



COORDINAMENTO
ORDINI DELLE
PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
PUGLIA

PROPOSTE PER LA SANITÀ PUGLIESE

*Salute, Professioni, Dignità:
per un Servizio Sanitario Regionale equo,
moderno e vicino ai cittadini*



PROPOSTE PER LA SANITÀ PUGLIESE

*Salute, Professioni, Dignità:
per un Servizio Sanitario Regionale equo,
moderno e vicino ai cittadini*

Contributo degli Ordini delle Professioni Infermieristiche della Puglia al nuovo governo regionale per una nuova governance sanitaria per il periodo 2025/2030.

Premessa generale

La salute non è un privilegio, ma il primo diritto di cittadinanza. Costruire una sanità pugliese moderna significa ridare forza e fiducia a un sistema che, nonostante le difficoltà strutturali e il peso crescente della domanda di cura, continua ogni giorno a reggersi sulla competenza, la dedizione e la responsabilità dei suoi professionisti.

Negli ultimi anni la Puglia ha compiuto passi importanti: la rete territoriale si è ampliata con il DM 77/2022, il PNRR ha aperto prospettive di prossimità e digitalizzazione, e la collaborazione con gli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha iniziato a generare nuova consapevolezza. Tuttavia, la distanza tra il principio costituzionale di equità e la realtà quotidiana dell'assistenza resta ampia.

Il **Sistema Sanitario Regionale** soffre di **carenze croniche di personale**, di **disomogeneità organizzative**, di una **mancata valorizzazione delle professioni sanitarie** e di **ritardi nella governance**. Tutto questo si traduce in un paradosso: cittadini che rinunciano alle cure, professionisti esausti, territori periferici sempre più fragili.

È in questo scenario che la **Professione Infermieristica** assume un valore strategico. Gli infermieri sono la spina dorsale del sistema di cura: garantiscono continuità, prossimità, relazione. Riconoscerne il ruolo significa costruire una sanità che non si limita a erogare prestazioni, ma che accompagna, ascolta e previene.

Queste proposte intendono delineare una **visione per la Puglia 2030**, in cui il benessere dei cittadini e quello dei professionisti coincidano: perché la cura, per essere efficace, deve nascere in un sistema che sa prendersi cura anche di chi cura.

1. La professione infermieristica come architrave del sistema di cura

1.1 Sicurezza e benessere degli operatori

Criticità

In Puglia, come nel resto d'Italia, gli infermieri rappresentano la prima figura di contatto con il cittadino, in ospedale e sul territorio. Sono presenti nelle situazioni più delicate: triage, pronto soccorso, assistenza territoriale di emergenza, reparti ospedalieri, residenze per anziani, assistenza domiciliare. Tuttavia, la loro sicurezza non è sempre garantita.

Le aggressioni, verbali e fisiche, sono in aumento, un fenomeno che, secondo i dati del Ministero della Salute, coinvolge oltre un terzo dei professionisti sanitari italiani, con picchi proprio nei reparti di emergenza e nei presidi territoriali.

A ciò si sommano **turni estenuanti**, **mananza di personale**, e un **carico emotivo costante** che genera esaurimento, assenteismo e abbandono della professione. Studi europei (RN4CAST, **The Lancet**, 2014)¹ mostrano che per ogni paziente aggiuntivo assegnato a un infermiere la mortalità a 30 giorni cresce del 7%. Questo dato riassume in modo drammatico una verità semplice: quando chi cura non è messo nelle condizioni di lavorare in sicurezza, anche il cittadino è meno al sicuro.

Proposte

La Regione Puglia deve adottare un **Piano Regionale per la Sicurezza e il Benessere dei professionisti sanitari**, con tre direttrici

¹ Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24581683; PMCID: PMC4035380.

fondamentali:

1. **Modifica ed implementazione del fabbisogno infermieristico**, calibrato per setting assistenziale (ospedale, territorio, RSA), con pubblicazione dei dati ed indicatori di carico di lavoro.
2. **Misure strutturali di sicurezza**: formazione sulla gestione dei conflitti, pulsanti d'allarme e videosorveglianza nei pronto soccorso e nei distretti, potenziamento del servizio di vigilanza, installazione di monitor per consultare in tempo reale l'afflusso alle strutture pubbliche di Pronto Soccorso della Puglia, bodycam e applicazione estesa della Legge 113/2020.
3. **Servizi di supporto psicologico e programmi di prevenzione del burnout**, con percorsi di counseling e supervisione clinica dedicati agli operatori.

Una sanità che protegge chi cura restituisce dignità a chi serve e fiducia a chi riceve. La sicurezza degli infermieri è sicurezza dei pazienti.

1.2 Carichi di lavoro, burnout e qualità dell'assistenza

Criticità

La Puglia registra oggi uno dei rapporti più bassi in Italia tra numero di infermieri e popolazione: 3,96 infermieri ogni 1.000 abitanti², contro una media nazionale di 6,5 (per il totale e 4,79 per il i dati del Conto Annuale Pubblico 2022) e valori europei che raggiungono l'8,4 per 1.000 abitanti³. Per chiarire meglio questa criticità, si riporta il raffronto con il **comparatore per eccellenza della Regione Puglia: l'Emilia Romagna, che a parità di popolazione**

² Rapporto Professioni Infermieristiche – Elaborazione Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche e Sant'Anna di Pisa https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/00_Libro_FNOPI_2025_versioneWEB-ok.pdf

³ OCSE Health Statistics 2024

abitante possiede una media di 6,5 infermieri per 1000 abitanti, quasi il doppio del personale in attivo rispetto alla nostra Regione. Questo significa che migliaia di professionisti in meno coprono gli stessi bisogni di cura, generando sovraccarico, stress, “cure mancate” verso i pazienti e minore capacità di relazione. Quando il tempo di cura si riduce, si perde la componente relazionale e preventiva dell’assistenza. Il paziente diventa un numero, la cura una sequenza di atti tecnici, e il lavoro infermieristico perde la sua dimensione più umana e scientifica.

Proposte

- **Riequilibrio degli organici**, in discussione con la Conferenza Stato Regioni, per un piano straordinario triennale per riportare la Puglia almeno alla media nazionale del rapporto infermieri/abitanti.
- **Introduzione di un sistema regionale di monitoraggio dei carichi di lavoro**, che utilizzi indicatori infermieristici validati per allocare le risorse in base alla complessità assistenziale.
- **Percorsi di welfare aziendale e conciliazione vita-lavoro**, con politiche di flessibilità oraria, asili aziendali, e sostegno psicologico continuativo.

Ridurre il burnout non è solo un atto di tutela verso i professionisti, ma una strategia per migliorare gli esiti di cura e la soddisfazione dei cittadini.

1.3 Valorizzazione delle competenze avanzate e incarichi di funzione

Criticità

Gli infermieri pugliesi svolgono da anni funzioni di alta complessità, dalla gestione di percorsi clinici, tecnologici, formativi e territoriali, spesso senza riconoscimento formale né economico.

Il Contratto Collettivo Nazionale del Comparto Sanità 2019-2021 ha introdotto la possibilità di attribuire *Incarichi di Funzione Professionale* per valorizzare le competenze avanzate. Tuttavia, l'applicazione resta disomogenea tra aziende: nello specifico, ad esempio, la ASL BAT ha già istituito oltre 100 incarichi, mentre **l'ASL LECCE ha conferito n.102 incarichi di Funzione Organizzativa Sanitaria di Coordinamento e sono in itinere l'assegnazione degli Incarichi Professionali**, mentre altre ne hanno attivati pochissimi o nessuno, altre ancora come la ASL BARI non hanno nemmeno avviato le assegnazioni di coordinamento, prevista già da due CCNL che ad oggi risultano anche scaduti, generando disparità di opportunità tra dipendenti delle Aziende del medesimo Sistema Sanitario Regionale.

Proposte

- **Attuazione uniforme e trasparente** degli Incarichi di Funzione Professionale in tutte le aziende sanitarie pugliesi, con criteri regionali condivisi.
- **Riconoscimento economico proporzionato** alla complessità e all'impatto delle funzioni, in coerenza con le previsioni contrattuali e i risultati misurabili.
- **Mappatura regionale delle competenze avanzate** per area assistenziale (emergenza, cure primarie, cronicità, palliative, formazione, competenze specialistiche), al fine di programmare percorsi di carriera chiari e progressivi.

Valorizzare chi esercita competenze avanzate significa trattene-re talento, programmare ed innovare l'assistenza, la formazione e rendere il sistema più sostenibile.

1.4 Attrattività della professione nelle RSA

Criticità

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano un segmento cruciale per la cura delle persone anziane e fragili, ma in Puglia soffrono di una grave **crisi di attrattività professionale**. Gli infermieri faticano a scegliere o a restare in questi contesti, a causa di retribuzioni inferiori rispetto al pubblico ed al privato ospedaliero, carichi di lavoro sproporzionati e mancanza di opportunità di sviluppo professionale. In alcune strutture un infermiere gestisce anche 50 ospiti, con evidenti rischi clinici ed etici.

Proposte

- **Contratto unico per il personale infermieristico delle RSA**, che preveda adeguamenti retributivi e riconoscimenti di complessità assistenziale.
- **Definizione di standard minimi di dotazione di personale**, correlati all'intensità assistenziale, e controlli periodici da parte degli Ispettorati del lavoro e dei requisiti di accreditamento.
- **Percorsi di formazione e carriera dedicati**, che introducano figure di coordinamento infermieristico e specialisti in ambiti come la cronicità, il wound care (cura delle lesioni difficili), ecc.
- **Incentivi economici e di sede** per chi opera nelle RSA più periferiche o a bassa attrattività.

Investire nelle RSA significa difendere la dignità della vecchiaia e alleggerire il carico degli ospedali. È un investimento nella continuità della cura.

Si segnala, inoltre, che negli ultimi mesi la Giunta Regionale ha varato la DGR n.1328 del 22 settembre 2025 avente ad oggetto: Misure provvisorie e urgenti per far fronte alla carenza di personale infermieristico nelle RSA per soggetti non autosufficienti di cui al Regolamento Regionale n.4/2019.

Questo Coordinamento Regionale ha inviato subito nota di disapprovazione con PEC prot. n. 9 del 25.09.2025 alla quale non abbiamo avuto nessun cenno di riscontro.

Il Coordinamento degli OPI della Puglia, esprime la propria forte preoccupazione per la grave situazione che la sostituzione degli Infermieri con gli OSS determina situazioni di grave disagio per garantire standard di sicurezza e alti livelli di qualità nelle cure dei cittadini.

1.5 Revisione degli standard di personale nelle Strutture residenziali psichiatriche

La Regione Puglia con il Reg. Reg. n. 7/2002 “Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private” ha individuato i requisiti organizzativi e strutturali per l’accreditamento delle Strutture di riabilitazione psichiatrica.

È oggi necessario un adeguamento del regolamento regionale 7/2002 all’art. 33 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 (LEA) ed una eliminazione una volta per tutte della commistione di ruoli tra Professionisti sanitari vigente nella Regione dal 2002.

Il Ministero della salute già nel 2009 attraverso la Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza della *Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema*, aveva previsto negli standard qualificanti del servizio delle Strutture di riabilitazione psichiatrica la necessaria presenza del personale infermieristico per le diverse tipologie di strutture residenziali (a seconda dell’intensità delle prestazioni caratterizzanti la struttura h 12 o h 24) e semiresidenziali **(nelle quali lo staff deve contare la presenza di almeno un infermiere).**

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con il documento prot. n. 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013, ha previsto poi la suddivisione delle Strutture Residenziali Psichiatriche (in

Puglia chiamate Comunità riabilitative di assistenza psichiatrica, acronimo C.R.A.P.) a seconda del livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, sia correlato al grado di autonomia complessivo in Strutture a carattere intensivo e estensivo.

Il prefato reg. reg. 7/2002 e s.m.i. prevede tra i requisiti organizzativi per il funzionamento delle Strutture di riabilitazione psichiatrica la presenza **indistintamente** di “*Collaboratori Professionali Sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali*”.

A causa dell'attuale regolamento si realizza una **commistione** di ruoli tra infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione e assistenti sociali, in tal modo rendendo **solo eventuale** la presenza della figura dell'Infermiere, facendo sì che venga a ravvisarsi un problema di inadeguatezza rispetto alla legislazione vigente (Legge 42/99, Legge 251/2000 e Legge 3/2018).

Nelle Strutture residenziali (CRAP) dove vengono effettuati trattamenti intensivi h 24, oppure nelle Strutture estensive a copertura h 12 (Comunità alloggio) o all'interno dei Centri diurno, l'attuale regolamento (reg. reg. 7/2002 e 3/2005) prevede tra i requisiti organizzativi per il funzionamento delle Strutture di riabilitazione psichiatrica la presenza indistintamente di “Collaboratori Professionali Sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali” **senza tener conto delle specificità delle singole professioni, dei relativi profili professionali e ambiti di competenza.**

È necessario rivedere il regolamento regionale e rendere obbligatoria la presenza dell'infermiere nelle Strutture residenziali.

1.6 La libera professione infermieristica: un pilastro ancora invisibile del sistema di prossimità

Criticità

La Puglia conta migliaia di infermieri liberi professionisti che operano quotidianamente sul territorio garantendo assistenza domiciliare, educazione terapeutica, continuità assistenziale e interventi di prevenzione. Nonostante il loro contributo concreto alla sanità di prossimità, la libera professione infermieristica resta tuttora priva di un riconoscimento strutturale e di un'integrazione formale nel sistema regionale.

Questi professionisti sopperiscono spesso alle carenze organizzative del servizio pubblico, rispondendo a richieste che le ASL non riescono più a soddisfare, ma lo fanno senza tutele, senza rappresentanza nei processi decisionali e, soprattutto, in un contesto di forte disomogeneità tariffaria e concorrenza irregolare.

La mancanza di regolamentazione delle collaborazioni con strutture private e RSA, l'assenza di linee guida regionali per la libera professione e la diffusione del lavoro sommerso in ambito domiciliare, rappresentano oggi un rischio non solo per i professionisti, ma per la sicurezza dei cittadini e per la credibilità dell'intero sistema sanitario.

Proposte

- **Riconoscimento istituzionale** della figura dell'infermiere libero professionista nel modello di assistenza territoriale regionale, come risorsa integrata e complementare ai servizi pubblici.
- **Istituzione di un Albo regionale dei liberi professionisti infermieri**, in collaborazione con gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali, per garantire trasparenza, tracciabilità e

qualità delle prestazioni domiciliari.

- **Definizione di un Tariffario minimo regionale** per le prestazioni infermieristiche autonome, a tutela dell'equo compenso e contro la concorrenza sleale.
- **Attivazione di protocolli di collaborazione tra ASL, OPI e reti professionali territoriali**, finalizzati alla presa in carico congiunta dei pazienti fragili, alla gestione della cronicità e alla riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni domiciliari.
- **Campagne regionali di contrasto al lavoro sommerso**, in collaborazione con gli Ordini e gli enti previdenziali, per tutelare la legalità e la sicurezza delle cure.
- **Sviluppo di piattaforme digitali regionali** per la gestione delle richieste domiciliari, con tracciabilità delle prestazioni, refertazione digitale e integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Visione

Riconoscere la libera professione infermieristica significa riconoscere la capacità del sistema di evolversi verso modelli realmente di prossimità, sostenibili e centrati sulla persona.

L'infermiere libero professionista non è un'alternativa al servizio pubblico, ma il suo naturale alleato: un presidio di legalità, competenza e continuità che oggi merita di entrare a pieno titolo nella pianificazione sanitaria regionale.

2. Università, formazione e ricerca: il futuro della competenza infermieristica

La qualità dell'assistenza nasce dalla qualità della formazione. Non esiste un sistema sanitario forte senza università solide, capaci di produrre conoscenza, ricerca e pensiero critico. In Puglia, tuttavia, la filiera formativa infermieristica vive una crisi struttu-

rare: quasi nessun docente strutturato⁴, percorsi accademici incerti, riconoscimenti economici insufficienti e una distanza crescente tra aula, tirocinio e territorio. La conseguenza è un impoverimento silenzioso: meno ricerca, meno innovazione, meno giovani motivati a scegliere una professione che resta centrale ma non sempre riconosciuta nella sua complessità.

2.1 Carenza di docenti e ricercatori in area infermieristica

Criticità

A quasi trent'anni dall'istituzione della laurea in Infermieristica, la Puglia resta una delle poche regioni italiane **prive di una solida presenza accademica in area MEDS/24-c** (ex MED/45 – Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche). Oggi si conta **un solo professore associato** sul territorio regionale, presso un ateneo privato, e nessun docente ordinario o ricercatore strutturato nelle università pubbliche. Questo dato, già di per sé grave, diventa un limite strategico: senza docenti ordinari, le università non possono produrre ricerca autonoma, la partecipazione a progetti europei si riduce, e l'immagine della professione come scienza applicata ne risulta indebolita.

Proposte

La Regione Puglia, in sinergia con il MUR e con gli atenei pubblici, deve farsi promotrice di un **piano triennale di sviluppo della docenza infermieristica**, basato su tre assi:

- 1. Attivazione di posti strutturali** per ricercatori e professori in area MEDS/24-c nelle università pubbliche pugliesi.
- 2. Valorizzazione dei docenti a contratto** che ad oggi hanno

⁴ Rapporto Professioni Infermieristiche – Elaborazione Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche e Sant'Anna di Pisa https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/00_Libro_FNOPI_2025_versioneWEB-ok.pdf

supportato, formato ed investito migliaia di studenti in infermieristica, sostenendo (con contratti di docenza a titolo gratuito e/o con una bassa retribuzione oraria) numerose generazioni di infermieri, oggi presenti nei nostri luoghi di cura come professionisti.

3. **Costruzione di una rete regionale della ricerca infermieristica**, che connetta università, ASL, IRCCS e Ordini professionali, per promuovere progetti su outcome assistenziali, innovazione organizzativa, teleassistenza, prevenzione e gestione della cronicità.
4. **Borse di dottorato e assegni di ricerca** dedicati alle scienze infermieristiche e ai modelli di cura territoriali, finanziati attraverso fondi PNRR e POR.

Formare chi forma significa garantire, nel tempo, una classe dirigente sanitaria capace di guidare il cambiamento con metodo, evidenza e visione.

2.2 Tutoraggio didattico e clinico: il valore invisibile della formazione

Criticità

Ogni studente di infermieristica impara non solo tra i banchi, ma soprattutto accanto a un professionista esperto.

Il **tutor didattico**, il **tutor clinico** e il **Direttore delle Attività Didattiche (DAD)** sono figure centrali nella costruzione del sapere pratico, nella trasmissione dei valori professionali e nella connessione fra teoria e realtà assistenziale. Eppure, in Puglia, queste figure operano spesso in condizioni di mancato riconoscimento e sottovalutazione.

Molti bandi per tutoraggi vengono pubblicati come “incarichi gratuiti”, spesso senza riconoscimento della compless-

sità, del tempo dedicato e della responsabilità formativa. Questo squilibrio mina la qualità dell'insegnamento e scoraggia i professionisti più competenti dal partecipare alla formazione delle nuove generazioni.

Proposte

- **Riconoscimento economico e contrattuale delle figure di tutoraggio:** la Regione, in accordo con le università e gli Ordini professionali, deve definire tariffe minime vincolanti e standard di presenza dedicata.
 - **Istituzione di un Albo regionale dei tutor didattici e clinici,** con percorsi certificati di formazione pedagogica e aggiornamento continuo.
 - **Riconoscimento economico dei Direttori delle Attività Didattiche,** riconosciuti nel loro duplice valore di organizzatori apicali e garanti della qualità formativa, con incarico totalmente dedicato alla gestione del polo didattico assegnato.
 - **Incentivi per la docenza infermieristica di qualità,** con punteggi premianti per l'esperienza lavorativa specifica nell'ambito di assegnazione, tale da poter fornire agli studenti, oltre che elementi di teoria, anche elementi esperienziali reali, che possano coniugare ed avvicinare gli studenti alla realtà lavorativa.
- Rendere dignitosa la formazione significa investire nel capitale umano del futuro. Ogni ora di insegnamento riconosciuta e retribuita oggi è un atto di fiducia verso la sanità di domani.

2.3 Attivazione delle lauree magistrali cliniche

Criticità

Il sistema sanitario moderno richiede competenze specialistiche avanzate. Tuttavia, la Puglia **non dispone ancora delle tre lauree magistrali cliniche riconosciute dal Ministero della Salute e dal**

MUR, previste nei nuovi indirizzi di sviluppo della professione infermieristica:

- 1. Cure primarie e sanità pubblica**
- 2. Cure pediatriche e neonatali**
- 3. Cure intensive e dell'emergenza**

L'assenza di questi percorsi limita la crescita delle competenze cliniche, costringe molti professionisti a spostarsi fuori regione e priva la Puglia di un motore interno di innovazione sanitaria. Le regioni che hanno già attivato tali corsi (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Lazio) stanno costruendo un modello di assistenza in cui l'infermiere specialista è pilastro di appropriatezza, prossimità e riduzione dei ricoveri evitabili.

Proposte

- **Attivazione dei tre corsi magistrali clinici** presso le università pubbliche pugliesi, in partenariato con le aziende sanitarie e gli IRCCS regionali, partendo dalle competenze in essere ed esperienze – lavorative dei docenti a contratto presenti sul territorio.
- **Riconoscimento contrattuale delle nuove competenze cliniche**, con accesso a incarichi di funzione professionale e percorsi di carriera dedicati.
- **Integrazione dei corsi magistrali nei percorsi di ricerca applicata e innovazione**, favorendo la nascita di spin-off e laboratori di simulazione clinica avanzata.

La formazione post-laurea deve essere la cerniera tra sapere accademico e bisogni reali dei cittadini. La Puglia può diventare un laboratorio di eccellenza formativa se sceglie di far crescere le sue competenze invece di perderle altrove.

3. Dirigenza infermieristica e governance sanitaria: il valore del governo clinico diffuso

La qualità dell'assistenza non dipende solo dalle risorse, ma da come vengono pensate, organizzate e dirette. Un sistema sanitario efficiente si fonda su una governance multiprofessionale, dove le diverse competenze dialogano per garantire sicurezza, efficacia e continuità di cura. In questo contesto, la **dirigenza infermieristica** rappresenta il motore del coordinamento clinico, il presidio quotidiano dell'organizzazione, l'anello di congiunzione tra i bisogni dei cittadini e le decisioni strategiche.

Eppure, in Puglia, la dirigenza infermieristica è ancora **numericamente insufficiente e istituzionalmente sottorappresentata** nei processi decisionali. Il risultato è un sistema che si regge sulla buona volontà dei singoli, ma fatica a trasformare la professionalità diffusa in capacità di governo.

3.1 Dati e disparità territoriali

Criticità

Secondo il *Primo Rapporto FNOPI – Scuola Superiore Sant'Anna 2025*, il rapporto medio nazionale tra dirigenti infermieristici e infermieri del comparto è di **1,66 ogni 1000 professionisti**. La **Puglia si colloca sotto la media nazionale**, con un valore stimato attorno a **1,2**, mentre regioni come il Trentino-Alto Adige (4,3), l'Emilia-Romagna (3,6) e il Friuli Venezia Giulia (3,0) mostrano un modello molto più avanzato di governance infermieristica.

Questa disparità è più che numerica: rappresenta una differenza di visione. Dove la dirigenza infermieristica è forte, la pianificazione delle risorse è più efficiente, i processi di cura sono più omoge-

nei, e i cittadini godono di una maggiore continuità assistenziale. Dove invece la dirigenza è carente, il sistema si frammenta: mancano standard condivisi, il carico di lavoro cresce in modo disordinato, e si riduce la capacità di prevenire errori o ritardi nell'assistenza.

A ciò si aggiunge una **rappresentanza limitata delle figure infermieristiche nei tavoli decisionali regionali**. Le politiche sulla sicurezza, sull'organizzazione dei servizi o sull'innovazione digitale vengono spesso definite senza un contributo professionale diretto di chi vive quotidianamente la complessità del sistema.

3.2 Il fabbisogno di una dirigenza più diffusa

Proposte

Per colmare questo divario, la Regione Puglia deve adottare un **Piano straordinario di potenziamento della Dirigenza Infermieristica**, con l'obiettivo di garantire una presenza capillare in ogni livello organizzativo e miglioramento della governance del personale di comparto, rispetto alla gestione dei turni, ottimizzazione delle turnazioni a tutela dei lavoratori e dei pazienti.

- 1. Per le ASL: almeno un dirigente infermieristico per ogni Presidio ospedaliero e uno per ciascun Distretto socio-sanitario.**
- 2. Per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS regionali: almeno un dirigente infermieristico per ogni macro-area (Chirurgica, Medica, Intensiva, Materno-Infantile, emergenza-urgenza).**

Un tale modello permetterebbe di superare la frammentazione attuale, assicurando che ogni decisione organizzativa sia sostenuta da competenza professionale, analisi dei dati e attenzione alla realtà operativa.

In questo modo la dirigenza infermieristica diventerebbe non solo un presidio gestionale, ma un vero **strumento di qualità e garanzia per i cittadini**.

3.3 Una governance partecipata e multidisciplinare

Criticità

Oggi, i processi decisionali regionali e aziendali riguardanti la sanità sono ancora fortemente verticali e medico-centrici. Manca una reale integrazione multiprofessionale nella pianificazione delle reti di assistenza, nella costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) e nella valutazione degli esiti. Questa impostazione, oltre a non rispecchiare la complessità dei bisogni sanitari moderni, riduce la capacità del sistema di innovare: la cura contemporanea non è mai opera di una singola categoria, ma frutto di una comunità di competenze.

Proposte

- **Inserire figure infermieristiche nei tavoli tecnici regionali permanenti**, con ruoli specifici nei gruppi di lavoro su teleassistenza, sterilizzazione, percorsi paziente, sicurezza e formazione continua.
- **Promuovere la governance integrata**: direttori sanitari, dirigenti medici e dirigenti infermieristici devono condividere obiettivi, indicatori e responsabilità di esito, superando la logica gerarchica in favore di una logica di sistema.
- **Rafforzare la rappresentanza infermieristica (Ordini Professionali) nei processi di pianificazione del personale**, per garantire una visione centrata sul cittadino e sulla cura in tutte le sue dimensioni.

Una governance che include gli infermieri è una governance più reale, più vicina ai bisogni quotidiani, più efficace nel garantire sicurezza e continuità.

3.4 Un nuovo modello organizzativo per la sanità pugliese

Proposte generali

La dirigenza infermieristica non può essere un lusso delle regioni più ricche: è un diritto di ogni sistema sanitario che voglia essere giusto.

La Regione Puglia deve farsi promotrice di un **nuovo modello organizzativo fondato su tre pilastri**:

1. **Governance basata sui dati**: ogni decisione deve essere supportata da analisi puntuali sui carichi di lavoro, sugli esiti clinici e sulla soddisfazione dei cittadini.
2. **Autonomia gestionale delle direzioni infermieristiche**, chiamate a pianificare fabbisogni, innovazioni organizzative e percorsi di presa in carico.
3. **Riconoscimento della leadership professionale**: i dirigenti infermieristici devono essere presenti nei Comitati di Direzione e nei nuclei di valutazione aziendale, con potere di proposta e responsabilità condivisa.

Solo una governance che riconosce la pluralità delle competenze può affrontare la complessità della sanità contemporanea. Non si tratta di rivendicare spazi, ma di **costruire un equilibrio**: tra chi organizza e chi cura, tra chi amministra e chi vive i reparti, tra chi scrive le regole e chi ne misura gli effetti sul campo.

Una Puglia che sceglie di rafforzare la propria dirigenza infermieristica non fa un atto corporativo, ma **una scelta di responsabilità politica**: mette la competenza al centro, riduce gli sprechi organizzativi, e restituisce al cittadino una sanità più efficiente, umana e coerente con i valori del Servizio Sanitario Nazionale.

4. Personale e dotazioni organiche: colmare il vuoto, rigenerare il sistema

La sanità pugliese vive una delle sue crisi più profonde non per mancanza di idee, ma per mancanza di persone.

Il capitale umano, che è il primo motore della salute pubblica, è oggi il principale anello debole del sistema. Le corsie si svuotano, i turni si allungano, i tempi di attesa crescono. La pandemia ha solo accelerato un processo che era già in corso: **il burnout dei professionisti**, sempre più lontani da ciò che definiamo benessere lavorativo, valorizzazione delle competenze e sostenibilità del sistema di cura.

Un sistema sanitario regionale che vuole garantire equità e qualità non può fondarsi su personale esausto. Servono strategie di reclutamento, ma anche di fidelizzazione e riconoscimento, perché la cura non si costruisce con le assunzioni occasionali, ma con la stabilità, la motivazione e la prospettiva.

4.1 La fotografia attuale

Criticità

Secondo l'ultimo *Rapporto GIMBE 2025* e i dati della *Fondazione FNOPI – Sant'Anna*, la Puglia dispone di circa **3,96 infermieri ogni 1.000 abitanti**, contro una media nazionale di 4,79 e valori europei che superano gli 8 per 1.000.⁵ La carenza si estende anche ai medici e al personale di supporto, ma nel comparto infermieristico assume caratteristiche strutturali: nei prossimi cinque anni oltre il 30% degli infermieri pugliesi andrà in pensione, mentre il numero di nuovi laureati non è sufficiente a coprire il turnover.

⁵ Rapporto Professioni Infermieristiche – Elaborazione Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche e Sant'Anna di Pisa https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/00_Libro_FNOPI_2025_versioneWEB-ok.pdf

In termini comparativi, la regione presenta un **gap stimato di oltre 6.000 infermieri** rispetto al fabbisogno minimo definito dagli standard nazionali, e un carico di lavoro che, nelle strutture più grandi, supera del 20-25% la media italiana. L'effetto è una spirale che alimenta il disagio organizzativo: chi resta si affatica, chi entra spesso abbandona, chi osserva dall'esterno non sceglie di entrare.

4.2 Verso un piano regionale per il personale

Proposte

Serve una strategia straordinaria, una visione di lungo periodo che affronti la crisi non come emergenza ma come **politica di reclutamento per il mondo della salute**.

La Regione Puglia deve adottare un **Piano Regionale per il Personale del Servizio Sanitario**, fondato su cinque direttrici:

1. **Pianificazione pluriennale degli organici:** definizione di fabbisogni triennali vincolanti per ASL e Aziende ospedaliere, con obiettivi di raggiungimento del rapporto medio nazionale ($\geq 4,79$ infermieri/1.000 abitanti).
2. **Reclutamento innovativo e flessibile:** concorsi unici e mobilità regionali, graduatorie di durata triennale (con proroghe regionali, grazie a modello già applicato dalla Regione Puglia).
3. **Retention e valorizzazione:** incentivi economici e di sede per i professionisti in aree disagiate, riconoscimenti per chi assume ruoli di tutoraggio o responsabilità, e possibilità di progressione verticale all'interno della stessa azienda, applicando gli incarichi previsti nel CCNL
4. **Benessere organizzativo e salute del lavoratore:** programmi di ascolto, spazi di decompressione, sostegno psicologico, revisione dei turni e politiche di work-life balance.

5. **Trasparenza e monitoraggio:** pubblicazione annuale dei dati di dotazione organica, tasso di assenze, turnover e soddisfazione del personale, con indicatori di correlazione tra benessere degli operatori e esiti di cura.

La Regione non può più limitarsi a “coprire i buchi”: deve **governare il lavoro** come risorsa strategica, investendo nella stabilità e nella reputazione del sistema pubblico.

4.3 La dimensione etica del lavoro sanitario

Ogni politica sul personale deve partire da un presupposto semplice: **la cura è una relazione umana prima ancora che un atto tecnico.**

Quando gli operatori vengono spinti oltre il limite, la qualità dell’assistenza si deteriora, e il cittadino diventa il primo a pagarne le conseguenze. Una Regione che tutela i suoi professionisti tutela i suoi cittadini; una Regione che investe nel benessere organizzativo investe nella salute pubblica.

Per questo la politica sanitaria pugliese deve passare da una logica di “spesa per il personale” a una logica di **investimento nel capitale umano.**

Ogni euro destinato a un infermiere in più, a un turno in meno o a un ambiente di lavoro più sicuro è un euro speso per ridurre errori, tempi di attesa e rinunce alle cure.

La Puglia ha le risorse, le competenze e la forza professionale per rigenerare il proprio sistema sanitario. Ciò che serve oggi è una scelta di visione: **riconoscere che la salute dei cittadini dipende dalla dignità del lavoro di chi li cura.**

Solo così la sanità pugliese potrà tornare a essere non un problema da risolvere, ma un orgoglio da difendere.

5. Valutare e premiare la qualità dell'assistenza: dalla quantità al valore

Una sanità moderna non può essere misurata solo dal numero di prestazioni erogate o dai bilanci in pareggio. Il vero parametro di efficacia è l'impatto sulla vita delle persone: la loro possibilità di ricevere cure tempestive, sicure, appropriate e umane.

Per anni, il sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale ha privilegiato indicatori di natura contabile o strutturale — posti letto, budget, tempi medi di ricovero — trascurando ciò che più conta: **gli esiti dell'assistenza** e il **benessere di chi la eroga**.

In questo squilibrio si nasconde una verità scomoda: non possiamo migliorare ciò che non misuriamo. E non possiamo misurare ciò che non riconosciamo come valore.

5.1 La necessità di indicatori infermieristici nei sistemi di valutazione

Criticità

L'assistenza infermieristica rappresenta la componente più continua e capillare del percorso di cura, eppure i sistemi regionali raramente la valutano in modo specifico.

Mancano indicatori che descrivano, in modo trasparente e comparabile, il contributo degli infermieri alla qualità e alla sicurezza delle cure. Di conseguenza, resta invisibile gran parte del valore prodotto: la prevenzione delle complicanze, la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, la gestione delle cronicità, l'aderenza terapeutica, la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, la soddisfazione dei pazienti.

Senza dati, la politica sanitaria non può programmare. Senza misurazione, il merito non può essere premiato.

5.2 Proposte per un sistema di valutazione basato sugli esiti

La Regione Puglia può istituire un **Sistema Regionale di Valutazione della Qualità Assistenziale**, che includa in modo strutturale **indicatori infermieristici di esito e processo**.

Proposte operative:

1. Indicatori di efficacia assistenziale

- Tasso di aderenza terapeutica nei pazienti cronici.
- Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.
- Percentuale di pazienti presi in carico in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e cure palliative.
- Presa in carico dei pazienti con età >65 anni (target PNRR).

2. Indicatori di sicurezza e qualità

- Tasso di cadute, infezioni correlate all'assistenza e lesioni da pressione.
- Indicatori di “missed care” (cure mancate per carenza di tempo o risorse).
- Tempi medi di risposta nei setting territoriali.

3. Indicatori di benessere organizzativo e professionale

- Tasso di turnover e assenteismo.
- Livello di soddisfazione del personale infermieristico.
- Presenza di programmi aziendali di prevenzione del burnout.

4. Indicatori di percezione dell'utenza

- Grado di fiducia e soddisfazione dei cittadini nei confronti dell'assistenza infermieristica.
- Indicatori di prossimità e continuità percepita nel percorso di cura.

5.3 Premialità e trasparenza

Un sistema di valutazione efficace deve essere **premiante e trasparente**. Gli indicatori non devono servire solo a misurare, ma a **motivare e riconoscere** le aziende che generano valore reale.

Proposte:

- **Premialità economica e organizzativa** per le aziende sanitarie che raggiungono o superano gli standard regionali negli indicatori assistenziali.
- **Pubblicazione annuale di un “Rapporto sulla Qualità delle Cure in Puglia”**, accessibile ai cittadini e basato su dati comparabili, per favorire la responsabilità pubblica e la fiducia.
- **Riconoscimento del merito professionale**, con valorizzazioni contrattuali per i team e i professionisti che contribuiscono a risultati documentati di miglioramento.
- **Integrazione dei risultati nei sistemi di valutazione dei dirigenti**, affinché la qualità dell’assistenza diventi criterio di responsabilità manageriale.

5.4 Dalla performance alla cultura del valore

La misurazione non è un atto burocratico: è un atto politico. Significa scegliere di **rendere visibile ciò che conta davvero**: il tempo dedicato all’ascolto, la prevenzione che evita un ricovero, la relazione che riduce la paura di un paziente fragile. Significa spostare l’asse del sistema sanitario dalla quantità alla qualità, dalla spesa al valore, dal controllo alla fiducia.

Un sistema che misura bene è un sistema che **impara, si corregge, migliora**.

E ogni miglioramento che parte dal basso, dai reparti, dagli ambulatori, dalle RSA, è un passo verso una sanità più giusta, più equa, più vicina al cittadino.

5.5 Il legame tra benessere dei professionisti e qualità delle cure

L'esperienza internazionale e i dati del progetto RN4CAST⁶ dimostrano che il benessere organizzativo dei professionisti è strettamente correlato agli esiti clinici. Dove gli infermieri sono sostenuti, formati e valorizzati, diminuiscono le complicanze, si riducono i tempi di degenza e aumenta la soddisfazione dei cittadini. La qualità non nasce da protocolli più rigidi, ma da **relazioni professionali più solide e da ambienti di lavoro in cui il sapere è rispettato e la fatica è condivisa**.

Per questo, valutare e premiare la qualità infermieristica non significa introdurre un sistema di premi, ma promuovere una **cultura del valore**: il riconoscimento che ogni gesto di cura efficace, ogni educazione terapeutica ben condotta, ogni paziente accolto con rispetto, è un investimento collettivo nella salute pubblica.

Una Puglia che misura, premia e diffonde la qualità non controlla il lavoro: **lo illumina**.

E un sistema che illumina il valore della cura non solo migliora gli esiti, ma restituisce senso, speranza e appartenenza a chi ogni giorno indossa la propria divisa come un atto di servizio alla comunità.

⁶ Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24581683; PMCID: PMC4035380.

6. Potenziamento della rete degli Hospice e Hospice pediatrico

La regione dovrebbe affrontare con urgenza la crescente domanda di cure palliative, non soltanto per l'età avanzata della popolazione ma anche per l'aumento delle patologie croniche e delle forme oncologiche complesse che richiedono percorsi di presa in carico specialistica.

È dunque necessario progettare un piano organico di potenziamento degli Hospice regionali che contempli un incremento razionale dei posti letto e la distribuzione equilibrata sul territorio, in modo da ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi di fine vita e garantire continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

La rete degli Hospice in Puglia andrebbe rafforzata con misure concrete e facilmente misurabili, così che ogni persona possa accedere a cure palliative vicine al proprio territorio.

Questa proposta si fonda sul diritto riconosciuto alle cure palliative e alla terapia del *dolore* (*Legge 15 marzo 2010, n. 38*) e si armonizza con il nuovo assetto dell'assistenza territoriale previsto dal *Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77*, oltre che con gli indirizzi regionali già individuati dalla *Deliberazione della Giunta Regionale n. 504 del 19 marzo 2019*.

L'infermiere palliativista è la figura cardine: valuta il dolore e i sintomi, coordina la presa in carico, assicura la continuità con l'assistenza domiciliare e accompagna le famiglie.

Proposte operative:

1. aumentare i posti letto Hospice secondo criteri di fabbisogno demografico e di accessibilità territoriale,
2. istituire un Hospice pediatrico inserito nella rete ospeda-

liera e territoriale con un modello hub-and-spoke che individui un centro di alta specializzazione all'interno di un ospedale di riferimento regionale (ad esempio una struttura universitaria o IRCCS con reparto pediatrico e onco-ematologico dedicato) e unità di supporto territoriale distribuite nelle ASL, in modo da assicurare la continuità assistenziale domiciliare e la formazione delle équipe locali.

3. formalizzare il profilo infermieristico specializzato in cure palliative mediante percorsi di formazione, certificazione e incarichi professionali dedicati (*Legge 15 marzo 2010, n. 38⁷; D.M. 23 maggio 2022, n. 77; D.G.R. Regione Puglia n. 504/2019⁸*).

7. Telemedicina, sanità digitale

È ormai acquisito che le reti digitali e le piattaforme di teleassistenza possono favorire la presa in carico dei pazienti cronici, la sorveglianza post-operatoria, la consulenza specialistica remota e il supporto alle famiglie, svolgendo un ruolo complementare alle attività in presenza e inserendosi coerentemente negli asset previsti dal PNRR e dalla riforma dell'assistenza territoriale (*PNRR – Missione 6, interventi per le reti di prossimità e la telemedicina*).

L'adozione di un modello regionale di telemedicina richiede una progettazione che contempli sia l'infrastruttura tecnologica sia l'organizzazione dei processi clinici e la qualificazione del capitale umano.

Le risorse del PNRR dedicate alla salute e la loro ripartizione per i servizi di telemedicina (*Decreto del Ministero della Salute 28 settembre 2023*) forniscono il quadro finanziario per investimenti tecnologici, mentre il *DM 77/2022* delinea il ruolo delle Case della

⁷ Legge 15 marzo 2010, n. 38

⁸ D.G.R. Regione Puglia n. 504/2019

Comunità e delle Centrali Operative Territoriali nella rete assistenziale; la *D.G.R. n. 1564/2023 della Regione Puglia* ha inoltre programmato interventi per la digitalizzazione e il potenziamento delle competenze.

In questo contesto l'infermiere digitale deve acquisire competenze tecniche di telemonitoraggio, capacità di interpretare dati da remoto, abilità comunicative per la consulenza a distanza e conoscenze normative sul consenso informato digitale e sulla protezione dei dati.

Proposte operative:

Attivazione di corsi regionali certificati per infermieri, la sperimentazione di progetti pilota integrati con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la definizione di regole contrattuali per la remunerazione dell'attività di teleassistenza ⁹(PNRR – Missione 6; Decreto 28 settembre 2023; D.M. 23 maggio 2022, n. 77; ¹⁰ D.G.R. Regione Puglia n. 1564/2023¹¹).

8. La sanità come patto di civiltà

Per una Puglia che cura, ascolta e si prende cura

La sanità è il primo specchio della civiltà di un popolo. Non misura solo l'efficienza delle sue istituzioni, ma la **capacità collettiva di riconoscere nell'altro un valore, un diritto, una storia.**

Ogni cittadino che entra in un pronto soccorso, ogni anziano che riceve una medicazione domiciliare, ogni bambino che cresce in un reparto di pediatria vive, anche inconsapevolmente, un incontro con lo Stato. Se quell'incontro è accogliente, competente e umano, allora lo Stato esiste davvero.

⁹ PNRR – Missione 6; Decreto 28 settembre 2023;

¹⁰ D.M. 23 maggio 2022, n. 77;

¹¹ D.G.R. Regione Puglia n. 1564/2023

Se è confuso, affannato e impersonale, allora questo servizio smette di essere comunità e diventa burocrazia.

La **Puglia** ha un compito grande e una storia generosa. È una terra che ha dato alla sanità italiana menti illuminate e professionisti instancabili, ma che oggi chiede di essere ascoltata. Chiede una sanità che non lasci soli i suoi operatori, che non perda più infermieri, che non obblighi le famiglie a spostarsi per trovare una cura. Chiede una politica che torni a guardare la salute non come un costo da contenere, ma come **il più grande investimento umano e sociale**.

Un nuovo patto: tra cittadini e professionisti, tra politica e responsabilità

Il patto che proponiamo è semplice e profondo. Restituire dignità ai professionisti, sicurezza agli operatori, voce alla competenza, significa restituire fiducia ai cittadini. Ogni infermiere che lavora in serenità, ogni dirigente che pianifica con metodo, ogni docente che insegna con passione, è parte dello stesso orizzonte: **una sanità pubblica che torna ad essere bene comune, non terreno di rinunce**.

Questo patto chiama in causa la politica, che deve avere il coraggio di ascoltare e la pazienza di costruire. Chi governa la sanità non amministra soltanto risorse: custodisce la speranza delle persone, governa la fiducia, difende il diritto a non avere paura della malattia.

La Puglia possibile

Immaginiamo una Puglia dove ogni Casa della Comunità è una casa davvero: aperta, accogliente, abitata da professionisti competenti e da cittadini protagonisti della propria salute. Una regione dove le università formano con metodo e le aziende sanitarie premiano con giustizia; dove un infermiere non è solo

la prima figura che si incontra, ma la prima persona che ascolta e comprende.

Una Puglia dove chi cura non deve più giustificarsi, ma viene sostenuto, formato, riconosciuto.

Questa è la Puglia che vogliamo: **una Regione che mette al centro la persona e il sapere, la cura e la dignità, la competenza e l'amore per la vita**. Una Puglia che non accetta la rassegnazione dei numeri, ma sceglie la rivoluzione silenziosa dei gesti competenti e delle organizzazioni giuste.

La cura come atto politico

Curare è sempre un atto politico. Significa schierarsi dalla parte della fragilità, del tempo, della lentezza che serve per comprendere, della competenza che non si improvvisa. Significa dire che il cittadino non è un codice colore, ma una persona; che l'infermiere non è un costo, ma un valore; che la salute non è un favore, ma un diritto.

La Puglia, nel suo futuro, può diventare laboratorio di una **nuova alleanza fra scienza e umanità**, fra tecnologia e prossimità, fra politiche e persone. Può essere la Regione che insegna all'Italia che la cura non si misura in minuti, ma in dignità.

Perché ogni volta che un infermiere si china su un letto, spiega con pazienza, un cittadino riceve ascolto, **lo Stato si rinnova**. E quel gesto, semplice, antico, potente, diventa la più alta forma di democrazia.

Conclusione

La sanità pugliese non ha bisogno di slogan, ma di **visione e coraggio**.

Serve una politica che non inseguia il consenso, ma costruisca fiducia; che non si limiti a gestire l'urgenza, ma coltivi il futuro. Le nostre proposte non sono rivendicazioni di categoria: sono la dichiarazione di un principio civile. **Dove gli infermieri stanno bene, i cittadini guariscono meglio.** Dove la competenza è rispettata, la comunità cresce. Dove la cura è un valore condiviso, la politica ritrova il suo senso più alto: servire la vita.

Documento a cura di:

Ordine delle Professioni Infermieristiche di BARI

Indirizzo: Viale Salandra, 1/L - 70124 BARI

Telefono: 0809147070

PEC: bari@cert.ordine-opi.it

Email: segreteria@opibari.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di BAT

Indirizzo: Via M. Di Borgogna, 74 TRANI

Telefono: 0883482500

PEC: bat@cert.ordine-opi.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di BRINDISI

Indirizzo: Via Verona 4 - 72100 BRINDISI

Telefono: 0831586605

PEC: brindisi@cert.ordine-opi.it

Email: info@opibrindisi.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di FOGGIA

Indirizzo: Viale Giotto, 200 - 71122 FOGGIA

Telefono: 0881749774

PEC: opifoggia@pec.it

Email: info@opifoggia.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di LECCE

Indirizzo: Via Redipuglia, 3 – 73100 LECCE

Telefono: 0832300508

PEC: opilecce@pec.ordineinfermierilecce.it

Email: segreteria@opilecce.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di TARANTO

Indirizzo: Via Salinella 15 - 74121 TARANTO

Telefono: 0994592699

PEC: taranto@cert.ordine-opi.it

Email: info@opitaranto.it

Finito di stampare nel mese di Novembre 2025
Editrice L'Immagine s.r.l.
Z.I. Via Antichi Pastifici, 13 - Tel.080.3375034 - 70056 Molfetta (Ba)
www.editricelimmagine.it

