

**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 DELL'ARTICO 20, CO 1 E 2 ACN/2024.**

**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 dall'20, co. 1 e 2 ACN/2024:**

TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO					
Branca Specialistica/ Area professionale	Ambito Territoriale	Codice da riportare in oggetto nella domanda	Orario settimanale	Sede di servizio	Note/ Previsione di accertamento di particolari capacità professionali
Cardiologia	Massa Carrara	CO081	3 ore settimanali	Zona Lunigiana Aulla mercoledì 14:30-17:30	
Cardiologia	Pisa	CO082	36 ore settimanali	Presidio Ospedaliero Pontedera	Capacità nella esecuzione di ecocardiografie
Cardiologia	Livorno	CO083	38 ore settimanali	Zona Elba Presidio Ospedaliero Portoferraio	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
Cardiologia	Livorno	CO084	38 ore settimanali	Zona Valli Etrusche Presidi ospedalieri di Cecina e/o Piombino	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
Cardiologia	Livorno	CO085	38 ore settimanali	Zona Livornese	
Cardiologia	Lucca	CO087	38 ore settimanali	Presidio Ospedaliero San Luca	Attività ospedaliera
Cardiologia	Massa Carrara	CO086	38 ore settimanali	UOC Medicina Pontremoli	Prevista copertura di turni in reparto e pronta disponibilità
Dermatologia	Pisa	CO151	15 ore settimanali	Zona Alta Val di Cecina (11h Volterra e 4h Larderello)	
Dermatologia	Lucca	CO152	20 ore settimanali	UOC Dermatologia Piana di Lucca	
Dermatologia	Lucca	CO153	18 ore settimanali	UOC Dermatologia Valle del Serchio	
Neurologia	Livorno	CO421	38 ore settimanali	PP.OO. Cecina, Piombino e Portoferraio	
Neurologia	Lucca	CO422	12 ore settimanali	Zona Valle del Serchio	Capacità nell'esecuzione di elettromiografie
Oculistica	Massa Carrara	CO451	30 ore settimanali	Uo Oculistica Apuane e Lunigiana	
Oculistica	Livorno	CO452	38 ore settimanali ciascuno	UO Oculistica Livorno (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
Oculistica	Livorno	CO453	9 ore settimanali	Zona Valli etrusche Distretto di Rosignano martedì	
Oculistica	Livorno	CO454	20 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	
Oculistica	Lucca	CO455	20 ore settimanali	Zona Piana di Lucca 4 ore Zona Valle del Serchio 16 ore	

<b>Odontoiatria</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CO461</b>	10 ore settimanali	Casa di Reclusione Massa lunedì 8-13; 13.30-18.30	Prevista attività conservativa, endodonzia, chirurgia ambulatoriale, trattamento urgenze
<b>Odontoiatria</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CO462</b>	5 ore settimanali	Zona Apuane Distretto Massa Centro Venerdì 7:30- 12:30	Prevista attività conservativa, endodonzia, chirurgia ambulatoriale, trattamento urgenze
<b>Odontoiatria</b>	<b>Lucca</b>	<b>CO463</b>	5 ore settimanali	Zona Valle del Serchio mercoledì 8:00-13:00	
<b>Odontoiatria</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO464</b>	6 ore settimanali	Portoferraio giovedì 8:00-14:00	Prevista attività conservativa, endodonzia, chirurgia ambulatoriale, trattamento urgenze
<b>Odontoiatria</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CO465</b>	5 ore settimanali	Zona Apuane Distretto di Avenza	Ortodonzia e odontoiatria pediatrica
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CO501</b>	32 ore settimanali	UF Consultorio Valdera	Percorso nascita; gestione e presa in carico gravidanze a rischio, percorso contraccezione, pratica contraccezione intrauterina e sottocutanee, percorso giovani, consultori e scuole e consultorio migranti e popolazione fragile, IVG, esperienza ecografica
<b>Ostetricia e ginecologia</b>	<b>Massa Carrara</b>	<b>CO502</b>	15 ore settimanali	Zona Apuane UF Consultorio	Richieste competenze di base cliniche ed ecografiche (biometria e flussimetria) in ambito di gravidanza a rischio; competenze di refertazione ecografie ginecologiche; esperienza in inserimento IUD e posizionamento Nexplanon
<b>Psichiatria in subordine Farmacologia e Tossicologia Clinica</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO551</b>	20 ore settimanali	Ser.D Elba martedì, mercoledì e giovedì	Finalizzato al rispetto del percorso assistenziale e mantenimento dei livelli di assistenza sul territorio e presso la casa di reclusione di Porto Azzurro
<b>Psichiatria</b>	<b>Pisa</b>	<b>CO552</b>	20 ore settimanali	UF Ser.D Volterra	
<b>Psichiatria</b>	<b>Pisa</b>	<b>CO553</b>	16 ore settimanali	UF SMA Valdera lunedì mattina, mercoledì pomeriggio, venerdì mattina	
<b>Psichiatria</b>	<b>Massa</b>	<b>CO554</b>	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
<b>Psicologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO691</b>	6 ore settimanali	Zona Elba UF Consultorio ore da effettuarsi in unica giornata (sabato escluso)	Richiesta esperienza in ambito consultoriale su valutazioni delle competenze genitoriali, sostegno alla genitorialità, richieste dall'Autorità giudiziaria, relazioni per i Tribunali; esperienza nei percorsi per lo sviluppo psicologico; Esperienza acquisita in strutture pubbliche (Centri Famiglie) per supporto a problematiche di coppia e affiancamento nella relazione genitori/figli

<b>Psicologia</b>	<b>Massa</b>	<b>CO692</b>	9 ore settimanali	UOC Psicologia aziendale e salute Organizzativa	Richiesta documentata esperienza nell'attività di psicologia per il benessere organizzativo e competenze nella valutazione del rischio stress lavoro correlato e contesti di aggressione
<b>Psicologia</b>	<b>Livorno</b>	<b>CO693</b>	6 ore settimanali	UOC Psicologia aziendale e salute Organizzativa	Richiesta documentata esperienza nell'attività di psicologia per il benessere organizzativo e competenze nella valutazione del rischio stress lavoro correlato e contesti di aggressione
<b>Psicologia</b>	<b>Lucca</b>	<b>CO694</b>	15 ore settimanali	UF. Ser.D Gallicano	
<b>Reumatologia</b>	<b>Pisa</b>	<b>CO60</b>	6 ore settimanali	Volterra	Comprovata esperienza formativa nel campo delle dipendenze patologiche

**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 presso la stessa azienda). 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:**

**1) domande di mobilità graduate secondo la maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato; maggior numero di ore e maggiore età;**

**2) domande di completamento orario nella medesima branca o area professionale a bando secondo la maggiore anzianità di incarico, e in subordine la maggior anzianità di specializzazione e la minore età.**

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20 dell'ACN/2024, 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/2024.

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

**10 GIUGNO 2025**

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/2024.

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.

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: CODICE TURNO COMPLETAMENTO ORARIO .....**

**(N.B. Inserire quale oggetto esclusivamente il codice identificativo del turno senza spazi; per ciascuna domanda è consentito inserire un solo codice)**

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/2024 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 .....

**UOC ACQUISIZIONE RISORSE DA CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI**

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 \_\_\_\_\_

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest  
**direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it**

**Oggetto: CODICE TURNO MOBILITA'** .....

**(N.B. Inserire quale oggetto esclusivamente il codice identificativo del turno senza spazi; per ciascuna domanda è consentito inserire un solo codice)**

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 \_\_\_\_\_