sono sicuramente esclusive del professionista medico ma per lo meno di collaborazione con altri professionisti quali assistente sanitario, tecnico della prevenzione degli ambienti di lavoro, etc.

La difficoltà, ancora oggi, di definire, da un punto di vista legislativo le responsabilità e le competenze dell'infermiere è dovuta, in parte, all'aspetto culturale relativo a tale professione. Per molto tempo la professione infermieristica ha subito il predominio della professione medica, esercitando un ruolo di subordinazione. Data la sua importanza, l'argomento è stato discusso in diverse occasioni: al convegno del 2002 del Collegio IPASVI di Trieste, "L'immagine sociale dell'infermiere" ed al XIV Congresso Nazionale IPASVI del 2005 che si conclude con la tavola rotonda "Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea". In questa occasione, Annalisa Silvestro, allora presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi, affermò che occorre lavorare ancora molto per su-

perare i vecchi stereotipi e i luoghi comuni, nel tentativo di diffondere tra la gente una nuova immagine dell'infermiere in accordo con la professionalità e le responsabilità garantite dal processo di professionalizzazione degli ultimi decenni. (Silvestro, 2005).

Ancora oggi si registrano casi che indicano una mancanza di considerazione del processo di professionalizzazione degli infermieri in Italia, non solo a livello socio-culturale ma anche in ambito giuridico dove vengono pronunciate sentenze che assolvono professionisti infermieri non tenendo conto delle loro responsabilità a fronte di una ormai ricca normativa che disciplina tale professione, come la Sentenza del 05/06/2013 della Corte di Assise di Roma relativa alla morte di Stefano Cucchi, protagonista di una vicenda mediatica di particolare rilievo svoltasi nel 2009.

Il Fatto

Stefano Cucchi, viene arrestato dai Carabinieri per detenzione e spaccio di stupefacenti giovedì 15 ottobre alle ore 23 circa. In attesa del processo con il rito direttissimo del giorno seguente venerdì 16 ottobre, Cucchi passa la notte nella caserma della Stazione di Roma Tor Sapienza e lamenta dolori e malessere. Viene quindi chiamata l'ambulanza del 118 ma Cucchi rifiuta di farsi visitare o di essere trasportato in Pronto Soccorso, l'infermiere rileva alcuni parametri vitali che risultano nella norma. Fino a quel momento Cucchi risulta molto magro, con occhiaie evidenti ma non presenta particolari lesioni. Lui stesso dichiara il suo stato di tossicodipendenza, di avere problemi al fegato e di soffrire di epilessia.

La mattina del 16 ottobre il detenuto viene trasportato al Tribunale penale Piazzale Clodio dove è convalidato l'arresto e applicata la misura custodiale del carcere. Sembra però che nelle celle del tribunale, prima dell'udienza di convalida, Cucchi subisca un "pestaggio" che gli provocherà lesioni al volto e una frattura sacrale, tesi però non confermata in sede processuale in quanto le diverse testimonianze di altri detenuti risultano in parte contraddittorie e non risulta esserci una prova del fatto. In seguito, prima dell'ingresso al carcere Regina Coeli, Cucchi rifiuta di essere visitato ma viene comunque valutato da un medico dell'ambulatorio del Tribunale Piazzale Clodio, il quale afferma che il detenuto era sofferente, presentava ecchimosi al di sotto degli occhi e lamentava dolori alla base della colonna vertebrale e alle gambe, motivo per cui camminava con difficoltà. Gli viene somministrata una compressa da 2 mg di Rivotril®, farmaco che Cucchi dichiarò di assumere regolarmente per l'epilessia.

Cucchi è sottoposto a un'ulteriore visita al Regina Coeli nella quale viene disposto di mandare il detenuto con urgenza al Pronto Soccorso per eseguire una radiografia del cranio e della regione sacrale. Al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli viene eseguito l'esame neurologico che risulta negativo e la radiografia della regione lombo sacrale che evidenzia due fratture, motivo per cui si propone il ricovero ma il detenuto rifiuta affermando di voler tornare al Regina Coeli.

Tornato in carcere, Cucchi lamenta forti dolori ed è nuovamente portato al Pronto Soccorso dove gli viene inserito un catetere vescicale in quanto il paziente dichiara difficoltà alla minzione e vengono eseguiti gli esami

ematici che evidenziano emoglobina in calo e azotemia in aumento. Questa volta Cucchi accetta il ricovero che avviene nella Struttura Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini (un reparto del Pertini organizzato come carcere e riservato a pazienti detenuti) in quanto non vi era disponibilità di posti letto in altre strutture.

Cucchi è ricoverato dalla sera di sabato 17 ottobre alla mattina di giovedì 22 ottobre, giorno del decesso. Durante il ricovero, alla presenza di medici e infermieri, Cucchi rimane a letto per la maggior parte del tempo, si alimenta e si idrata poco. In seguito al decesso, i medici e gli infermieri presenti durante il ricovero sono accusati di abbandono di incapace in quanto «[...] abbandonavano Stefano Cucchi, del quale dovevano avere cura, che ivi si trovava ricoverato in stato detentivo dal 17 ottobre, incapace di provvedere a se stesso; in particolare, il paziente era affetto da politraumatismo acuto, con bradicardia grave e marcata alterazione dei parametri epatici, segni di insufficienza renale in soggetto in stato di magrezza patologica (cachettico), e che si è venuto a trovare nel corso della degenza in uno stato di pericolo di vita che esigeva il pieno attivarsi dei sanitari i quali, invece, omettevano di adottare i più elementari presidi terapeutici e di assistenza che nel caso di specie apparivano doverosi e tecnicamente di semplice esecuzione e adottabilità e non comportavano particolare difficoltà di attuazione essendo peraltro certamente idonei ad evitare il decesso del paziente.» (Sentenza 05/06/2013 della Corte di Assise di Roma, pp. 5-6).

Durante il processo sono richieste diverse perizie che cercano di far luce sugli eventi, in particolare a causa delle lesioni di natura traumatica rilevate sul cadavere. Pertanto viene stabilito che tale quadro traumatico potrebbe ricondursi a un'aggressione come a una caduta accidentale e che quindi non vi è prova del "pestaggio". Relativamente alle cause di morte i periti si pronunciano in tale senso: «Nella disamina della documentazione disponibile, elemento d'immediato rilievo è stata la estrema magrezza del Cucchi. È sorto quindi il sospetto di una morte dovuta a sindrome da inaniazione, sospetto che, pertanto, è stato doverosamente sottoposto a verifica sia anatomopatologica sia clinica [...] Con il termine di inaniazione si indica una sindrome sostenuta da mancanza (o grande carenza) di alimenti e liquidi: questa sindrome può presentarsi in modo acuto per totale sottrazione di ogni cibo e bevanda o in modo cronico per una loro continuata riduzione o somministrazione insufficiente». (Ivi, pp. 106).

Il processo si conclude con la condanna di alcuni dirigenti medici per il reato di omicidio colposo, essendo contestato l'abbandono di incapace. Gli infermieri vengono tutti assolti per non aver commesso il fatto o perchè il fatto non sussiste.

Discussione

Nella sentenza risulta chiaro che c'era una certa confusione, "sospetta confusione attestata dalla documentazione clinica in atti", relativamente alla compilazione del diario/cartella infermieristica. È stato riportato che all'arrivo di Cucchi all'ospedale Pertini, un infermiere avrebbe addirittura compilato la scala di Braden senza vedere il paziente in quanto coperto con un lenzuolo fino al capo (Ivi, pp. 130-1). L'infermiere annota in cartella la dicitura

"occasionalmente bagnato" in contrasto con la presenza di un catetere vescicale e la dicitura "nutrizione eccellente" in contrasto con l'evidente stato di forte denutrizione. Inoltre, viene descritta la tenuta della cartella clinica e si afferma "di alcune parti palesemente carenti" con riferimento alla registrazione dei parametri vitali, dell'idratazione (numero di bicchieri di acqua assunti al giorno), alla confusa registrazione della diuresi, all'incertezza del peso del paziente al momento del ricovero e alla mancata registrazione del peso in altri momenti del ricovero (Ivi, pp. 110-1).

A questo proposito Giovanni Muttillio (presidente Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza) scrive: «Medici condannati e infermieri assolti [...]. Si tratta di una vittoria o di una sconfitta per la professione infermieristica? [...] Non valutare lo stato nutrizionale [...] è lecito e deontologicamente accettabile?» (Muttillio, *Quotidiano Sanità*, 3 ottobre 2013). Muttillio pone in particolare l'attenzione sulla «composizione del collegio peritale che era composto da autorevoli accademici dell'area medico-legale, ma era privo di un soggetto specializzato nell'area della responsabilità professionale, ovvero CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio)-perito nelle scienze infermieristiche legali e forensi, pur dovendosi occupare anche di valutare competenze specifiche, campo proprio di attività e di responsabilità penali attinenti il Profilo Professionale degli infermieri» (Ivi). Questo indica nuovamente che il comportamento della Corte non tiene conto che la professionalità dell'infermiere necessita di competenze specifiche che possono essere adeguatamente valutate in sede giudiziaria solo se tra i periti nominati vi sia anche un soggetto che ha un'esperienza di natura infermieristica idonea a valutare il comportamento tenuto nell'occasione dagli infermieri. È da sottolineare che la consulenza tecnica e la perizia sono fondamentali nel riconoscimento di responsabilità professionali in ambito sanitario. Stabilire la presenza di eventuale negligenza, imperizia o imprudenza, principi che definiscono la colpa, è un compito che deve essere svolto con la massima obiettività, con riferimento a basi scientifiche solide e validate e alla miglior pratica professionale evidente. Attualmente nella maggior parte dei procedimenti penali o civili dei tribunali italiani questo compito è esercitato da professionisti sanitari medici, ai quali di fatto non compete la disciplina infermieristica.

Negli ultimi anni l'Associazione Infermieri Legali e Forensi (AILF) opera in modo concreto per il riconoscimento della figura dell'infermiere forense con l'obiettivo di aprire in ogni tribunale italiano un albo CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio) specifico per tale figura. *A tale proposito giace nelle aule parlamentari un disegno di legge (DDL 1134) in cui viene proposto il ricorso, da parte dei giudici, di consulenti tecnici specifici per la disciplina in esame.*

Muttillio inoltre si sofferma sulla "sospetta confusione attestata dalla documentazione clinica in atto", per quel che compete agli infermieri, affermando: «Sono passaggi su cui riflettere, per ricordare l'importanza della corretta tenuta della documentazione relativa all'assistenza infermieristica, sia ai fini della tutela della salute al paziente, sia ai fini documentali e giudiziari. Una maggiore attenzione in questo caso, per non incorrere in "omissioni" da parte degli infermieri, alla registrazione di alcuni para-

metri e alla diminuzione del peso corporeo (circostanza quest'ultima la cui reale esistenza è stata, peraltro, molto discussa tra i periti in dibattimento, anche all'esito delle testimonianze acquisite al riguardo) forse avrebbe potuto evidenziare il continuo dimagrimento del paziente anche agli occhi non sempre attenti dei medici» (Ivi).

È risaputo infatti che l'assistenza infermieristica è più frequente sul paziente rispetto alla visita medica, che in alcuni casi può avvenire anche una sola volta nell'arco della giornata; questo permette all'infermiere un'osservazione delle condizioni cliniche di una persona ricoverata più volte al giorno e di valutare l'eventuale gravità e gli interventi da adottare.

Nel caso Cucchi è documentato il rilevamento di parametri vitali non nella norma e condizioni cliniche critiche, ma risultano dubbi i possibili tempestivi interventi. Nello specifico:

- il giorno 19 ottobre viene rilevata a Stefano Cucchi una glicemia di 40 mg/dl, valore al di sotto della soglia ritenuta dalla letteratura scientifica come pericoloso per la vita (per uomo pari a 45 mg/dl);
- Il giorno 21 ottobre viene annotata in cartella una Frequenza Cardiaca di 36 battiti al minuto (valori nella norma 60-100 bpm);
- durante il ricovero non risultano controlli sul corretto posizionamento o eventuale occlusione del catetere vescicale che di fatto ha determinato un accumulo di una rilevante quantità di urina in vescica (1400 cc);

È accertato dalle testimonianze di tutti gli imputati che Stefano Cucchi durante il ricovero era poco collaborante e che rifiutava le cure diagnostico-terapeutiche prescritte dai medici, ma anche in questo caso rimane dubbio l'accertamento da parte di quest'ultimi sulla consapevolezza di Cucchi della gravità del proprio stato di salute. Di questo però i medici erano pienamente certi avendo valutato la possibilità di inviare in merito una missiva al magistrato competente, senza peraltro decidere dell'eventuale trasferimento del paziente in un reparto più idoneo.

A questo proposito la Corte di Cassazione – Sez. III, con sentenza del 22 gennaio 1999 n. 589, stabilisce che *“l'obbligo del medico dipende dal servizio sanitario nazionale per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, ancorché non fondata sul contratto ma sul contatto sociale, caratterizzato dall'affidamento che il malato pone nella professionalità dell'operante una professione protetta.”*

Inoltre la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005, esaminando diverse questioni riguardanti la responsabilità per fatto del personale medico e per fatto del personale sanitario ha stabilito che *“Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori ex lege di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro”*.

È palese come la sentenza di questo caso non prenda in considerazione il riconoscimento professionale degli infermieri affermando che *“non era nelle loro facoltà sindacare le iniziative dei medici alle quali risultano essersi attenuti”*. Il fatto che l'infermiere è stato per molto tempo

inquadrate come mero esecutore di mansioni e compiti, inserito in un rapporto gerarchico di subordinazione nei confronti del medico, è un aspetto del passato che deve ormai lasciare spazio a una nuova realtà. Occorre abbandonare i vecchi stereotipi e iniziare a pensare all'infermiere come un professionista che possiede conoscenze, capacità e competenze.

Per questo motivo è essenziale che siano gli infermieri stessi a promuovere la *“nuova”* figura di professionista laureato, primo responsabile dell'assistenza, attraverso l'esercizio della professione secondo i principi etici che caratterizzano la stessa e comunicando alla società quelle che sono le competenze distintive della professione infermieristica affinché il significato dell'essere infermieri si consolidi nel tempo.

In data 31 ottobre 2014 la Corte d'Assise d'appello assolve tutti gli imputati del caso Cucchi (medici compresi) ribaltando la sentenza di 1° grado *“perché il fatto non sussiste”* ovvero per insufficienza di prove, ciò provoca l'indignazione dei familiari che hanno effettuato il ricorso in cassazione. Le motivazioni della stessa sentenza però specificano la necessità di dover ancora indagare sulla morte di Stefano per accertare le effettive responsabilità. È infatti difficile comprendere come la morte di un ragazzo di 31 anni, nel contesto in cui è avvenuta, non si sia potuta evitare.

BIBLIOGRAFIA

- Sasso L. et. al. (2012) - Infermieristica in area critica - Mc Graw Hill
- Genitili A. et. al. (1993) - Il paziente critico: clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione - Casa editrice Ambrosiana
- Alghisi P. et. al. (2004) - L'infermiere in area critica: manuale di base - Carocci Faber
- Motta P.C. (2002) - Introduzione alle scienze infermieristiche - Carocci Faber, pag 71-78; 92-100
- Barbieri G., Pennini A. (2008) - Le responsabilità dell'infermiere: dalla normativa alla pratica - Carocci Faber, pag 55-76; 90-102
- Calamandrei C. (1993) - L'assistenza infermieristica: Storia, teoria, metodi - La Nuova Italia Scientifica, pag.141-158
- XIV Congresso Nazionale Ispasvi (2005) *“Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea”*
- Sironi C. (1991) - Storia dell'assistenza infermieristica - Nuova Italia Scientifica, pag. 43-68
- Benci L. (2011) - Aspetti giuridici della professione infermieristica - Mc Graw Hill
- Benci L. (2001) - Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento – Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 2, pag. 84-90
- Bugnoli S. (2010) - La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze: una guida per l'agire responsabile - Maggioli Editore, pag. 65-90; 117-128
- Martellotti E. et. al. (2002) - Diventare infermieri. Una professione emergente tra assistenza e management - Carocci Faber, pag. 10-11
- Conti L. - Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere? L'infermiere, 9/2005
- Papa A., Masera G., Siri P. - La percezione della professione infermieristica fra i giovani, in L'infermiere, n. 2/2013
- Corte di Cassazione, sezione IV Penale, sentenza 13/05/2011 n.24573
- Quotidiano Sanità (Giugno 2011) - *“Cassazione. Paziente peggiora e muore. Responsabile l'infermiere che non allerta il medico”*
- Quotidiano Sanità (giugno 2011) - Silvestro A. (Ispasvi): *“Cassazione ha correttamente valutato la responsabilità degli infermieri”*
- Corte di Assise di Roma, sentenza 05 Giugno 2013
- Quotidiano Sanità (settembre 2013) - *“Caso Cucchi. Depositata la sentenza. La morte per malnutrizione. Le colpe dei medici.”*
- Quotidiano Sanità (ottobre 2013) - Muttillo G. (Ispasvi): *“Mastrogiovanni e Cucchi: ma gli infermieri sono del tutto innocenti?”*
- Il Messaggero (ottobre 2013) - *“Cucchi, i PM appellano la sentenza: <<Medici ed infermieri lo abbandonarono>>”*
- Corte di Cassazione, sezione VI Penale, sentenza 02/02/2010, n.14603
- Il sole 24 ore - Sanità (maggio2010) – Perrone M. : *“L'iniezione non è un esclusiva : anche chi non ha il titolo di infermiere può praticare punture sporadiche”*
- Codice Deontologico dell'Infermiere 2009
- D.P.R. 14 marzo 1974, n.225 *“Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici”*
- D.M. 14 settembre 1994, n.739 *“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”*
- Legge 26 febbraio 1999 n.42 *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*
- Legge 10 agosto 2000 n.251 *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*
- Legge 1° febbraio 2006 n.43 *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”*.