

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'ARTICOLO 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'art. 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	Pisa	CO081	38 ore settimanali	Bientina – Pontedera PO Pontedera	Capacità nella esecuzione di ecodoppler cardiaco
Cardiologia	Livorno	CO082	38 ore settimanali	Zona Elba Presidio Ospedaliero Portoferraio	Prevista attività sia territoriale che ospedaliera
Chirurgia plastica o Chirurgia generale	Lucca	CO09	18 ore settimanali	Ambulatorio ferite difficili Lucca	
Dermatologia	Lucca	CO153	20 ore settimanali	UOC Dermatologia Piana di Lucca	
Dermatologia	Lucca	CO154	18 ore settimanali	UOC Dermatologia Valle del Serchio	
Dermatologia	Massa	CO155	28 ore settimanali	Zona Apuane	
Dermatologia	Versilia	CO155	6 ore settimanali	Zona Versilia	
Geriatria	Livorno	CO25	38 ore settimanali	UOC Medicina Generale Portoferraio	Attività ambulatoriale per interni ed esterni, attività di reparto compresi turni notturni e festivi e Pronte disponibilità
Medicina dello Sport	Massa Carrara	CO32	10 ore settimanali	UOS Medicina dello Sport Massa	Competenza cardiologica nella medicina dello sport; previste esecuzione visite per rilascio idoneità agonistica
Neuropsichiatria Infantile	Versilia	CO43	18 ore settimanali	UF Salute mentale Infanzia Adolescenza Versilia	
Oculistica	Massa Carrara	CO451	30 ore settimanali	Uo Oculistica Apuane e Lunigiana	
Oculistica	Livorno	CO452	38 ore settimanali	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	29 ore settimanali	Zona Valli etrusche Presidio ospedaliero, Zona Valli etrusche e Distretto di Rosignano martedì	
Oculistica	Lucca	CO454	20 ore settimanali	Zona Piana di Lucca 4 ore Zona Valle del Serchio 16 ore	

Oculistica	Pisa	CO455	38 ore settimanali	Zona Pisana e Zona Valdera	
Ostetricia e Ginecologia	Massa	CO501	17 ore settimanali	UF Consultorio Lunigiana	
Ostetricia e Ginecologia	Lucca	CO502	18 ore settimanali	UF Consultorio Piana di Lucca mercoledì e venerdì 8:00-13:30 14:00-17:30	Gestione presa in carico gravidanze a rischio, pratica contracccezione intrauterina e sottocutanea, esperienza ecografica e percorso pre e post L. 194
Ostetricia e Ginecologia	Livorno	CO503	20 ore settimanali	UF Consultorio Livorno (Livorno e Collesalveti) mercoledì e venerdì 8:00-13:30 14:00-17:30	
Ortopedia	Livorno	CO49	5 ore settimanali	Zona Valli Etrusche	
Pediatria	Pisa	CO53	19,5 ore settimanali	Zona Pisa	
Pneumologia	Livorno	CO54	38 ore settimanali	UOC Medicina Generale Elba	Prevista attività specialistica per interni ed esterni, guardia festiva e notturna e pronta disponibilità
Psichiatria	Livorno	CO551	27 ore settimanali	SER.D Livorno e Presidio penitenziario di Livorno e Gorgona	Esperienza in medicina penitenziaria
Psichiatria in subordine Farmacologia e Tossicologia Clinica	Livorno	CO552	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
Psichiatria in subordine Farmacologia e Tossicologia Clinica	Livorno	CO553	14 ore settimanali	Ser.D Valli Etrusche	
Psichiatria	Pisa	CO554	20 ore settimanali	Ser.D Volterra	
Psicologia	Versilia	CO691	4 ore settimanali	UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale Versilia	Specializzazione in neuropsicologia dimostrate competenze relative allo studio delle funzioni cognitive superiori in condizioni patologiche, specificatamente nell'ambito di un percorso riabilitativo ospedaliero quando il contributo del neuropsicologo all'interno dell'équipe multiprofessionale determina maggior efficacia ed efficienza diagnostico-terapeutica.

Psicologia	Versilia	CO692	38 ore settimanali	UF Salute Mentale Infanzia Adolescenza Versilia	Capacità ed esperienza nell'ambito della diagnosi e del trattamento dei pazienti in età evolutiva, nella diagnosi e presa in carico di pazienti con disturbi comportamentali (pazienti con diagnosi di Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbi della Condotta con conoscenza di specifiche tecniche di presa in carico, es. Coping Power e conduzione di gruppi con genitori) e psicopatologici, nella presa in carico di minori con o senza disabilità (mentale o cognitiva) in situazioni di disagio sociale, nella presa in carico precoce di minori con Disturbi del Neurosviluppo con particolare riferimento al Disturbo dello Spettro Autistico (con conoscenze di tecniche di parent coaching) e comprovata esperienza lavorativa presso Servizi UFSMIA, almeno triennale.
Psicologia	Lucca	CO693	7 ore settimanali	UF Salute Mentale Infanzia Adolescenza Valle del Serchio	Comprovata esperienza nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi dell'età evolutiva e nello specifico dei disturbi del neurosviluppo e nella psicopatologia dell'adolescenza
Psicologia	Massa	CO694	4 ore settimanali	UF Cure Palliative Lunigiana	Richiesta formazione psicologica specifica entro le Cure palliative e Terapia del dolore ed esperienza lavorativa documentata a supporto psicologico del fine vita svolta anche a domicilio

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 **corredata, di documento di identità**, all'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest entro il termine perentorio del

10 DICEMBRE 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

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

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 veritiere:**

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

pressoper n. oredalpresso
.....per n. oredal

**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 _____

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 veritiere:**

di essere titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato come di seguito specificato:
pressoper n. oredal
pressoper n. oredal

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 _____