

Gent.mo

Dr. Giampiero FRASSANITO
Direttore Medico
P.O. Fazzi

Gent.mo

Dr. _____

Direttore U.O. _____

e.p.c. DIRETTORE GENERALE
ASL LECCE

Oggetto: segnalazione demansionamento

Il sottoscritto _____, dipendente di codesta A.S.L. con la qualifica Infermiere ed in servizio presso l'U.O.C. di _____ con la presente rappresenta quanto segue.

In data _____ alle ore _____ prendeva servizio con passaggio delle consegne dal turno precedente e rilevava che non era presente in turno nessun operatore di supporto ed ausiliario, con tutte le conseguenze che ne potevano scaturire.

Nonostante la grave situazione di disagio lavorativo creatasi, lo scrivente garantiva la copertura del turno adoperandosi non solo per le proprie competenze, ma supplendo anche alla mancata presenza di personale di supporto.

Con quanto sopra rappresentato si chiede alle SS.VV. di prendere atto della situazione e si possa, ognuno per le proprie responsabilità e competenze, evitare la dequalificazione ed il demansionamento del sottoscritto e le migliori risposte assistenziali e domestico-alberghiere.

A tutela della mia dignità e professionalità, declino qualsiasi responsabilità per i disservizi che dovessero verificarsi e richiederò per iscritto gli ordini di servizio che dovessi ritenere necessario per documentare tale stato di cose ed agire per i danni subiti e subendi.

Il sottoscritto ha sempre collaborato a compensare le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione e nell'interesse degli assistiti e dell'azienda, ma intende sollecitare alle SS.VV. ogni utile contributo al fine di ricreare la situazione più favorevole a fronte di carenze e disservizi che non devono ricadere continuamente sugli Infermieri e sugli assistiti.

Il demansionamento limita la qualità delle cure e il decoro dell'esercizio professionale nonché pone in serio pericolo la continuità assistenziale

LECCE _____

Firma _____