



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 10 SET. 2019

Protocollo N° 380664

Class: C01

Prat.

Fasc.

Allegati N° vari

Oggetto: Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata Anno 2019 (ai sensi degli artt. 12 e 12 bis del D. Lgs. 502/92 e smi.).

Ai Direttori Generali  
delle Aziende ULSS del Veneto

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera  
Universitaria Integrata di Verona

Al Direttore Generale  
di Azienda Zero

e, p.c. Al Direttore Generale  
dell'IRCCS - IOV

Al Direttore Generale  
dell'IRCCS Fondazione Ospedale S. Camillo

Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi di Padova

Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi di Verona

LORO SEDE

Si informa che il Ministero della Salute in data 09.09.2019 ha pubblicato il Bando Ricerca Finalizzata 2019 (relativo agli anni finanziari 2018-2019) rivolto agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale. Il Bando è scaricabile dal sito del Ministero della Salute [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) nonché dal sito della Regione Veneto <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/ricerca-ministeriale1>.

La procedura di presentazione dei progetti di ricerca, che deve avvenire tramite l'utilizzo dell'applicazione *Workflow della ricerca* all'indirizzo <http://ricerca.cbim.it>, si svolge in fasi distinte a decorrere dal giorno **16 settembre 2019**.

Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie  
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia - Tel. 041 279 – 3559  
e-mail: [relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



Il Bando prevede, come per la precedente edizione, 5 tipologie progettuali nell'ambito delle quali possono essere presentati sia progetti theory enhancing sia progetti change promoting:

SEZIONE A: Progetti ordinari di ricerca finalizzata (RF);

SEZIONE B: Progetti cofinanziati (CO);

SEZIONE C: Progetti ordinari presentati da giovani ricercatori (GR);

SEZIONE D: Progetti "starting grant" (SG);

SEZIONE E: Programmi di Rete (NET).

Al fine di favorire la partecipazione al Bando è importante che le Aziende in indirizzo pongano in essere ogni utile iniziativa volta ad assicurare il coordinamento delle attività e una adeguata informazione, nonché il necessario supporto tecnico-amministrativo, ai ricercatori con l'obiettivo di incentivare la presentazione di proposte progettuali di alto livello qualitativo e conformi ai requisiti del Bando.

Nello specifico, considerata la procedura competitiva, è importante che i ricercatori prestino la dovuta attenzione sia ai contenuti scientifici e innovativi della proposta progettuale sia alla puntuale individuazione delle Unità Operative e definizione del gruppo di ricerca, alle modalità di accreditamento (come Principal Investigator e/o come collaboratore), alla completezza delle informazioni e della documentazione richieste dal Bando, alla congruità e conformità del budget (anche con riferimento alle previsioni di spesa per estensione/attivazione contratti ricercatori), tutti elementi che costituiscono indicatori di qualità del progetto e che diventano significativi ai fini della valutazione finale.

Si invita, pertanto, ad una attenta lettura del Bando in tutte le sue parti nonché delle FAQ relative alle richieste di chiarimenti (disponibili su Workflow della Ricerca <http://ricerca.cbim.it>) che saranno aggiornate periodicamente dal Ministero richiamando, altresì, l'attenzione sulle scadenze e sulle istruzioni operative in particolare per l'accREDITamento e l'inserimento dei dati di progetto nell'applicazione web.

La Regione, in qualità di Destinatario Istituzionale, procederà alla validazione dei progetti delle Sezioni A, B, C, D, secondo quanto previsto al punto 3. di ciascuna Sezione del Bando. A tal fine sono stati predisposti dei modelli di dichiarazione da trasmettere all'Area Sanità e Sociale - Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie - indirizzo PEC [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) entro la data del **21.10.2019**. Entro la stessa data dovrà essere trasmessa la lettera di endorsement per i Programmi di Rete di cui alla Sezione E.

Con l'intento di agevolare i ricercatori sono stati predisposti, altresì, i modelli di **dichiarazione da allegare obbligatoriamente al Progetto** nell'applicazione *Workflow* nelle seguenti specifiche ipotesi:

- **Progetti Sezioni A, B** nel caso in cui il P.I. abbia un rapporto di lavoro con il SSR in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del Progetto al Ministero;
- **Progetti Sezione B** - dichiarazione impegno a cofinanziare il progetto;
- **Progetti Sezione C** nel caso in cui il P.I. sia privo di un rapporto di lavoro con la struttura del SSN oppure abbia un rapporto in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del Progetto al Ministero;
- **Progetti Sezione C** nel caso in cui il Responsabile UO/Collaboratore sia privo di un rapporto di lavoro con la struttura dove dovrà svolgersi il progetto oppure abbiano un rapporto in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del Progetto al Ministero.

Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie  
Palazzo Molin - S. Polo, 2513 - 30123 Venezia - Tel. 041 279 - 3559  
- e-mail: [relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



Si rammenta che:

- dal giorno **16.09.2019** al giorno **30.09.2019** - ore 17.00 - sarà possibile l'accreditamento dei ricercatori come Principal Investigator Progetto/Work package e come collaboratore;
- dal giorno **16.09.2019** al giorno **21.10.2019** - ore 17.00 - il ricercatore proponente dovrà inserire il progetto/programma completo nel sistema workflow ricerca;
- dal giorno **21.10.2019** al giorno **30.10.2019** - ore 17.00 - il ricercatore potrà correggere eventuali errori materiali.

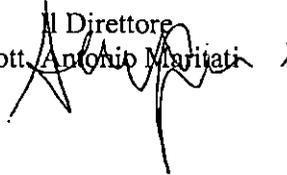
Tutta la modulistica viene resa disponibile sul sito della Regione Veneto all'indirizzo sopra richiamato a partire dalla data della presente nota.

Si chiede, infine, di dare la più ampia diffusione del Bando di ricerca in argomento ai ricercatori operanti presso le Aziende e strutture sanitarie e si segnalano, per informazioni e chiarimenti, i seguenti nominativi:

*Stefania Marigo*  
*Ludovico Boemo*  
e-mail

tel. 041-2793591  
tel. 041-2793551  
[relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore  
Dott. Antonio Mariati )  


Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie  
Palazzo Molin - S. Polo, 2513 - 30123 Venezia - Tel. 041 279 - 3559  
e-mail: [relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW RICERCA

## PROGETTI SEZIONE A – B

**Principal Investigator con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al Ministero (27 novembre 2019)**

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

Al Ministero della Salute  
 Direzione Generale della Ricerca  
 e dell'Innovazione in Sanità  
**DA INSERIRE IN WORKFLOW RICERCA**

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico e amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Principal Investigator (PI) del progetto in oggetto afferisce all'Azienda ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (specificare tipologia, qualifica);

- certifica che il Principal Investigator presso l'Azienda svolge attività lavorativa:

- per almeno 30 ore a settimana;
- per almeno 16 ore a settimana (nel caso di universitari convenzionati);

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza il \_\_\_\_\_ l'Azienda si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato, a estendere la durata del rapporto di lavoro/attivare un nuovo rapporto di lavoro con il Principal Investigator per la durata del progetto nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW RICERCA

## PROGETTI SEZIONE B – Dichiarazione cofinanziamento

CARTA INTESTATA DITTA COFINANZIATRICE

Al Ministero della Salute  
Direzione Generale della Ricerca  
e dell'Innovazione in Sanità  
**DA INSERIRE IN WORKFLOW RICERCA**

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo  
rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del  
progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante della Ditta  
\_\_\_\_\_ visto il progetto in oggetto con Principal Investigator il  
Prof./Dott. \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_ si impegna, in caso di finanziamento della ricerca da parte del Ministero  
della Salute, a cofinanziare il progetto con risorse in denaro per importo almeno pari al finanziamento ministeriale  
concesso.

Ditta cofinanziatrice  
Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW RICERCA

## PROGETTI SEZIONE C

**Principal Investigator** senza alcun rapporto di lavoro con la struttura del SSN oppure con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al Ministero (27 novembre 2019)

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

Al Ministero della Salute  
 Direzione Generale della Ricerca  
 e dell'Innovazione in Sanità  
**DA INSERIRE IN WORKFLOW RICERCA**

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto \_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_ (*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico e amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Principal Investigator (P.I.) del progetto in oggetto:

- afferisce all'Azienda ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (*specificare tipologia contratto, qualifica*) con scadenza in data \_\_\_\_\_ e con impegno di ore \_\_\_\_/settimana;
- non è in possesso di un rapporto di lavoro con questa Azienda;

- l'Azienda si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato, a estendere la durata del rapporto di lavoro/attivare apposito rapporto di lavoro con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ per la durata del progetto nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW RICERCA

## PROGETTI SEZIONE C

**Responsabile UO/Collaboratore** senza alcun rapporto di lavoro con la struttura del SSN/Ente cui afferisce UO oppure con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del Progetto al Ministero (27 novembre 2019)

CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ENTE CUI AFFERISCE UO

Al Ministero della Salute  
Direzione Generale della Ricerca  
e dell'Innovazione in Sanità

**DA INSERIRE IN WORKFLOW RICERCA**

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Ente \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso questa Azienda/Ente e si impegna a garantire il necessario supporto logistico e amministrativo per tutta la durata del progetto;

-- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile UO n. \_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto:

- afferisce all'Azienda/Ente ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica) con scadenza in data \_\_\_\_\_ e con impegno di ore \_\_\_\_/settimana;
- non è in possesso di un rapporto di lavoro con questa Azienda/Ente;

- l'Azienda/Ente si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato, a estendere la durata del rapporto di lavoro/attivare apposito rapporto di lavoro con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ per la durata del progetto nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO entro il 21.10.2019

## PROGETTI SEZIONE A – B – C

**Principal Investigator con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato**

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto \_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_  
 (*indicare il titolo del Progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto nell'ambito del Bando, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda impegnandosi a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Principal Investigator del progetto in oggetto afferisce all'Azienda ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (specificare tipologia, qualifica);

- attesta che il P.I. presso l'Azienda svolge attività lavorativa:

- per almeno 30 ore a settimana;
- per almeno 16 ore a settimana (nel caso di universitari convenzionati)

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza, per raggiunti limiti di età, il \_\_\_\_\_, si impegna a consentire allo stesso di svolgere le funzioni di Principal Investigator per la durata del progetto senza oneri a carico dei fondi ministeriali o regionali.  
*parte da compilare solo nel caso di interruzione del rapporto di lavoro del PI per raggiunti limiti di età (Tipologie progetti A - B)*

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO entro il 21.10.2019

## PROGETTI SEZIONE A – B

**Responsabili UO/Collaboratori con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato ovvero con rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al Ministero (27 novembre 2019)**

CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ENTE CUI AFFERISCE UO
---

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto “\_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_ (*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Ente \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda/Ente e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile Unità Operativa (UO) n. \_\_\_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto afferisce a questa Azienda/Ente ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (*specificare tipologia contratto, qualifica*) con un impegno di ore \_\_\_\_\_/settimana;

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza il \_\_\_\_\_ si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato, a estendere la durata del rapporto di lavoro/attivare un nuovo rapporto di lavoro con il ricercatore per la durata del progetto nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente;

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza, per raggiunti limiti di età, il \_\_\_\_\_, si impegna a consentire al ricercatore di svolgere le funzioni di Responsabile UO/Collaboratore per tutta la durata del progetto, senza oneri a carico dei fondi ministeriali o regionali.

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO entro il 21.10.2019

## PROGETTI SEZIONE C

**Responsabile UO / Collaboratore con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato**

CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ENTE CUI AFFERISCE UO

All'Area Sanità e Sociale  
UO Commissione salute e relazioni  
socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – progetto “\_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Ente \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda/Ente e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile Unità Operativa (UO) n. \_\_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto afferisce a questa Azienda/Ente ed ha il seguente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica) con impegno di ore \_\_\_\_/settimana.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO entro il 21.10.2019

## PROGETTI SEZIONE D - Ricercatore proponente

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

All'Area Sanità e Sociale  
UO Commissione salute e relazioni  
socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 -- progetto \_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_ (*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico e amministrativo per tutta la durata del progetto;

si impegna ad attivare con il ricercatore proponente Dott. \_\_\_\_\_, una borsa di studio (che ha carattere di esclusività e non consente altre attività lavorative o di consulenza) per lo svolgimento del progetto stesso con oneri a carico del finanziamento ministeriale e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

DA INVIARE ALLA REGIONE DEL VENETO entro il 21.10.2019

## PROGETTI SEZIONE E – lettera endorsement

CARTA INTESTATA AZIENDA /ISTITUZIONE ELEGGIBILE COME WORK PACKAGE  
DALLA REGIONE CUI AFFERISCE IL P.I.

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2019 – *Work Package* \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo  
 rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_  
 (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante  
 dell'Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di  
 finanziamento nell'ambito del Bando in oggetto, allo svolgimento del progetto di ricerca di seguito indicato e si  
 impegna a garantire il necessario supporto logistico ed organizzativo per la durata del Programma:

Codice e Titolo del Work Package (WP) \_\_\_\_\_ ;

Codice e Titolo del Programma di Rete cui afferisce il WP \_\_\_\_\_ ;

presentato da \_\_\_\_\_ PI del WP;

qualifica ricoperta dal PI nell'ambito dell'Azienda/ Istituzione di afferenza \_\_\_\_\_ ;

certifica che il Principal Investigator presso l'Azienda svolge attività lavorativa:

- per almeno 30 ore a settimana;
- per almeno 16 ore a settimana (nel caso di universitari convenzionati);

considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a  
 scadenza, per raggiunti limiti di età, il \_\_\_\_\_, si impegna a consentire allo stesso di svolgere le  
 funzioni di Principal Investigator per la durata del progetto senza oneri a carico dei fondi ministeriali o regionali.

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)