

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 30, CO 6 E 20, CO 1 E 2 ACN 31/03/2021.**

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest pubblica il presente avviso per il conferimento delle seguenti ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ai sensi di quanto previsto dagli artt. 30, co. 6 e. 20, co 1 e 2 ACN/2021:

<b>TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO</b>					
<b>Branca Specialistica/ Area professionale</b>	<b>Ambito Territoriale</b>	<b>Codice da riportare in oggetto nella domanda</b>	<b>Orario settimanale</b>	<b>Sede di servizio</b>	<b>Con accertamento di particolari capacità professionali</b>
<b>Cardiologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ081</b>	38 ore settimanali	Zona Valli Etrusche Presidio Ospedaliero Piombino	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
<b>Cardiologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ082</b>	38 ore settimanali	Zone Livornese e Valli Etrusche Presidi Ospedalieri Livorno e Cecina	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
<b>Cardiologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ083</b>	38 ore settimanali	Zona Elba Presidio Ospedaliero Portoferraio	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
<b>Cardiologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ084</b>	19 ore settimanali	Zona Pisana	Prime visite e controlli
<b>Chirurgia Generale</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ09</b>	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Portoferraio	
<b>Dermatologia</b>	<b>Versilia</b>	<b>CZ151</b>	38 ore settimanali	UOC Dermatologia Versilia	
<b>Dermatologia</b>	<b>Versilia</b>	<b>CZ15</b>	6 ore settimanali	UOC Dermatologia Versilia	
<b>Dermatologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ152</b>	24 ore settimanali	Uo Dermatologia Piana di Lucca e Valle del Serchio	
<b>Dermatologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ153</b>	13 ore settimanali	Uo Dermatologia Piana di Lucca	
<b>Diabetologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ16</b>	6 ore settimanali	Volterra	Per attivazione PDTA e integrazione livelli di cura con MMG
<b>Endocrinologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ18</b>	10 ore settimanali	Zona Valle del Serchio (parte delle ore su Barga)	Per esecuzione agoaspirati e ecografie tiroide
<b>Geriatria</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ251</b>	30 ore settimanali	Zona Valli Etrusche prevista copertura ambulatori Rosignano, Val di Fine e San Vincenzo	
<b>Geriatria</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ252</b>	20 ore settimanali	Elba	
<b>Nefrologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ381</b>	38 ore settimanali	Zona Piana di Lucca Presidio Ospedaliero San Luca	
<b>Nefrologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ382</b>	38 ore settimanali	Zona Livornese Presidio Ospedaliero Livorno	
<b>Neurologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ421</b>	4 ore settimanali	Zona Valdera	
<b>Neurologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ422</b>	13 ore settimanali	Zona Livornese Presidio Ospedaliero Livorno	

<b>Neurologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ423</b>	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Livorno Uo Neurologia Livorno	Attività ospedaliera comprensiva di turni notturni, festivi e reperibilità
<b>Neurologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ424</b>	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Livorno Uo Neurologia Livorno	Attività ospedaliera comprensiva di turni notturni, festivi e reperibilità
<b>Neurologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ425</b>	38 ore settimanali	Presidi Ospedalieri Cecina Piombino Elba Uos Neurologia Cecina Piombino Elba	Attività ospedaliera comprensiva di turni notturni, festivi e reperibilità
<b>Oculistica</b>	<b>2 Livorno</b>	<b>CZ451</b>	38 ore settimanali	UO Oculistica Livorno (n. 1 turno Livorno, 1 turno Valli Etrusche-Elba)	Esperienza ed autonomia nell'esecuzione di interventi chirurgici del tratto anteriore Prevista attività ospedaliera ed ambulatoriale e chirurgica con turni di PD, notturni e festivi
<b>Oculistica</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CZ452</b>	18 ore settimanali	UO Oculistica Apuane	
<b>Oculistica</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CZ453</b>	33 ore settimanali	UO Oculistica Apuane	
<b>Oculistica</b>	<b>Versilia</b>	<b>CZ454</b>	10 ore settimanali	Zona e Presidio Ospedaliero Versilia	Capacità nell'esecuzione di esami, pratiche strumentali e chirurgiche di primo soccorso
<b>Oculistica</b>	<b>Versilia</b>	<b>CZ455</b>	30 ore settimanali	Zona e Presidio Ospedaliero Versilia	Capacità nell'esecuzione di esami, pratiche strumentali e chirurgiche di primo soccorso
<b>Ortopedia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ49</b>	38 ore settimanali	Zona Alta Val di Cecina Valdera	Prime viste, controlli e urgenze
<b>Odontoiatria</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ461</b>	10 ore settimanali	Zona Pisana martedì 13,30-18,30 venerdì 8,00-13,00	Special Needs
<b>Odontoiatria</b>	<b>Lucca</b>	<b>CZ462</b>	19 ore settimanali	Zona Piana di Lucca Cittadella della Salute	Special Needs Trattamento pazienti complessi in chirurgia di 2° livello e in anestesia generale pronto soccorso pediatrico
<b>Odontoiatria</b>	<b>Versilia</b>	<b>CZ463</b>	15 ore settimanali	Mercoledì 7,30-12,30 Pietrasanta venerdì 7,30-13,30 e sabato 7,30-11,30 Camaiore	
<b>Odontoiatria</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ464</b>	6 ore settimanali	Piombino	Ortodonzia e pedodontia
<b>Ostetricia e ginecologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CZ501</b>	24 ore settimanali	Zona Valli Etrusche – UF Consultorio	
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CZ502</b>	26 ore settimanali	7 ore per UF Consultorio Alta Val di Cecina 19 ore UF Consultorio Valdera	

Ostetricia e Ginecologia	Pisa	CZ503	38 ore settimanali	UF Consultorio Pisa	Percorso nascita; gestione e presa in carico gravidanze a rischio, percorso contraccezione, pratica contraccezione intrauterina e sottocutanea, percorso giovani, consultori e scuole e consultorio migranti e popolazione fragile, IVG, esperienza ecografica
Ostetricia e Ginecologia	Massa Carrara	CZ504	38 ore settimanali	UF Consultoriale Lunigiana	
Psichiatria	Massa Carrara	CZ551	38 ore settimanali	UF Ser. D Zona Apuane	Orario previsto: Lunedì, mercoledì e venerdì 7:30-14:00 Martedì e Giovedì 8:00-14:00 14:30-17:30
Psichiatria	Pisa	CZ552	38 ore settimanali	REMS Volterra	
Psichiatria	Pisa	CZ553	38 ore settimanali	Salute Mentale Adulti	
Psicologia	Pisa	CZ691	4,5 ore settimanali	Carcere Volterra	
Psicologia	Massa Carrara	CZ692	28 ore settimanali	UF Attività Consultoriali	Richiesti almeno due turni pomeridiani
Psicologia	Massa Carrara	CZ693	12 ore settimanali	Zona Apuane Uo Riabilitazione Funzionale (6 ore su Massa e 6 ore su Carrara)	Neuropsicologia e Psicofisiologia Clinica Valutazione e supporto pazienti e familiari, trattamento casi complessi (DM77)
Psicologia	Massa Carrara	CZ694	38 ore settimanali	Zona Lunigiana UF Consultoriale	Orario su mattino e pomeriggio
Psicologia	Massa Carrara	CZ695	20 ore settimanali	Zona Lunigiana Uo Salute Mentale	Comunità Terapeutica SRP1 Tiziano di Aulla (pazienti psichiatrici e autori di reato in carico alla Salute Mentale)
Psicologia	Pisa	CZ696	19 ore settimanali	Zona Valdera UOC Psicologia Continuità Ospedale Territorio	Competenza nella diagnosi e nell'intervento del paziente ospedalizzato e con malattia cronica nel percorso clinico assistenziale in raccordo ospedale territorio; competenza nella valutazione neuropsicologica: ambito malattie degenerative, stroke, problematiche evolutive, lesioni cerebrali traumatiche.”
Psicologia	Livorno	CZ697	8 ore settimanali	Presidio Sanitario Carcere Portoazzurro	

**Possono partecipare esclusivamente gli specialisti ambulatoriali, titolari presso l'Azienda Usl Toscana Nordovest di incarico a tempo indeterminato nelle branche indicate. Alla mobilità verso le zone sopra indicate con turni vacanti possono accedere coloro che abbiano presentato domanda di mobilità nel mese di gennaio del corrente anno. Al completamento orario, ex art. 20, co. 1 possono accedere esclusivamente gli specialisti/professionisti ambulatoriali con immediata capienza di orario (non massimalisti). Nel caso in cui per il turno vacante sia richiesto il possesso di specifiche capacità professionali, si potrà procedere al completamento orario esclusivamente per gli specialisti/professionisti ambulatoriali, che avendo già precedentemente superato, in Azienda, una procedura selettiva per l'accertamento delle**

medesime specifiche capacità professionali, abbiano necessità di incrementare il proprio monte orario.

Gli altri candidati interessati potranno partecipare alla procedura selettiva da effettuarsi a seguito di ordinaria pubblicazione.

Si ricorda che i turni vacanti di cui sopra, saranno assegnati nell'ambito delle disponibilità pervenute secondo i seguenti criteri:

- per la mobilità secondo la maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato;
- per il completamento orario con priorità a coloro che esercitano la propria attività professionale nell'ambito territoriale (provinciale) in cui è segnalata la carenza e secondo i seguenti criteri: maggiore anzianità di incarico, in subordine maggior numero di ore in incarico possedute, anzianità di specializzazione, minore età.

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, co.1 e 2 dell'ACN/2021, allo specialista che rinunci al completamento, se assegnato allo stesso ambito provinciale presso il quale risultino le ore vacanti, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa azienda per il periodo corrispondente ai due turni successivi di pubblicazione rispetto a quello nel quale saranno pubblicate le ore vacanti proposte.

La mancata ed esplicita comunicazione di accettazione, effettuata secondo le modalità indicate, è considerata rinuncia.

Sono inoltre applicate le conseguenze di cui all'art. 45, co. 8 ACN/2021 e all'art. 4 AIR/2021.

Gli interessati **devono far pervenire la propria candidatura**, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata, di documento di identità, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest entro il termine perentorio di:

**lunedì 11 dicembre**

Le domande devono essere inviate **entro le ore 23:00** del termine di scadenza tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) – intestata al candidato – *esclusivamente in un unico file formato PDF* – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

**[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)**

N.B. si sottolinea l'importanza di specificare il codice identificativo del turno, riportato nel prospetto di cui sopra, nell'oggetto della domanda e in particolare nell'oggetto del messaggio di trasmissione di posta elettronica certificata: l'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente dalla mancata o errata indicazione del codice di riferimento, ovvero da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili all'amministrazione stessa.

L'Amministrazione provvederà ad una valutazione delle domande pervenute applicando le regole disposte dall'ACN/2021 e AIR RT 2021.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente ed in particolare da quanto previsto dagli accordi, nazionali e regionali degli specialisti ambulatoriali.

01/12/2023

Direttore  
Uoc Acquisizione Risorse Da Convenzioni  
Uniche Nazionali  
Dr. Emilio Carlo Di Spigno



All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest  
[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

Oggetto: disponibilità' completamento orario; codice turno: \_\_\_\_\_,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ex applicazione art. 20 ACN/2020 nella branca di \_\_\_\_\_;  
ambito territoriale: \_\_\_\_\_;  
zona/sede di servizio: \_\_\_\_\_.

Nello specifico dichiara di accettare la proposta di completamento orario, dichiarandosi disponibile all'acquisizione dei seguenti turni:

n. ore:.....Zona:.....

n. ore:.....Zona:.....

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritieri:**

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:

presso .....per n. ore .....dal .....presso .....  
.....per n. ore .....dal .....

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

**UOC  
ACQUISIZIONE  
RISORSE DA  
CONVENZIONI  
UNICHE  
NAZIONALI**

**Allega copia di un valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ (Tel. \_\_\_\_\_)  
Pec \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest  
[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

Oggetto: conferma mobilità Art. 30ACN/2021; codice turno: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ conferma la propria disponibilità alla mobilità verso l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_; sede di servizio: \_\_\_\_\_

Nello specifico chiede di trasferire le seguenti ore:

n. ore:..... da ambito:..... Zona/Sede:.....

(indicare anche giorni e orari) .....

a ambito:..... Zona/Sede:.....

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritieri:**

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:

presso .....per n. ore .....dal .....

presso .....per n. ore .....dal .....

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

**Allega copia di un valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ (Tel. \_\_\_\_\_)

Pec \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_