

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/2026.

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/2026:

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	Lucca	CO08	23 ore settimanali	UOC Cardiologia Lucca	
Dermatologia	Lucca	CO151	20 ore settimanali	UOC Dermatologia Piana di Lucca	
Dermatologia	Lucca	CO152	18 ore settimanali	UOC Dermatologia Valle del Serchio	
Dermatologia	Livorno	CO153	6 ore settimanali	Zona Livornese	
Dermatologia	Massa	CO154	28 ore settimanali	Zona Apuane	
Dermatologia	Massa	CO155	5 ore settimanali	Zona Apuane Massa centro	
Dermatologia	Versilia	CO156	6 ore settimanali	Zona Versilia	
Ginecologia e ostetricia	Livorno	CO501	3 ore settimanali	UF Consultoriale Valli Etrusche	
Ginecologia e ostetricia	Livorno	CO502	24 ore settimanali	UF Consultorio Elba	
Ginecologia e ostetricia	Livorno	CO503	6 ore settimanali	UF Consultorio Elba	
Ginecologia e ostetricia	Massa	CO504	17 ore settimanali	UF Consultorio Lunigiana	
Ginecologia e ostetricia	Massa	CO505	14,5 ore settimanali	UF Consultorio Lunigiana	
Ginecologia e ostetricia	Pisa	CO506	32 ore settimanali	UF Consultorio Valdera	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
Medicina dello Sport	Massa Carrara	CO32	6 ore settimanali	Medicina dello Sport Avenza giovedì 8:45-15:45	Competenze cardiologiche in ambito medicina dello Sport
Neurologia	Livorno	CO421	20 ore settimanali	UOS Neurologia Cecina, Piombino Elba (sede PO Portoferraio)	
Oculistica	Lucca	CO451	38 ore settimanali	Zona Piana di Lucca e Zona Valle del Serchio (compresa area Garfagnana)	Autonomia in diagnostica oftalmica di secondo livello (oct, fluorangiografia, ecografia) Avviamento alla chirurgia del segmento anteriore (chirurgia della cataratta e della superficie oculare) Autonomia nella diagnosi e cura delle urgenze oculistiche

Oculistica	Massa Carrara	CO452	30 ore settimanali	Uo Oculistica Apuane e Lunigiana	
Oculistica	Massa Carrara	CO453	25 ore settimanali	UOC Oculistica Apuane	
Oculistica	Massa Carrara	CO454	16 ore settimanali	UOC Oculistica Apuane	
Oculistica	Livorno	CO455	29 ore settimanali	UOC Oculistica Presidi ospedalieri Zone Valli etrusche ed Elba	Prevista Pronta Disponibilità
Oculistica	Livorno	CO456	38 ore settimanali	Zona Livornese (17 h) e Presidio Ospedaliero di Livorno (21 h)	Esperienza chirurgica nei trattamenti con farmaci intravitreali; gestione visite ambulatoriali, di pronto soccorso; previste pronte disponibilità notturne e festive in contesto ospedaliero
Odontoiatria	Massa Carrara	CO461	10 ore settimanali	Distretto Bassa Tambura lunedì e venerdì 14:00-19:00	Prevista attività conservativa, estrazioni, endodonzia, chirurgia ambulatoriale e ospedaliera
Odontoiatria	Livorno	CO462	6 ore settimanali	Distretto Perticale Piombino mercoledì 13:00-19:00	Prevista attività conservativa, estrazioni, endodonzia, chirurgia ambulatoriale e ospedaliera e protesi (3 ore)
Psichiatria in subordine Farmacologia e Tossicologia Clinica	Livorno	CO551	14 ore settimanali	Ser.D Valli Etrusche	
Psichiatria	Livorno	CO552	18 ore settimanali	Presidio Carcerario Le Sughere	
Psichiatria	Livorno	CO553	9,5 ore settimanali	SerD Livorno e Presidio carcerario le Sughere	
Psicologia per professionisti	Livorno/Pisa	CO691	4 ore settimanali	Dipartimento Riabilitazione Sud (orario 14:00-16:00)	Supporto psicologico per persone con esiti di danno centrale e loro caregiver e con esperienza ad adattare i metodi clinici alle persone con alterazione delle funzioni cognitive e relazionale
Psicologia per professionisti	Lucca	CO692	18 ore settimanali	UFSMIA Valle del Serchio	1)comprovata esperienza formativa e lavorativa nei disturbi del neurosviluppo con particolare riferimento ai Disturbi specifici di apprendimento e all'adhd . 2)comprovata esperienza nei servizi di neuropsichiatria infantile
Psicologia per professionisti	Lucca	CO693	7 ore settimanali	UF Cure Primarie Valle del Serchio	Competenze nella diagnosi e nell'intervento sul paziente ospedalizzato e con malattia cronica nel percorso assistenziale in raccordo con ospedale territorio; competenze nella valutazione neuropsicologica ambiti malattie degenerative, stoke, problematiche evolutive, lesioni cerebrali traumatiche
Psicologia per professionisti	Massa Carrara	CO694	24 ore settimanali	UF SMIA Apuane	Competenze nel lavoro clinico con i bambini e conoscenze di psicopatologia dello sviluppo; capacità di lavorare in stretta collaborazione con neuropsichiatri infantili
Psicologia	Versilia	CO695	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.

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/2026, 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/2026.

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 SETTEMBRE 2026

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/2026.

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/2026 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 _____